



2015

Jahresbericht



**Analyse Gesundheitsförderung Qualitätssicherung
Prävention**



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

Mai 2016



Vereinfachte Schreibweise

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

Bildnachweis

S. 3 + S. 14: © Marlee/fotolia.de; © Philpicture/fotolia.de; © Nico/fotolia.de; S. 51: © Löhr-Fotografie/fotolia.com;
S. 54: © amridesign/fotolia.com; © Christian42/fotolia.de; S. 56: © Chlorophylle/fotolia.de; © Patricia Hofmeester/fotolia.de;
S. 58: © Lisa Eastman/fotolia.com; S. 60: © Yuri Arcurs/fotolia.de; S. 61: © Marc/fotolia.com; S. 81: © Lane Erickson/fotolia.com;
S. 101: © Maksym Yemelyanov/fotolia.com; S. 107: © Joe Gough/fotolia.de; S. 111: © Kurt Duratschek/fotolia.com;
S. 116: © PhotoCreate/fotolia.de; S. 121: © Dmitry Nikolaev/fotolia.de; S. 124: © tm-pictures.ch/fotolia.de;
S. 125: © Franz Pfluegl/fotolia.de; S. 128: © askaja/fotolia.de

Vorwort	5
Im Fokus	
Wechsel der Abteilungspräsidentschaft im Landesgesundheitsamt.....	7
Vom Gesundheitsaufseher zum Hygienekontrolleur	10
Radioaktivität im Trinkwasser.....	12
Einblicke in die Arbeit	
Gut aufgestellt im Land – der Öffentliche Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg	14
Analyse	
 Sprachscreening als Erkenntnis- und Planungsinstrument.....	15
Mykoplasmen in der Schule. Ein selten untersuchter Erreger verursacht Lungenentzündungen	16
Q-Fieber-Ausbruch in einer psychiatrischen Rehabilitationsklinik	17
Borrelia miyamotoi – eine neue durch Zecken übertragene Rückfallfieberborrelie	18
Nachweis von Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae.....	19
Labordiagnostik auf Syphilis	20
Schimmel in Kindergärten und Schulen – Erfahrungsbericht 2015.....	21
Was wissen wir wirklich über Feinstaub?.....	22
Morbus Hodgkin als Berufskrankheit (BK 2402)	23
Studie zur neuen Berufskrankheit nach Nr. 5103: Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung – erste Ergebnisse.....	24
Häufigste Medikamente bei Erwachsenen in Baden-Württemberg.....	25
Zeitreihen zur Mortalität in Baden-Württemberg 1980-2014	26
Prävention/Gesundheitsförderung	
 Symposium Frühförderung Baden-Württemberg 2015	27
Hygiene bei der Betreuung schwerbehinderter MRE-besiedelter Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen.....	28
Broschüre „Alkoholfrei in der Schwangerschaft“	29
„Schon gehört? LAUT IST OUT! Gesundheitsrisiko Freizeitlärm“	30
Zehn Jahre Europäische Impfwoche.....	31
Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung auf der Basis ganzheitlicher Gefährdungsbeurteilungen.....	32
Verbreitung von Bewegungstreffs in Baden-Württemberg	33
Asyl und Gesundheit.....	34
Qualitätssicherung	
 Durchimpfungsraten bei Einschulungskindern von 1987-2014.....	35
Ohne Impfpass nicht geimpft? Polioimpfquoten in drei Szenarien.....	36
Windpocken bei Kindern und Jugendlichen: Regionale Zusammenhänge von Erkrankungen und Impfquoten 2013-2014.....	37
EHEC-Surveillance in Baden-Württemberg	38
Ebola – Rückblick auf eine Epidemie.....	39
Leitfaden zum Management lebensmittelassoziierter Infektionen in Baden-Württemberg.....	40

Bedarfsorientierte Hygieneschulungen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg – inwiefern?	41
Beratung im umweltbezogenen Gesundheitsschutz – welche Themen gab es 2015?	42
Daten zum Diabetes mellitus Typ-2 – Zunahme und regionale Unterschiede auch in Baden-Württemberg	43
Suizide, suizidale Verhaltensweisen und sexuelle Orientierung – Studienlage und Möglichkeiten der Prävention.....	44
Hochgradige Sehbeeinträchtigungen/Blindheit und Demenz.....	45
Fachplanung Gesundheit in Baden-Württemberg.....	46
Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung.....	47
Qualitätsentwicklung Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg.....	48
Landesprüfungsamt richtet „Welcome Center“ ein.....	49
Was Neues war schon länger fällig! Relaunch des Internetauftritts www.gesundheitsamt-bw.de	50

Anhang

1 Organisationspläne	52
2 Aufgaben der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt im Überblick.....	54
3 Laborunterstützter Gesundheitsschutz.....	64
4 Landesarzt für Menschen mit Behinderungen.....	77
5 Staatlicher Gewerbearzt.....	81
6 Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen	101
7 Laufende Projekte	107
8 Veranstaltungen	111
9 Forschung und Lehre	116
10 Gremienarbeit	121
11 Fachpublikationen	124
12 Pressemitteilungen.....	125
13 Anfahrsbeschreibung – Dienstgebäude Nordbahnhofstr. 135	127
14 Stichwortverzeichnis	128

Führungswechsel in der Abteilungsleitung – geänderte Aufgabenzuordnungen durch das neue Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg



Dr. Karlin Stark,
Abteilungspräsidentin

Punktgenau zu Beginn der zweiten Jahreshälfte 2015 trat Frau Dr. med. Karlin Stark ihr neues Amt als Präsidentin der Abteilung 9 an. Als Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen mit den Zusatzbezeichnungen „Naturheilverfahren“, „Sozialmedizin“ und „Umweltmedizin“ verfügt sie über fundierte Kenntnisse; zuletzt war sie Leiterin des Gesundheitsamtes

im Landkreis Heilbronn. In ihrer Vita sammelte sie auch Auslandserfahrungen in mehreren Krankenhäusern Englands. Im Rahmen einer Feierstunde wurde sie in ihr Amt eingeführt und zugleich Prof. Dr. Günter Schmolz, der altershalber ausgeschiedene Vorgänger im Amt, verabschiedet.

Ende 2015 wurde das neue Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg (ÖGDG) im Landtag verabschiedet und ist seit Jahresbeginn 2016 in Kraft. Es betrifft auch die Aufgabenzuordnung der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt: Aus dem Aufgabenkatalog der fachlichen Leitstelle für den ÖGD Baden-Württemberg als Landesbetrieb LGA sind seit 01.01.2016 der Staatliche Gewerbearzt und der Landesarzt für Menschen mit Behinderungen herausgenommen. Außerdem gibt das neue ÖGDG BW für das Landesgesundheitsamt eine deutlichere Schwerpunktsetzung in Richtung Gesundheitsplanung und Prävention unter Beibehaltung des Gesundheitsschutzes vor. Derzeit erarbeiten wir, auf der Basis der neuen gesetzlichen Grundlage, gemeinsam mit dem Sozialministerium verschiedene Lösungen zur Umstrukturierung der Abteilung 9.

Das vergangene Jahr war geprägt durch den weiteren Zustrom von Flüchtlingen und Asylsuchenden aus den Kriegsgebieten in Vorderasien und Afrika, der die EU, Deutschland, Baden-Württemberg und das Regierungspräsidium Stuttgart (RPS) seither vor immense Herausforderungen stellt. Die Einrichtung der Landeserstaufnahmestellen (LEA) und von Notunterkünften war in vielerlei Hinsicht ein Kraftakt. Auch gesundheitsbezogene Fragestellungen wie die gesundheitliche Versorgung oder der Impfschutz der

Schutzsuchenden, aber auch die Klärung hygienischer Mindestanforderungen an die Massenküchen waren in Abstimmung mit Bund, Ländern, Stadt- und Landkreisen zu regeln. Hier bewährte sich der im LGA vorhandene Sachverstand bei Beratungsgesprächen, Vor-Ort-Terminen und in verschiedenen Arbeitsgruppen, in denen auch landesweite Empfehlungen für die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg erarbeitet wurden.



Johannes Schmolz,
Regierungspräsident

Der neugestaltete Internetauftritt des LGA ermöglicht einen ansprechenden Einblick in die fachliche Arbeit des LGA und platziert neben aktuellen Informationen das Veranstaltungsangebot und das Leistungsspektrum der Laboruntersuchungen gleich auf der Startseite. Der Menüpunkt Fachinformationen hält alle Publikationen, Infodienste und vorhandene Veranstaltungsdokumentationen bereit. „Mehr Gesundheit im Land – Wir bündeln Kompetenz auf Landesebene“, so der Leitsatz des LGA, das Ministerien und anderen Landesbehörden und insbesondere den Gesundheitsämtern in den Stadt- und Landkreisen ein fachkompetenter und interessensneutraler Ansprechpartner ist. Dies gilt für Themen in den Bereichen Gesundheitsschutz, der neben Infektionsschutzthemen auch den umweltbezogenen Gesundheitsschutz umfasst, Gesundheitsversorgung, -planung und -förderung im Sinne eines Gesundheitsdialogs (z. B. im Rahmen kommunaler Gesundheitskonferenzen) sowie bei der bedarfsgerechten Gesundheitsberichterstattung des ÖGD und der Qualitätssicherung im ÖGD. Dazu hat das LGA in der Abteilung mehrere Kompetenzzentren etabliert, von denen das Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz besonderes Gewicht hat. Daneben bewährt sich nutzbringend die Mitarbeit in verschiedensten fachlichen Netzwerken wie z. B. im Netzwerk Multi-resistenter Erreger (MRE) auf Landes-, im Netzwerk Gesundheitliche Chancengleichheit auf Bundes- oder im WHO-Collaborating Centre for Housing and Health auf europäischer Ebene.

Erfreulich ist, dass der Staatliche Gewerbearzt 2015 durch einen Kabinettsbeschluss der Landesregierung mit neuen Stellen insbesondere im ärztlichen und psychologischen Bereich gestärkt werden konnte und damit auch dem Anstieg psychischer Fehlbelastungen am Arbeitsplatz künftig mehr Rechnung getragen werden kann. Thematische Klammer ist der Auf- und Ausbau betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme; in der Landesverwaltung nimmt dies projektbezogen bereits konkrete Gestalt an.

Die Zunahme ausländischer Fachkräfte in ärztlichen und pflegerischen Berufen mildert einerseits den großen Mangel an Arbeitskräften, erfordert andererseits zunächst jedoch die Überprüfung und Anerkennung der europäischen und außereuropäischen Berufsabschlüsse. In der Abteilung werden ausländische Berufsausbildungen im medizinischen Bereich auf Gleichwertigkeit geprüft. Die Einrichtung eines Welcome-Centers trägt seit November 2015 dazu bei, trotz vorhandener personeller Engpässe die Erreichbarkeit zu verbessern. Aufgrund der stark gestiegenen Antragszahlen wird das zuständige Referat im Verlauf des Jahres 2016 personell weiter verstärkt werden. Durch diese Maßnahmen werden die Bearbeitungszeiten verkürzt und die Anfragenden umfassend beraten.

Ohne das große und ausdauernde Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt wäre das Arbeitspensum

nicht möglich. Ihnen gilt mein besonderer Dank. Gerade in Zeiten zusätzlicher Anforderungen, ständiger Arbeitsverdichtung und Personalnot quer durch alle Referate kommt es auf die Motivation und den Einsatz jedes Einzelnen an.

Einen ganz herzlichen Dank spreche ich Herrn Dr. Bittighofer aus, der als Abteilungsdirektor und Stellvertreter in der ersten Jahreshälfte 2015 die Vakanz der Abteilungsleitung souverän überbrückt und gemanagt hat.

Den Kunden und Kooperationspartnern des LGA danke ich für das entgegengebrachte Vertrauen sowie das konstruktive und die fachliche Arbeit belebende Mitwirken. Beides ist hilfreich, um den Umfang und den internen wie externen Qualitätsanspruch an unsere Arbeit weiterhin aufrecht zu erhalten.

Frau Dr. Stark wünsche ich als neuer Abteilungspräsidentin die notwendige Gelassenheit und tatkräftigen Mut bei der Bewältigung und Weiterentwicklung ihrer neuen Aufgaben – verbunden mit dem Angebot, gemäß dem Motto „Alle an einen Tisch“ auch die fachlichen Kompetenzen der anderen Organisationseinheiten im RPS zu nutzen.



Johannes Schmalzl
Regierungspräsident

Wechsel der Abteilungspräsidentschaft im Landesgesundheitsamt

Matthias Appelt, Ref. 91

Nach der halbjährigen Interimszeit unter dem Stellvertreter, Abteilungsdirektor Dr. Peter-Michael Bitighofer, wurde am 01.07.2015 Frau Dr. med. Karlin Stark als neue Abteilungspräsidentin im Rahmen einer Feierstunde in ihr neues Amt eingeführt und ihr Vorgänger offiziell verabschiedet.

Prof. Dr. med. Günter Schmolz hatte das Präsidentenamt am 01.11.2005 übernommen und den „Kulturwechsel“ im vormals eigenständigen LGA und nun Abt. 9 – Landesgesundheitsamt nach Eingliederung in das Regierungspräsidium Stuttgart maßgeblich gestaltet. Er nutzte seine vielfältigen Erfahrungen im öffentlichen Gesundheitswesen für den sich anbahnenden Umstrukturierungsprozess des ÖGD in Baden-Württemberg, die Anforderungen des demographischen Wandels und neu entstandene Erwartungen an den Standortfaktor Gesundheit.



Die musikalische Umrahmung der Feierstunde übernahm das Klarinetten-Quartett des Landespolizeiorchesters Baden-Württemberg.



Volles Haus – die geladenen Gäste und Mitarbeiter füllten den großen Saal im LGA-Dienstgebäude Nordbahnhofstr. 135 bis auf den letzten Platz.



In seiner Würdigung von Prof. Dr. Schmolz verwies Regierungspräsident Johannes Schmalzl auf die gelungene Integration des Landesgesundheitsamtes in das Regierungspräsidium Stuttgart. „Sie haben den Spagat, dem Sozialministerium und dem Regierungspräsidium Stuttgart gerecht zu werden, mit Bravour bewältigt und es geschafft, Synergiepotenziale in der Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen im Regierungspräsidium frühzeitig zu erkennen.“



Ministerialdirektor Jürgen Lämmle überreichte Frau Dr. Stark die Ernennungsurkunde des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, verbunden mit einem Glückwunsch zur neuen Aufgabe, dem Wunsch eines guten Starts und der Hoffnung, dass sie sich schnell im neuen Umfeld zu Recht findet. „Sie bringen mit ihrer langjährigen Berufserfahrung beste Voraussetzungen mit, den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg auf neue Herausforderungen einzustellen und durch enge Kooperation zwischen Landes- und kommunaler Ebene attraktiv und zukunftsorientiert zu gestalten.“



Dr. Alexis v. Komorowski, stellv. Hauptgeschäftsführer des Landkreistags Baden-Württemberg, Dr. Ulrich Clevor, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg und Dr. Antje Haack-Erdmann, Vorstandsmitglied des Ärzteverbands Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg e. V. bezogen sich in ihren Grußworten auf gemeinsame Erfahrungen mit beiden Geehrten und bekräftigten ihre Zuversicht der Fortsetzung der bisherigen guten Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg.



Beide Geehrten ergriffen gerne das Wort zum Danke-Sagen – verbunden mit einem Rückblick auf das Mögliche und Geleistete in der abgelaufenen Amtsperiode und ersten Gedanken zum Start im neuen Amt.



Das gibt es nur beim LGA: Glasflaschen aus dem Laborbereich mit dekorativen Schmuckbändern in den Landesfarben als ungewohnte und zugleich kreative Behältnisse für die angebotenen alkoholfreien Mixgetränke.



Den Ausklang der Feierstunde nutzten die Gäste und Beschäftigten beim Come together zur unterhaltenden, informativen und fachlichen Kommunikation rund um die aufgestellten Bistrotische.



(von links nach rechts)

Dr. Peter-Michael Bittighofer, MD Jürgen Lämmle, Dr. Karlin Stark, Prof. Dr. Günter Schmolz, Regierungspräsident Johannes Schmalz

Vom Gesundheitsaufseher zum Hygienekontrolleur

Andrea Dreisigacker, Claudia Wojczehowski, Ref. 91

Gesundheitsaufseher: Eine neue Berufsgruppe in Baden-Württemberg

Die ersten Gesundheitsaufseher wurden in Baden-Württemberg in den Jahren 1953-1955 eingestellt. Damals gab es hierzulande noch keine eigene Ausbildungs- und Prüfungsordnung im Gegensatz zu Bayern, wo bereits im Jahr 1951 die erste Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Bundesrepublik Deutschland in Kraft trat. Daher lag es nahe, auf Bewerber zuzugreifen, die die dortige Ausbildung durchlaufen hatten.

Damals erfolgte die Vergütung überwiegend nach Vergr.gr.IX/VIII BAT, heute vergleichbar mit E3/E4 TV-L. Aus diesem Grund verdienten sich Gesundheitsaufseher häufig im Wege von genehmigten Nebentätigkeiten, z. B. als Kreisdesinfektoren, Betreuer der Dienst-Kfz oder als Hausmeister, ein Zubrot zum kärglichen Arbeitslohn hinzu. Trotzdem interessierten sich für diesen damals relativ neuen Berufszweig neben ausgebildeten Fachkräften auch immer mehr Bewerber aus anderen Sparten. Das Betätigungsfeld innerhalb des Gesundheitsamtes war neben der individuellen Vorbildung insbesondere von den Vorstellungen der zuständigen Amtsärzte geprägt.

Eigenverantwortliche und gebotene Berufsqualifizierung

Die Fortbildung der Gesundheitsaufseher erfolgte zu Beginn auf der Basis von „lifelong learning“. Gesundheitsaufseher ergriffen Eigeninitiative und schlossen sich im Jahr 1955 mit den freiberuflichen Desinfektoren zur „Vereinigung der Desinfektoren und Gesundheitsaufseher in Baden-Württemberg e. V.“ (jetzt: Verband der Hygieneinspektoren Baden-Württemberg) zusammen und finanzierten fortan jährlich zweitägige Fortbildungsveranstaltungen in Freiburg/Breisgau. Zur Vereinheitlichung des Wissensstands wurde auf Weisung des Innenministeriums im Jahr 1960 durch das Medizinische Landesuntersuchungsamt (MLUA, heutiges Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg) in Stuttgart die erste staatliche Fortbildung mit einer kleinen Abschlussprüfung durchgeführt. Auch der Landtag hatte zwischenzeitlich die Schaffung einer Ausbildungsordnung im Fokus und eine bessere Vergütung der durch Gesundheitsaufseher geleisteten Arbeit.

In der Hoffnung auf eine ggf. bundeseinheitliche Regelung fand im November 1963 der erste Ausbildungskurs als Übergangshegung mit Prüfung für be-

reits eingestellte und bewährte Gesundheitsaufseher in Baden-Württemberg statt. Das MLUA führte bis zu den 80er Jahren weitere Lehrgänge dieser Art durch; dann wurden sie eingestellt. Zum Hintergrund dieser Entscheidung liegt keine Information vor. Sicher ist, dass in der Zwischenzeit vom Bundesgesetzgeber der Erlass bundeseinheitlicher Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften aus verfassungsrechtlichen Gründen mehrfach abgelehnt wurde.

Nach intensiven Vorarbeiten u. a. mit der Vereinigung der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) Baden-Württemberg (jetzt: Berufsverband der Ärzte im ÖGD Baden-Württemberg) und dem Vorstand der Berufsgruppe der Gesundheitsaufseher wurde mit Runderlass des Sozialministeriums vom 10.06.1977 (Nr. VI/3 8398.5.2) die Ausbildung der Gesundheitsaufseher in Baden-Württemberg durch das MLUA endlich geregelt. Damals dauerte die praktische Ausbildung sechs Monate, die theoretische Ausbildung (Grundlehrgang) drei bis vier Monate. Sie schloss mit einer schriftlichen und mündlichen Prüfung ab. Die Voraussetzung für die Teilnahme am Grundlehrgang waren bereits damals dieselben wie heute, z. B. die Ausbildung zum Desinfektor.

Aufwertung der Stellung des Gesundheitsaufsehers

Mit Tarifvertrag vom 05.08.1971 wurde für Gesundheitsaufseher die Einstufung in die Verg.gr. Vlb und Vc BAT ermöglicht – ein großer Fortschritt. Mit Runderlass des Sozialministeriums vom 08.07.1975 (Nr. VI 8398.5) wurde der Gesundheitsaufseher vom Gehilfen zum Mitarbeiter des Amtsarztes in der Gesundheitsfachverwaltung aufgewertet. Es erfolgte eine Aufzählung der Tätigkeitsgebiete, z. B. Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Umwelthygiene, Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung, Bade- und Bäderwesen, Campingwesen, Leichen- und Friedhofswesen, Katastrophenschutz und Rettungswesen und das damit einhergehende Berichtswesen.

Das Ringen um eine neue Berufsbezeichnung

Zur Aufwertung des Berufsstandes entschied sich mit der Jahrtausendwende der Berufsverband der Gesundheitsaufseher Baden-Württemberg e. V. zur Änderung seines Namens. Als Berufsverband der Hygiene-Inspektoren Baden-Württemberg e. V. setzte er sich gemeinsam mit dem Bundesverband der Hygiene-Inspektoren für eine generelle Umbenennung

seiner Berufsgruppe ein. Der nationalsozialistisch geprägte Begriff des „Gesundheitsaufsehers“, der Assoziationen an die Tätigkeit der „Aufseher“ z. B. im KZ nahelegte, sollte abgelöst werden durch die Bezeichnung „Hygiene-Inspektor“. Einige Landkreise in Baden-Württemberg setzten die Namensänderung um; andere hielten aus beamtenrechtlichen Gründen am „Gesundheitsaufseher“ fest, da die Bezeichnung des Inspektors für den gehobenen Dienst genutzt wird. Somit stand der Ruf nach Vereinheitlichung der Berufsbezeichnung im Raum.

Die neue Generation der Hygienekontrolleure

Mit Wirkung vom 24.11.2014 (GBl. 2014, Nr. 23, S. 715-721) trat die Verordnung des Sozialministeriums über die Ausbildung und Prüfung von Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleuren Baden-Württemberg (AprOHygKon) auf Grundlage von § 20 des Gesundheitsdienstgesetzes vom 12.12.1994 (GBl. 1994, Nr. 28, S. 663-669), zuletzt geändert durch Artikel 54 der Verordnung vom 25.01.2012 (GBl. 1994, Nr. 3, S. 65, 71), in Kraft. Die neue Berufsbezeichnung „Hygienekontrolleur“ wurde vom Berufsverband der Hygiene-Inspektoren Baden-Württemberg e. V. akzeptiert.

Die fachtheoretische Ausbildung für Baden-Württemberg wird nun durch die Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V. (SAMA) durchgeführt, die mündliche Prüfung zum „Staatlich geprüften Hygienekontrolleur“ erfolgt durch das LGA. Insgesamt dauert die Ausbildung zwei Jahre. Geprüft werden Ausbildungsinhalte aus den Themen-

bereichen Umwelthygiene, Siedlungshygiene, Gesundheitsschutz, Infektionsschutz, Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie.

Während der Ausbildung erhalten Hygienekontrolleure E6 TVÖD bzw. nach Ablegen der staatlichen Abschlussprüfung E8 TVÖD – eine große Errungenschaft im Vergleich zur Eingangsvergütung in den 50er-Jahren. Mit dem Inkrafttreten der Laufbahnverordnung des Sozialministeriums zum 16.12.2014 wurde u. a. eine Laufbahn für den mittleren Hygienekontrolldienst eingerichtet (§ 2 Nr. 2. LVO-SM). Demnach wird die Laufbahnbefähigung für den mittleren Hygienekontrolldienst erworben, wer die Ausbildung und Prüfung nach Maßgabe der Verordnung des Sozialministeriums über die Ausbildung und Prüfung von Hygienekontrolleuren erfolgreich abgeschlossen hat (§ 3 LVO-SM). Über die Verbeamtung entscheiden die jeweiligen Dienstherrn in eigener Zuständigkeit.

Angesichts der demographischen Entwicklung und dem Fachkräftemangel im öffentlichen Gesundheitswesen ist damit sicherlich ein weiterer guter Anreiz geschaffen, Hygienekontrolleure dauerhaft an ihre Ausbildungsbehörde oder zumindest an den ÖGD in Baden-Württemberg zu binden.

Quellen

- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
- Der Gesundheitsaufseher in Baden-Württemberg (vom Gehilfen zum Mitarbeiter des Amtsarztes in der Gesundheitsfachverwaltung), G. Falke, Öff. Gesundheitswesen 40 (1978) 29-32.



Teilnehmende des neuen Ausbildungslehrgangs zum Hygienekontrolleur im LGA mit ihrem Kursleiter Prof. Dr. Günter Schmolz (LGA-Präsident a. D., links im Bild)

Radioaktivität im Trinkwasser

Jens Fleischer, Ref. 93

Seit 18.11.2015 gilt die 3. Verordnung zur Änderung der Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001). Diese Verordnung dient der nationalen Umsetzung der Richtlinie 2013/51/EURATOM des Rates vom 22.10.2013 zur Festlegung von Anforderungen an den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung hinsichtlich radioaktiver Stoffe in Wasser für den menschlichen Gebrauch.

Welche Rolle spielt Radioaktivität in unserem Trinkwasser?

Im Jahr 2009 wurden in einer Studie des Bundes 582 Trinkwasserproben untersucht, wobei die Beprobung einen großen Teil des Gebietes der Bundesrepublik umfasste. Zur Untersuchung von Trinkwässern in Ballungsgebieten wurden vorwiegend größere Wasserversorgungsanlagen und zusätzlich zur Erfassung der oberen Aktivitätsbereiche gezielt Trink- und Rohwässer von Wasserversorgungsanlagen in Gebieten mit erhöhter natürlicher Radioaktivität beprobt. Hierzu gehörten auch Gebiete in Bayern, Sachsen, Baden-Württemberg, Thüringen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt. Als wesentliches Ergebnis benennt die Studie, dass das Trinkwasser in Deutschland nur geringfügig zur jährlichen gesamten mittleren Strahlenexposition aus natürlichen Quellen beiträgt.

Im Mittel sind in Deutschland die Strahlenexpositionen durch Trinkwasser, verglichen mit der gesamten natürlichen wie auch mit der zivilisatorischen Strahlenexposition der Bevölkerung, gering. Die effektive Dosis aus dem Trinkwasserkonsum liegt nach dem Bericht des Bundesamtes für Strahlenschutz (BfS) im Mittel für die Altersgruppe der Erwachsenen im Bereich von 0,01 mSv/a (Millisievert/Jahr). Die gesamte natürliche Strahlenexposition beträgt demgegenüber im Mittel 2,1 mSv/a mit einer örtlich bedingten Spannweite von 1-10 mSv/a.

Das BfS empfahl daher u. a., alle natürlichen Radionuklide bei der zukünftigen Überwachung des Trinkwassers zu berücksichtigen, die einen relevanten Dosisbeitrag liefern könnten. Dazu gehören neben Radon-222 die Radiumisotope Ra-228 und Ra-226, die Uranisotope U-238 und U-234 und die Radonfolgeprodukte Pb-210 und Po-210.

Wie geraten radioaktive Stoffe in das Trinkwasser?

Während künstliche Radionuklide nur durch Störfälle (z. B. aus kerntechnischen Anlagen) in die Umwelt gelangen, sind natürlich vorkommende Radionuklide aufgrund geologischer und hydrogeologischer Gegebenheiten sehr unterschiedlich und mit großen Schwankungsbreiten in der Konzentration verteilt. Der

Konsum von aus Grundwasserleitern gewonnenem Trinkwasser kann daher u. U. im Einzelfall zu Strahlenexpositionen führen, die im Sinne eines vorsorglichen gesundheitlichen Verbraucherschutzes nicht akzeptabel sind. Solche nennenswert erhöhten Aktivitätskonzentrationen natürlicher Radionuklide finden sich häufiger in Wässern aus granitisch geprägten Gebieten, wie z. B. im Erzgebirge, Vogtland, Fichtelgebirge, Bayerischen Wald, Oberpfälzer Wald, im Harz und im Schwarzwald.

Anforderungen an den gesundheitlichen Verbraucherschutz hinsichtlich radioaktiver Stoffe im Trinkwasser

Die 3. Verordnung zur Änderung der Trinkwasserverordnung sieht vor, dass die Aktivitätskonzentrationen ausgewählter Radionuklide und die sog. Richtdosis nach Anlage 3a (zu §§ 7a, 9 und 14a) zur Bewertung von Trinkwasser hinsichtlich radioaktiver Inhaltsstoffe herangezogen werden.

Parameterwerte für die Aktivität von Radon-222 und Tritium und die Richtdosis

Parameter	Parameterwert	Einheit
Radon-222	100	Bq/l
Tritium	100	Bq/l
Richtdosis	100	mSv/a

Nach Anlage 3a (zu §§ 7a, 9 und 14a) Teil 1 (TrinkwV 2001)

Untersuchungsbedingungen, Untersuchungsumfang und Bewertung der Parameter

Radon-222

In Bezug auf Radon-222 ist eine Erstuntersuchung durchzuführen, um das Ausmaß einer möglichen Exposition durch die Radon-222 Aktivität in Trinkwasser zu bestimmen. Der Parameterwert für Radon-222 gemessen in Bq/l (Becquerel/Liter) gilt als eingehalten, wenn die gemessene Radon-Aktivitätskonzentration gemittelt über vier unterschiedliche Quartale diesen Wert nicht überschreitet.

Tritium

Untersuchungen im Hinblick auf Tritium im Trinkwasser sind nicht erforderlich, es sei denn, der zuständigen Behörde liegen Anhaltspunkte vor, dass der in Anlage 3a Teil I festgelegte Parameterwert für radioaktive Stoffe überschritten sein könnte. Bei Überschreitung des Parameterwertes für Tritium ist

eine Untersuchung des Trinkwassers auf andere künstliche Radionuklide erforderlich, da Tritium als Indikatornuklid für das Vorhandensein künstlicher radioaktiver Stoffe angesehen wird.

Richtdosis

Die Richtdosis wird anhand der gemessenen Radionuklidkonzentrationen und der im Bundesanzeiger (BAnz. Nr. 160a und Nr. 160b vom 28.08.2001) veröffentlichten Dosiskoeffizienten sowie einer jährlich angenommenen Aufnahme von 730 Litern Trink-



wasser durch Multiplikation dieser drei Faktoren berechnet. Dabei sind grundsätzlich die in der TrinkwV aufgeführten Referenz-Aktivitätskonzentrationen für verschiedene Radionuklide zu berücksichtigen. Die Aktivitätskonzentrationen von K-40, Tritium und Radon-222 sowie

kurzlebige Radon-Zerfallsprodukte bleiben unberücksichtigt. Wenn Informationen vorliegen, dass andere Radionuklide im Trinkwasser vorhanden sein können, deren Dosisbeitrag zu einer Überschreitung der Richtdosis führen kann, sind auch diese einzubeziehen.

In der Regel kann die Untersuchung künstlicher Radionuklide entfallen, es sei denn, die zuständige Behörde ordnet solche Untersuchungen an. Für die Erstuntersuchung im Hinblick auf die Richtdosis durch natürliche Radionuklide können unterschiedliche Verfahren angewendet werden: Screening-Verfahren mit Bestimmung der Gesamt-Alpha-Aktivitätskonzentra-

tion Calpha-ges und Einzelnuclidbestimmung. Kann die Einhaltung des Parameterwertes für die Richtdosis mittels Screening-Verfahren nicht nachgewiesen werden, sind zur Beurteilung der Richtdosis Einzelnuclidbestimmungen erforderlich.

Wo und wie oft müssen die Untersuchungen zur Radioaktivität durchgeführt werden?

Die Untersuchungen sind zumindest in Form der Erstuntersuchungen in jedem Wasserversorgungsgebiet ausgehend von der abgegebenen Menge jährlich ein- bis zehnmal durchzuführen. Nach Abschluss der Erstuntersuchungen (bis spätestens vier Jahre nach Inkrafttreten der Änderungsverordnung) wird von den obersten Trinkwasserüberwachungsbehörden eines jeden Bundeslandes festzulegen sein, wo weitere regelmäßige Untersuchungen zur Radioaktivität im Trinkwasser durchzuführen sind.

Quellen

- Richtlinie 2013/51/EURATOM des Rates vom 22.10.2013 zur Festlegung von Anforderungen an den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung hinsichtlich radioaktiver Stoffe in Wasser für den menschlichen Gebrauch (ABl. L 296 vom 07.11.2013, S. 12).
- 3. Verordnung zur Änderung der Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001) vom 18.11.2015 (BGBl. 2015 Teil 1 Nr. 46).
- Leitfaden zur Untersuchung und Bewertung von Radioaktivität im Trinkwasser. Empfehlung des BMU, BMG, BfS, UBA, DVGW und BDEW – erstellt unter Mitwirkung von Ländervertretern vom 10.07.2012.

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.

Fachliche Leitstelle für den ÖGD

Das LGA ist fachliche Leitstelle des ÖGD in Baden-Württemberg. Es unterstützt vorrangig das SM, andere Landesbehörden 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 Fachveranstaltungen 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

Sprachscreening als Erkenntnis- und Planungsinstrument

Anne Fechler, Anna Lehrer, Ref. 95

Kinder mit auffälligen Leistungen im Sprachscreening in der Einschulungsuntersuchung (ESU) zeigen Leistungsprofile, die weiterer Diagnostik und Sprachförderung bedürfen. Das Wissen über die Art und Häufigkeit kann Grundlage für eine bedarfsgerechte Planung von Sprachförderprogrammen sein.

In Baden-Württemberg findet Schritt 1 der ESU im vorletzten Kindergartenjahr statt. Neben anderen für den Schulerfolg bedeutenden Fähigkeiten werden die sprachlichen Fähigkeiten der Vier- und Fünfjährigen erfasst. Hierzu dient das Heidelberger Auditive Screening in der ESU (HASE). HASE umfasst Aufgaben zum „Nachsprechen von Sätzen“, „Wiedergeben von Zahlenfolgen“ und „Nachsprechen von Kunstwörtern“. Bei nicht altersgerechten Leistungen in mindestens einem der drei Bereiche kann eine erweiterte Sprachstandsdiagnostik und Sprachförderung angezeigt sein.

Wir analysierten die HASE-Daten von 399 747 Kindern aus den Jahren 2010-2014, das Screening wurde somit landesweit bei 97 % aller nach Arbeitsrichtlinien untersuchten Kinder durchgeführt. In die nachfolgende Auswertung zu den Leistungsprofilen wurden nur HASE-Daten von Kindern mit Ergebnissen in allen drei Aufgabenbereichen einbezogen und nach Geschlecht, Familiensprache (deutsch vs. mehrsprachig) sowie nach Anzahl der Auffälligkeiten in nur einem, in zwei und in allen drei Bereichen betrachtet. Somit reduzierte sich die Auswertungsgruppe auf 392 354 Kinder.

HASE-Leistungsprofile: Anteile der auffälligen Befunde bei 4- bis 5-Jährigen in der ESU in Baden-Württemberg, 2010-2014 (N=392 354)

	Gesamt in %	Jungen/ Mädchen in %	Nur deutsch/ mehrsprachig in %
Nur 1 Aufgabenbereich auffällig	21	22 / 21	17 / 31
A) Nachsprechen von Sätzen	11	11 / 11	5 / 25
B) Nachsprechen von Kunstwörtern	5	6 / 5	7 / 3
C) Wiedergeben von Zahlenfolgen	5	5 / 5	5 / 3
2 Aufgabenbereiche auffällig	12	13 / 11	8 / 20
A) und B)	6	7 / 5	4 / 10
A) und C)	4	4 / 4	2 / 9
B) und C)	2	2 / 2	2 / 1
Alle 3 Aufgabenbereiche auffällig	6	7 / 5	4 / 10

Im Jahr 2010 zeigten 42 % der Kinder Auffälligkeiten in HASE, 2011 lag die Quote bei 41 % und für die Jahre 2012-2014 bei 39 %. Die Tendenz über die Jahre war bei den nur deutsch sprechenden Kindern leicht rückläufig (2010: 33 % vs. 2014: 28 %). Mehrsprachige Kinder lagen jeweils doppelt so hoch (2010: 64 % vs. 2014: 61 %). Bezogen auf das Geschlecht war das Sprachscreening jahrgangsübergreifend bei 43 % aller Jungen sowie 37 % aller Mädchen auffällig.

Durchschnittlich waren 21 % aller Kinder (2010: 22 %, 2011-2014: 21 %) in nur einem HASE-Aufgabenbereich auffällig. Das „Nachsprechen von Sätzen“ war am häufigsten betroffen, wobei mehrsprachige Kinder fünfmal so häufig Auffälligkeiten zeigten wie deutschsprachige Kinder. Dies weist auf unzureichende Deutschkenntnisse hin. Bei mehrsprachigen Kindern mit isoliert auffälligem Nachsprechen von Sätzen kann auf eine erweiterte Sprachstandsdiagnostik verzichtet werden, ein qualifiziertes Sprachförderangebot ist jedoch erforderlich.

Bei jedem achten Kind (12 %) waren zwei Aufgabenbereiche auffällig, meist das „Nachsprechen von Sätzen“ und „Nachsprechen von Kunstwörtern“. Schwierigkeiten beim Nachsprechen von Kunstwörtern können auf Defizite in der phonologischen Schleife des Arbeitsgedächtnisses hinweisen. Bei Auffälligkeiten in zwei Aufgabenbereichen gibt grundsätzlich eine erweiterte Sprachstandsdiagnostik Aufschluss über die einzuleitenden Maßnahmen.

Bei auffälligen Leistungen in allen drei Aufgabenbereichen ist mit einem Risiko für Probleme beim Sprach- und Schriftspracherwerb zu rechnen und ein Behandlungsbedarf wahrscheinlich. Dies traf auf rund 6 % aller untersuchten Kinder zu. Mehrsprachige Kinder waren doppelt so häufig betroffen wie nur Deutsch sprechende Kinder.

Die Auswertung der fünf Untersuchungsjahrgänge zeigt, dass HASE verlässlich sich als Screeninginstrument in der ESU bewährt hat. Die Gesundheitsämter vor Ort haben somit ein Screeninginstrument an der Hand, das ihnen anhand seiner Leistungsprofile ermöglicht, Hinweise auf bedarfsgerechte, qualifizierte Sprachförderung geben zu können sowie selbst den Bedarf für weitere diagnostische Maßnahmen zu kennen und diese entsprechend einzuleiten.



Analyse

Mykoplasmen in der Schule. Ein selten untersuchter Erreger verursacht Lungenentzündungen

Nobila Ouédraogo, Günter Pfaff, Elisabeth Aichinger, Christiane Wagner-Wiening, Ref. 95; Alexandra Lang, Nadja Mürter, Gesundheitsamt Göppingen

*Der Erreger *Mycoplasma pneumoniae* kann respiratorische Erkrankungen von Husten bis zu atypischen Lungenentzündungen verursachen. Mykoplasmen-Erkrankungen werden wegen ihres schleichenden Beginns mit Husten, leichter Atemnot, Kopf- und Gliederschmerzen und geringem Fieber nicht immer erkannt und größere Ausbrüche selten untersucht. Berichtet wird über eine Ausbruchsuntersuchung einer Häufung von durch Mykoplasmen verursachten Pneumonien in einer Gemeinschaftsschule.*

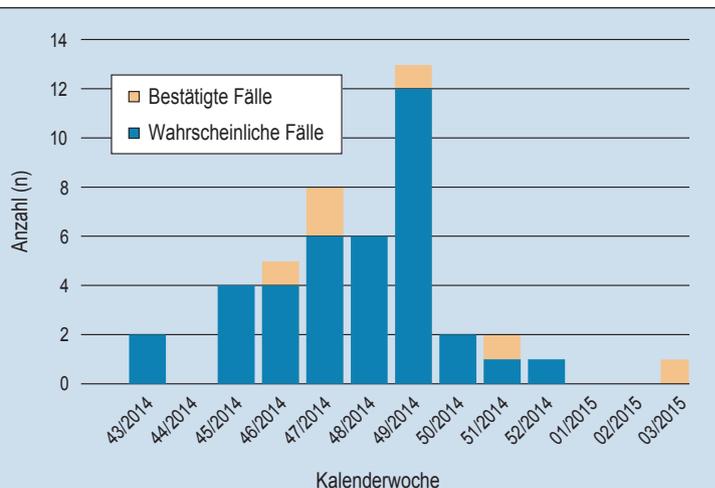
Anfang Dezember 2014 informierte das Gesundheitsamt Göppingen über eine Häufung von Pneumonien bei Schülern einer Gemeinschaftsschule mit 527 Schülern und 60 Lehrern. Um Informationen zum Verlauf und zur Ursache des Ausbruchs zu erheben, wurde eine Ausbruchsuntersuchung in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Göppingen eingeleitet. Nach der Identifizierung von *Mycoplasma pneumoniae* als Erkrankungserreger wurde eine analytische Untersuchung angeschlossen.

Wahrscheinliche Fälle wurden definiert als Schüler oder Lehrer, bei denen seit Anfang November 2014 bis Mitte Januar 2015 eine Pneumonie, Fieber und Husten oder Schüttelfrost und Husten aufgetreten waren. Bestätigte Fälle waren Schüler oder Lehrer, bei denen unabhängig von der klinischen Symptomatik im gleichen Zeitraum ein labordiagnostischer Mykoplasmen-Nachweis erfolgte.

Insgesamt konnten 54 wahrscheinliche Fälle erfasst werden, die über einen Zeitraum von etwa drei Monaten aufgetreten waren. Bei fünf Schülern, vier Lehrern und einem Kindergartenkind wurde labordiagnostisch *Mycoplasma pneumoniae* bestätigt. Jungen (56 %) waren häufiger betroffen als Mädchen. Im Durchschnitt dauerte die Erkrankung 11,3 Tage. Bei 66,7 % der Fälle war die Erkrankungsdauer länger als eine Woche. Erkrankte Schüler mussten durchschnittlich sechs Tage vom Unterricht fern bleiben.

Die analytische Untersuchung des Ausbruchs wurde mittels einer Kohortenstudie an der Gemeinschaftsschule durchgeführt. Lehrer und Schüler wurden aufgefordert, einen Fragebogen zu verschiedenen Risikofaktoren, wie Kontakt zu erkrankten Personen in der Schule oder im Haushalt, auszufüllen. Der Fragebogen wurde von 302 Schülern und 9 Lehrern beantwortet. Die Auswertung ergab, dass Lehrer und Schüler der ersten sowie der sechsten Klassenstufe mit einem 2,3fachen erhöhten Risiko betroffen waren als Schüler und Lehrer anderer Schuljahrgänge. Mögliche Ursachen hierfür konnten aufgrund fehlender Daten nicht ermittelt werden. Das Infektionsrisiko war für Lehrer etwa 3fach höher (Konfidenzintervall 1,4-6,6) verglichen mit Schülern. Bei Schülern mit Kontakt zu einem Atemwegserkrankten in der Familie war das Risiko 3,4fach höher (Konfidenzintervall 2,0-5,6) verglichen mit Schülern ohne Kontakt zu atemwegserkrankten Personen im Haushalt.

Aus den Ergebnissen der Ausbruchsuntersuchung können folgende Empfehlungen abgeleitet werden: Enge Kontakte im familiären Umfeld mit Patienten mit schweren respiratorischen Erkrankungen sollten in Ausbruchssituationen vermieden werden. Bei Häufungen respiratorischer Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 33 IfSG, wie z. B. Schulen, sollten Ärzte in ihrer differentialdiagnostischen Abklärung auch Mykoplasmen miteinbeziehen. Da sich die Erkrankungsdauer durch eine gezielte antibiotische Therapie deutlich verringern lässt, sollten Eltern bei Auftreten von Mykoplasmen-Infektionen von der Schulleitung darauf hingewiesen werden, ihre Kinder bei entsprechenden Symptomen einem Kinderarzt vorzustellen.



Zeitliche Verteilung der Fälle mit bekanntem Datum des Erkrankungsbeginns (n=44), Göppingen, Oktober 2014-Januar 2015

Q-Fieber-Ausbruch in einer psychiatrischen Rehabilitationsklinik

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

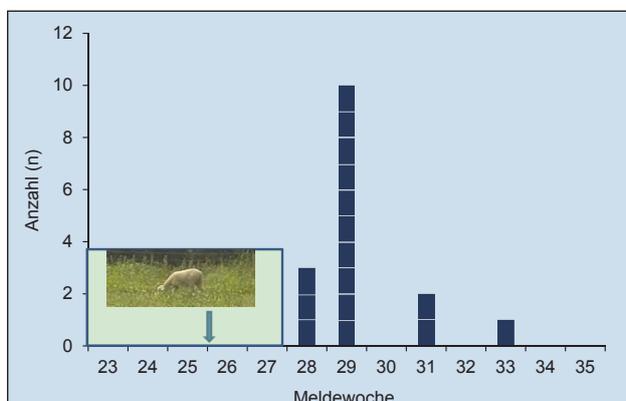
Im Juli 2015 wurde bei vier Personen eines Pflegeheims einer psychiatrischen Klinik Q-Fieber diagnostiziert. Eine daraufhin eingeleitete aktive Fallsuche ergab 17 weitere, insgesamt 21 Fälle.

Alle betroffenen vier Personen waren an Pneumonie erkrankt und lebten oder arbeiteten in einem Gebäudekomplex in unmittelbarer Nähe einer Schafweide, auf der bis Anfang Juli eine Schafherde gestanden und ein Muttertier am 22.06. gelammt hatte. Serologische Untersuchungen bestätigten die Infektion dieses Tieres mit dem Erreger des Q-Fiebers *Coxiella burnetii*. Die Übertragung auf die Erkrankten erfolgte vermutlich über Windverfrachtung von eingetrockneten Geburtsprodukten des infizierten Tieres. Da Q-Fieber-Infektionen auch bei asymptomatischen Infektionen zu einem chronischen Verlauf führen können, wurde durch das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) eine Ausbruchsuntersuchung durchgeführt, um weitere unerkannte Infektionen bei Bewohnern und Personal zu identifizieren.

Kohortenstudie

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurde Heimbewohnern und Personal des betroffenen Gebäudekomplexes, die sich zwischen 15.05. und 31.07. in der Einrichtung aufgehalten hatten, eine Blutuntersuchung auf Q-Fieber (Phase-2 IgM) angeboten. Demographische und klinische Daten sowie Angaben zu bekannten Risikofaktoren für einen chronischen Q-Fieber-Verlauf wurden in einem Fragebogen erhoben.

Untersucht wurden 106 Personen, darunter 79 Bewohner und 27 Mitarbeiter der Einrichtung im Alter von 19-87 Jahren (Median 61; 51 % männlich).



Anzahl der symptomatischen Fälle (n=16, Säulen), Aufenthaltszeit der Schafherde (Rechteck) und Ablammung (Pfeil) nach Meldewochen 2015

15 % der Bewohner gaben Diabetes an, 15 % eine immunsuppressive Behandlung und 12 % Herzkrankungen. Neben den vier bekannten wurden sechs weitere akute bzw. kürzliche Infektionen nachgewiesen. Drei dieser Personen hatten keine Symptome. 11,6 % der Bewohner und 8,0 % der Mitarbeiter waren betroffen. Zwölf Personen wurden wegen länger zurückliegendem (7), chronischem (1) oder unklarem (4) Q-Fieberstatus von der Analyse ausgeschlossen. Personen mit Herzklappenfehlern (Relatives Risiko RR=3,7; 95 % Konfidenzintervall CI: 1,0-13,6) und -erkrankungen (RR=3,2; 95 % CI: 1,0-10,7) hatten ein höheres Infektionsrisiko.

Intensivierte und passive Surveillance

Nach Bewertung der Kohortenstudie regte das LGA an, Risikopersonen, wie Schwangere, Patienten mit Herzdefekten bzw. starker Immunsuppression, die sich im Zeitraum von Mitte Mai bis 22.07.2015 im gesamten Klinikum aufgehalten hatten, über das Risiko einer möglichen stattgehabten Infektion auch ohne Auftreten von Symptomen zu informieren und eine Antikörper-titer-Bestimmung auf *Coxiella burnetii* zu empfehlen.

Neben der Kohortenstudie wurde eine aktive Fallsuche über das Klinikum bei entlassenen Patienten, die sich während des möglichen Inkubationszeitraums im Klinikum aufgehalten und eine respiratorische Symptomatik hatten, durchgeführt. Das Gesundheitsamt informierte des Weiteren entlassene Patienten und Personen mit Aufenthalt in direkter oder naher Umgebung zur Schafherde. Durch diese Maßnahmen wurde eine Infektion bei einem Angestellten eines Hofguts in Nähe der Weide bestätigt und weitere acht Fälle ermittelt: der Schäfer der betroffenen

Herde und ein Familienmitglied sowie sechs Patienten, davon fünf bereits entlassene. Passive Surveillance nach Infektionsschutzgesetz §§ 6 und 7 konnte zwei weitere Fälle epidemiologisch zuordnen: eine Joggerin und den Besitzer der Weide, auf der die Schafe im Anschluss standen.

Diskussion

Zum ersten Mal wurde ein Ausbruch in einem Klinikum in Deutschland mit aerogenem Eintrag von *C. burnetii* bekannt. Erkrankungsdaten und Inkubationszeiten schließen auf eine Punktquelle, die mit dem Zeitpunkt der letzten Ablammung in der Schafherde vereinbar ist. Für Gebiete in denen Q-Fieber endemisch ist, sollten bestehende Präventionsmaßnahmen – vor allem das Ablammen in ausreichender Entfernung von Wohnbebauung – eingehalten werden.



Analyse

Borrelia miyamotoi – eine neue durch Zecken übertragene Rückfallfieberborrelie

Rainer Oehme, Ref. 93

Im Jahr 1995 wurde in Japan eine neue Borrelienart, *Borrelia miyamotoi*, in einer Schildzecke (*Ixodes persulcatus*) gefunden. Es handelt sich hierbei um eine Rückfallfieberborrelie. Die gleiche Zecke überträgt auch *Borrelia burgdorferi sensu lato*. In den folgenden Jahren wurde *Borrelia miyamotoi* in Mitteleuropa und auch in Deutschland nachgewiesen.

Das klassische Rückfallfieber ist eine nichteinheimische, systemische Infektionskrankheit, die durch zur Gattung *Borrelia* gehörende Bakterien verursacht wird. Die Erkrankung ist durch einen phasenhaften Fieberverlauf gekennzeichnet. Es wird je nach beteiligtem Überträger zwischen dem Läuserückfallfieber (epidemisches Rückfallfieber) und dem Zeckenrückfallfieber (endemisches Rückfallfieber) unterschieden.

Der Erreger des Läuserückfallfiebers (*Borrelia recurrentis*) wird durch Kleiderläuse übertragen. Der Mensch wird nicht durch den Stich der Laus infiziert, sondern dadurch, dass infizierte Läuse durch den entstandenen Juckreiz beim Kratzen zerdrückt werden und ihre Körperflüssigkeit in die Haut eingekratzt wird. Für *Borrelia recurrentis* ist der Mensch der einzige Wirt. Voraussetzung für das Entstehen neuer Infektionen sind infizierte Menschen in einer Population mit Läusebefall. Es existieren geographisch begrenzte Endemiegebiete in Afrika, Asien und Südamerika. Der Schwerpunkt liegt in Ostafrika.

Das Zeckenrückfallfieber wird durch den Stich infizierter Zecken der Gattung *Ornithodoros* (Lederzecken) übertragen. Eine Übertragung durch Bluttransfusion ist möglich. In Afrika ist der Erreger *Borrelia duttoni* und der Überträger *Ornithodoros moubata*. Hier können auch Nagetiere den Erreger beherbergen; somit handelt es sich um eine Zoonose. Die Zecken können sich an den Nagetieren mit dem Erreger infizieren und geben die Borrelien an ihre Nachkommen weiter.

Borrelia miyamotoi wurde 1995 als neue Borrelienart in der Schildzecke *Ixodes persulcatus* nachgewiesen. Es war die erste Rückfallfieberborrelie, die gemeinsam mit dem Erreger der Lyme-Borreliose *Borrelia burgdorferi sensu lato* in einer Schildzecke nachgewiesen wurde. Dass sie den Menschen krank machen kann, wurde 2011 in Russland nachgewiesen. Das

Krankheitsbild beim Menschen zeigt nur selten das eines typischen Rückfallfiebers mit wiederkehrenden Episoden des Fiebers. Die meisten Patienten klagen über konstantes Fieber, Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Müdigkeit, Erbrechen und Muskelschmerzen. In der Folge wurden sporadische Fälle aus Europa, den USA und Asien sowohl bei immungeschwächten Patienten als auch bei immunkompetenten Patienten beschrieben. Aus diesem Grund ist *Borrelia miyamotoi* als neuer Krankheitserreger anzusehen. Das Referenzzentrum für Lyme-Borreliose am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in München hat für diesen Erreger ein molekularbiologisches Nachweissystem entwickelt, das dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurde. Im Rahmen einer Projektarbeit wurden 600 *Ixodes ricinus* Zecken auf das Vorhandensein von *Borrelia miyamotoi* untersucht. In ca. 3 % der Zecken konnte der Erreger nachgewiesen werden. Diese Zeckenart ist der Hauptvertreter der Zecken in Deutschland und verantwortlich für die Übertragung von *Borrelia burgdorferi sensu lato* auf den Menschen. Die Zahlen in Bayern entsprechen denen von Baden-Württemberg. Dies zeigt, dass auch in Deutschland mit Erkrankungsfällen durch diese Rückfallfieberborrelie gerechnet werden muss.



Weibchen von *Ixodes ricinus*, dem Überträger von *Borrelia burgdorferi sensu lato* und *Borrelia miyamotoi* in Deutschland (Quelle: http://www.digitale-naturfotos.de/galerie/images_milben/big/mm487-zecke-gemeiner-holzbock-ixodes-ricinus.jpg)

Nachweis von Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae

Elke Göhring-Zwacka, Daniela Kömpf, Michaela Frlicka, Astrid Kirch, Ref. 93; Johanna Körber, Ref. 94

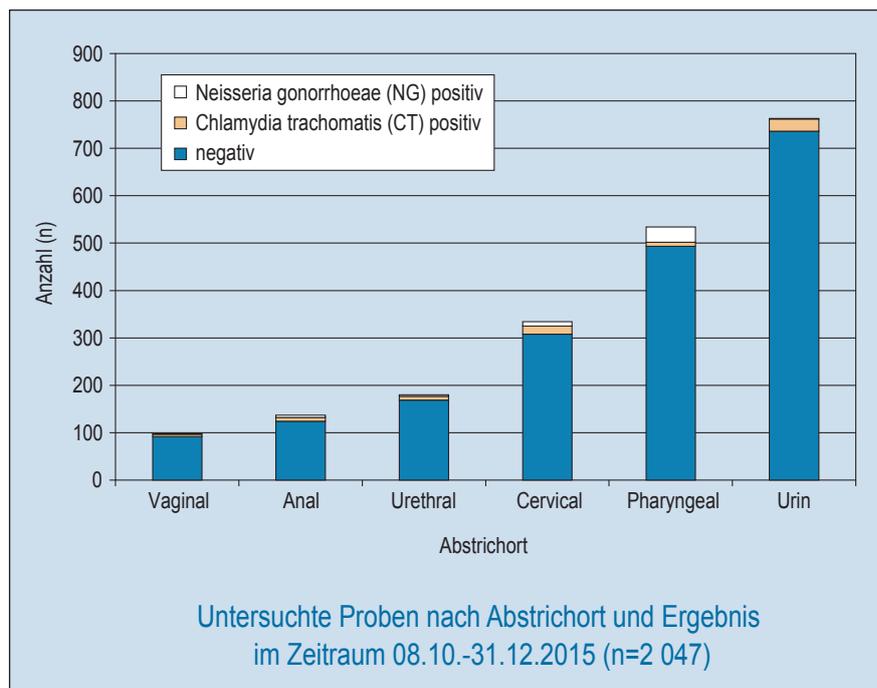
Eine Labordiagnostik auf sexuell übertragbare Infektionen, die sehr häufig asymptomatisch verlaufen, ist unerlässlich, um Infektketten zu unterbrechen – insbesondere, da deutschlandweit ein Anstieg dieser Infektionen zu beobachten ist.

In allen Beratungsstellen für sexuell übertragbare Infektionen (STI) der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg wird eine anonyme Beratung zu HIV und – wenn ein Risiko vorliegt – ein kostenloser HIV-Test angeboten. Die Diagnostik erfolgt im Laborbereich des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA). Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern, wie Chlamydia trachomatis (CT) und Neisseria gonorrhoeae (NG) stellen ein erhöhtes Risiko für eine HIV-Infektion dar. Außerdem verlaufen diese Infektionen häufig asymptomatisch und können – nicht behandelt – gravierende Spätfolgen (z. B. sekundäre Sterilität oder ektope Schwangerschaften) haben. Daher ist die Laboruntersuchung auf CT und NG neben der HIV-Diagnostik sehr wichtig, zumal die Primär-Infektionen antibiotisch gut behandelbar sind. Hierzu führt das LGA ein zweijähriges Projekt zur Diagnostik von CT und NG für die STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg durch. Dadurch haben die STI-Beratungsstellen die Möglichkeit, ihren Klienten Laboruntersuchungen auf

CT und NG kostenlos anzubieten. Voraussetzung ist eine ausführliche Beratung einschließlich einer Sexual- und Risikoanamnese. Je nach erhobenem Risikoverhalten wird eine Diagnostik aus Urin, Cervical-, Urethral-, Vaginal-, Anal- und/oder Pharyngealabstrichen empfohlen. Das Angebot erfolgt unabhängig von der geschlechtlichen Identität und der sexuellen Orientierung und ebenfalls unabhängig von einer vorliegenden Symptomatik. Die Diagnostik erfolgt mittels PCR, bei positivem NG-Nachweis wird eine Neueinsendung zur kulturellen Anzucht und Resistenzbestimmung empfohlen.

Ergebnisse

Das Angebot der kostenlosen Untersuchungen auf CT/NG wurde in den ersten knapp drei Monaten (08.10.-31.12.2015) von 1 523 Klienten aus bisher 25 Beratungsstellen angenommen. Von 2 047 untersuchten Proben wurden 70 CT- und 48 NG-Infektionen nachgewiesen, wovon sich acht als Doppelinfektionen darstellten. In der nachfolgenden Abbildung ist der Anteil der positiv getesteten Proben in Abhängigkeit vom Untersuchungsmaterial dargestellt. Die kulturelle Anzucht von NG gelang in diesem Zeitraum in einem von zwanzig Fällen, eine Resistenz konnte ausgeschlossen werden.



Fazit

Die Tatsache, dass das Angebot nach Einführung ausgesprochen gut angenommen wurde und innerhalb dieses kurzen Zeitraums bereits 4,6 % CT- und 3,2 % NG-Infektionen nachgewiesen und die Infizierten einer Behandlung zugeführt werden konnten, zeigt die Bedeutung dieses Projekts. In der Prävention ist neben der Beratung und einer Risikoanalyse die Labordiagnostik insbesondere bei asymptomatisch verlaufenden Infektionen eine wichtige Maßnahme, um einer weiteren Ausbreitung der Infektionen entgegen zu wirken.



Labordiagnostik auf Syphilis

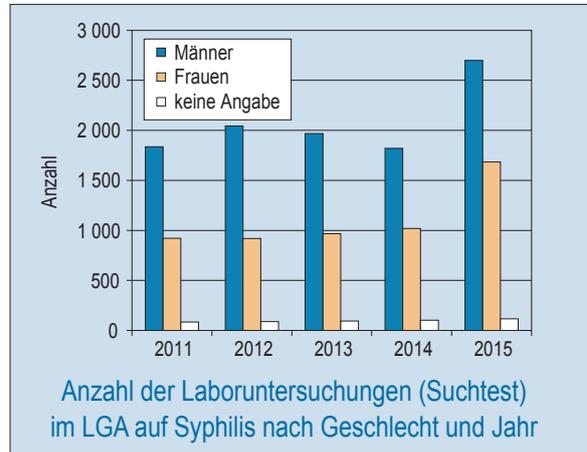
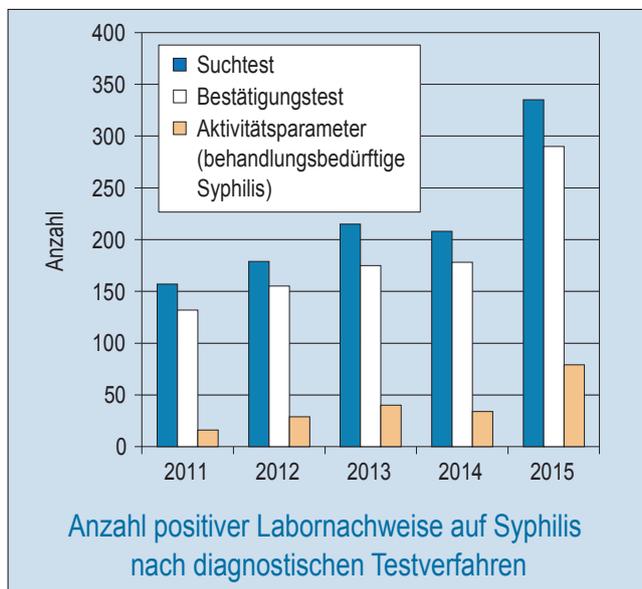
Silke Fischer, Elke Göhring-Zwacka, Ref. 93

Die Anzahl der im Laborbereich des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) untersuchten Proben auf Syphilis ist in den letzten fünf Jahren angestiegen. In der Regel sind dies Serumproben, die von Gesundheitsämtern und Justizvollzugsanstalten eingesandt werden. Hierbei wird eine Stufendiagnostik durchgeführt.

Die Syphilis (Lues) ist eine bakterielle, durch den Erreger *Treponema pallidum* verursachte Infektion, die nur beim Menschen vorkommt und hauptsächlich sexuell übertragen wird. Männer sind häufiger von der Erkrankung betroffen als Frauen. Zur Diagnosestellung stehen verschiedene labordiagnostische Verfahren zur Verfügung. Die Infektion kann durch Antibiotika geheilt werden; wiederholte Infektionen sind möglich.

Stufendiagnostik der Syphilis

Die Methode der Wahl zur Labordiagnose der Syphilis ist der Antikörpernachweis. Dabei hat sich das Konzept zur serologischen Stufendiagnostik der Syphilis bewährt. Diese besteht aus einem anfänglich durchgeführten Suchtest (Chemilumineszenz-Mikropartikel-Immunoassay CMIA und *Treponema-pallidum*-Hämagglutinationstest TPHA). Bei positivem Suchtest wird das Ergebnis mit einem darauf folgenden Bestätigungstest (Immunoblot) verifiziert. Anschließend wird ein quantitativer Test zur Beurteilung der Aktivität und Behandlungsbedürftigkeit (Rapid Plasma Reagin-Test) durchgeführt. Anamnestic Angaben zu früheren Syphilis-Infektionen und einer durchgeführten antibiotischen Therapie sind für die Beurteilung der Laborergebnisse von großer Bedeutung.



Auswertung der Laboruntersuchungen

Im LGA hat sich die Gesamtzahl der Laboruntersuchungen auf Syphilis in den letzten fünf Jahren von 2 842 Suchtests im Jahr 2011 auf 4 498 Suchtests im Jahr 2015 erhöht. Dies entspricht einem Anstieg von 58 %. Die Seroprävalenz bei Männern ist deutlich höher als bei Frauen, was sich in der Anzahl der Laboruntersuchungen widerspiegelt: 2015 wurden 2 698 Suchtests bei Männern und 1 683 Suchtests bei Frauen angefordert (erste Abbildung).

Dementsprechend konnte auch ein Anstieg der positiven Labornachweise in den letzten fünf Jahren verzeichnet werden (zweite Abbildung). Im Jahr 2015 waren von 4 498 durchgeführten Suchtests 335 positiv (7,4 %). Davon wurden 290 (6,4 %) im Bestätigungstest verifiziert. Von diesen wurde bei 79 Patienten eine behandlungsbedürftige Syphilis diagnostiziert (27 %). Im Vergleich dazu wurden im Jahr 2011 lediglich 16 behandlungsbedürftige Infektionen diagnostiziert.

Zusammenfassung

Von 2011-2015 stiegen sowohl die Gesamtuntersuchungen auf Syphilis als auch die Zahlen behandlungsbedürftiger Infektionen an. Die Infektion ist antibiotisch gut behandelbar. Die Syphilis-Erkrankung läuft in mehreren Stadien ab. Deshalb ist es entscheidend, eine frühzeitige Diagnostik durchzuführen und eine rasche Behandlung anzuschließen, um dadurch Infektionsketten zu unterbrechen. Da bei einer diagnostizierten Syphilis mit bestehender Schleimhautläsion das Risiko für eine zusätzliche sexuell übertragene Infektion wie z. B. HIV erhöht ist, sollten weitere sexuell übertragbare Erkrankungen abgeklärt werden.

Schimmel in Kindergärten und Schulen – Erfahrungsbericht 2015

Guido Fischer, Ursula Hack, Ref. 96

Schimmelpilzbefall in Räumen von Kindergärten und Schulen wirft die Frage auf, wie dieser aus gesundheitlicher Sicht zu bewerten ist.

Schimmelpilzwachstum in Innenräumen ist aus Vorsorge nicht zu tolerieren und muss entfernt werden. Insbesondere in Kindertagesstätten und Schulen ist Schimmelpilzwachstum ein Dauerbrenner. Alle Interessengruppen sind gut beraten, wenn bei einem sog. Schimmelpilzbefall zunächst einmal „ein klarer Kopf“ bewahrt wird. Eine Vermehrung von Schimmelpilzen in einem Baumaterial/Gewerk bedeutet noch nicht, dass es auch zu einer gesundheitlich relevanten Belastung der Nutzer z. B. durch die Raumluft kommen muss.

Die in Sachverständigengutachten angeführten gesundheitlichen Bewertungen sind in der Regel pauschal und wenig zielführend. Die Bewertung der Gesundheitsgefahr durch Schimmelpilze im Innenraum ist für einzelne Personen (individualmedizinisch) nicht oder nur sehr begrenzt möglich, weil es für Schimmelpilzbelastungen keine Grenzwerte gibt.

Der im Folgenden vereinfacht dargestellte Fall einer Schimmelpilzbelastung wird in Anfragen zahlreich an das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) herangetragen. Bedauerlich ist, dass Wasser- und Feuchteschäden durch Zeit- und Kostendruck und durch handwerkliche Unzulänglichkeiten am Neubau offenbar zunehmen. Bei Schulen treten die Probleme vor allem in Altbauten, insbesondere im Untergeschoss/Keller auf. Beunruhigend ist, wie unverhältnismäßig die Reaktionen und Verhaltensweisen vieler Betroffener ausfallen, die das Internet als Informationsquelle für eine gesundheitliche Bewertung nutzen.

In 2015 wurde in 142 Proben aus 25 Objekten das Schimmelpilzspektrum untersucht, um daraus hygienische Bewertungen für den Innenraum abzuleiten. Zusätzlich wurden 46 telefonische Fachberatungen durchgeführt, die sich meist auf öffentliche Gebäude bezogen.

Schimmel im Kindergarten

In einem neu errichteten Kindergarten kam es dreimal in kurzer Folge zu einem Wasserschaden; in allen Fällen wurde die Trocknung des Unterbodens unmit-

telbar nach dem Schadensfall begonnen. Nach der Sanierung (Austausch) von kontaminierten Trockenbauelementen und einer Feinreinigung zeigte sich keine erhöhte Belastung der Raumluft mit Schimmelpilzen. Eine Untersuchung des Styropors aus dem Unterboden mit schlecht zu standardisierenden Untersuchungsverfahren ergab jedoch den Nachweis von Schimmelpilzen, die von einem Baubiologen als gesundheitsgefährdend bewertet wurden. Daraufhin waren nicht nur die Elternschaft, sondern auch die Träger der Einrichtung extrem verunsichert.



Mit der Natur kommen „natürlich“ auch Schimmelpilze in den Innenraum

Das LGA hat daraufhin im Jahr 2015 an fünf Messtagen die Luft untersucht. Ziel war es darzulegen, ob die Innenraumluft durch die Schimmelpilze in der Unterkonstruktion kontaminiert wird. Dies kann nur durch die differenzierte Erfassung der verschiedenen Schimmelpilze in der Luft gelingen, die mit Referenzwerten für Innenräume und für die Außenluft verglichen werden. Im Laufe dieser Untersuchungen konnte keine bedeutsame Überschreitung der Referenzwerte (vgl. Schimmelpilzleitfaden des LGA) festgestellt werden, so dass einer weiteren Nutzung der Einrichtung nichts entgegenstand. Die Schimmelpilzkontamination in der Unterkonstruktion – es handelt sich um eine leichte Überschreitung der bisher ermittelten Referenzwerte für Schimmelpilze in Baumaterial – soll mittelfristig saniert werden; die geschieht aber in erster Linie aus Gründen der Werterhaltung des Gebäudes.

Epidemiologische Studien belegen, dass Feuchte und Schimmelpilze im Innenraum das Risiko für Atemwegserkrankungen erhöhen. Diese Erkenntnis ermöglicht noch nicht, die Wirkung von Schimmelpilzbelastungen auf einzelne Betroffene abzuschätzen. Durch Messungen kann aber geklärt werden, ob die Schimmelpilzbelastung in einem Innenraum „normal“ (< Referenzwert) oder durch die Vermehrung von Schimmelpilzen auf Baumaterialien („Schimmelpilzbefall“) erhöht ist.



Was wissen wir wirklich über Feinstaub?

Iris Zöllner, Ref. 95; Thomas Gabrio, Stuttgart

Fragen zu Feinstaub stehen immer wieder im öffentlichen Interesse. Eindeutige Aussagen zur gesundheitlichen Wirkung von Feinstaub in der Außenluft sind jedoch bisher kaum möglich.

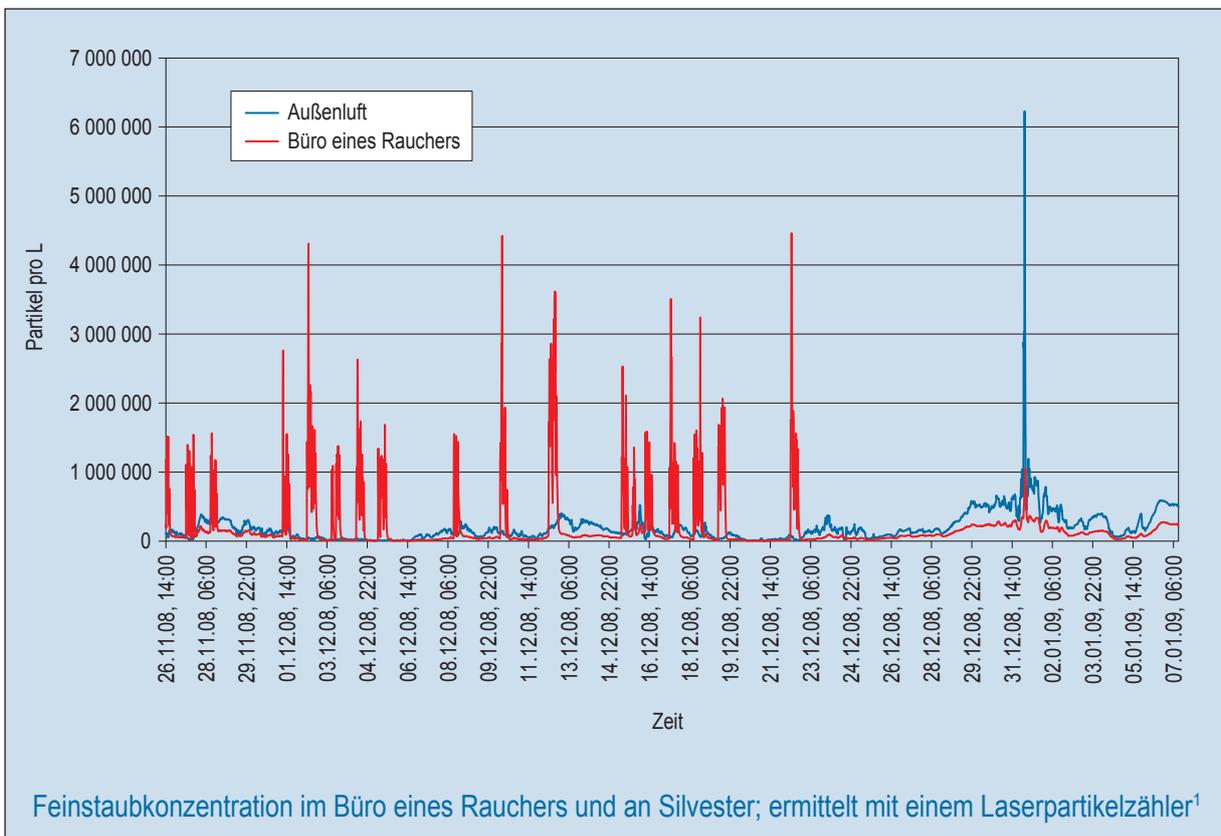
Fragen zu Feinstaub stehen vor allem in Bezug zur Außenluft, aber auch zur Innenraumluft immer wieder im öffentlichen Interesse. Feinstaubmessungen in Schulen, Wohnungen, Büros sowie der dazugehörigen Außenluft machen die besonderen Probleme bei diesen Messungen und deren Interpretation deutlich. Aus den vorliegenden Messergebnissen und dem gegenwärtigen Stand des Wissens lässt sich ableiten, dass es bisher nur möglich ist, Quellen von Feinstaubexpositionen in Innenräumen zu ermitteln. Eine gesundheitliche Bewertung der Ergebnisse ist in der Regel kaum möglich, da die Feinstaubexposition von Personen bestenfalls halbquantitativ abgeschätzt werden kann. Die Wirkung einzelner Feinstaubpartikel ist derzeit weitgehend unbekannt. Neben der Partikelanzahl, -masse und -oberfläche ist die Wirkung u. a. von der Größe, der physikalisch-chemischen und

biologischen Zusammensetzung sowie von der morphologischen Struktur der Partikel abhängig.

Eindeutige Aussagen zur gesundheitlichen Wirkung von Feinstaub in der Außenluft sind anhand epidemiologischer Studien kaum möglich, weil erhöhte Feinstaubwerte oft mit höheren Konzentrationen weiterer Umweltschadstoffe (NO_x , O_3 , SO_2 usw.), mit meteorologischen sowie anderen Einflussfaktoren (z. B. Grippewellen, Lärm, Sozialstatus, Rauchverhalten) einhergehen. Häufig werden in epidemiologischen Studien gesundheitsbezogene Daten der Bevölkerung in verschiedenen Städten oder Regionen mit geschätzten oder gemessenen Feinstaubkonzentrationen in der Außenluft in Beziehung gesetzt. Diese Vorgehensweise vernachlässigt, dass sich die Menschen in Industrieländern bis zu 90 % des Tages in Innenräumen aufhalten und die Feinstaubexposition auch von vielen anderen Faktoren abhängt und nicht notwendigerweise der in der Außenluft entspricht. Bei der Bewertung von Feinstaub ist deshalb die Exposition in der Innenraum- und Außenluft zu berücksichtigen. Aus ökologischen Studien allein kann kein kausaler Zusammenhang abgeleitet werden.



Analyse



¹ Wir danken Wolfgang Köngeter, der durch seinen unermüdlichen Einsatz und seine Anregungen die Untersuchungen zum Feinstaub unterstützt hat.

Morbus Hodgkin als Berufskrankheit (BK 2402)

Ulrike Gadge, Ref. 96

Die Erkrankung an einem Morbus Hodgkin, einer malignen Erkrankung des Lymphsystems, ist keine typische Folge der Einwirkung von ionisierenden Strahlen. In einem besonders schweren Fall, in der ein Ingenieur über Jahre Röntgenstrahlung ausgesetzt war, wurde sie als Folge der Strahleneinwirkung anerkannt.

Der Beschäftigte war bei Aufnahme seiner Tätigkeit 25 Jahre alt. Er war als Ingenieur und Programmierer etwa viereinhalb Jahre an einer elektronischen Wanderfeldröhre (high power amplifier) zur Erzeugung von elektromagnetischen Strahlen für Radaranwendungen beschäftigt.

Es handelte sich um einen Laborarbeitsplatz. Welt-raumbedingungen sollten simuliert werden. Der Beschäftigte entwickelte und prüfte Software für Messgeräte und prüfte Testsysteme. Er hielt sich bei anliegender Hochspannung seinen ganzen Arbeitstag über in unmittelbarer Nähe der Wanderfeldröhre auf. Die Prüfung der Temperatur des Systems erfolgte teilweise mit der Hand. Der Sitzplatz des Beschäftigten befand sich dabei in unterschiedlichen Abständen (unter 0,5 bis 3 m) von der Röhre. Die austretende Röntgenstrahlung wurde nicht abgeschirmt; Dosisleistungsmessungen wurden nicht durchgeführt. Eine Aussage über die tatsächlich erhaltene Strahlendosis ist daher nicht mehr möglich.

Nach den später erfolgten Dosis-Berechnungen war der Beschäftigte – konservativ geschätzt – 5 Millisievert (mSv) pro Arbeitstag ausgesetzt. Die Dosis pro Jahr errechnet sich auf 1,1 Sv, seine Gesamtdosis während der dortigen Tätigkeit auf 5,3 Sv. (Anm.: Die natürliche Strahlenexposition in Deutschland beträgt durchschnittlich 2,4 mSv pro Jahr.) Die maximale erlaubte effektive Jahresdosis für beruflich strahlenexponierte Personen beträgt in Deutschland 20 mSv; über ein ganzes Berufsleben dürfen nicht mehr als 100 mSv zusammenkommen. Der Jahresgrenzwert wurde am Arbeitsplatz des Beschäftigten also um das 50fache überschritten, die Lebensdosis um das 53fache.

Der Beschäftigte bekam kurz nach Beginn seiner Tätigkeit Hautausschläge mit Juckreiz und litt zu-

dem an Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit, Schlafstörungen, Reizhusten, Gelenkschmerzen und Schweißausbrüchen. Im Alter von 37 Jahren erkrankte er an einem Hodgkin-Lymphom. Diese bösartige Erkrankung des lymphatischen Systems kommt in Deutschland mit einer Häufigkeit von etwa drei pro 100 000 erwachsenen Personen vor, mit zwei Erkrankungsgipfeln um das 20. und das 60. Lebensjahr. Ein Beginn der Erkrankung im Alter von 37 Jahren ist ungewöhnlich.

Studien, welche einen Zusammenhang zwischen beruflich erhöhter Strahlendosis und einem Hodgkin-Lymphom belegen oder ausschließen, existieren nicht. Alle Teilnehmer der vorhandenen Studien waren einer erheblich geringeren Strahlendosis ausgesetzt als der Beschäftigte. Atombombenopfer wurden zum Vergleich herangezogen. Deren Strahlendosis ist mit der beruflichen Dosis des Beschäftigten vergleichbar. Sie erkrankten signifikant häufiger an Morbus Hodgkin. Unter Berücksichtigung der übrigen Symptome und unter Zuhilfenahme eines Berechnungsprogramms errechnete sich eine berufliche Verursachungswahrscheinlichkeit der Erkrankung des Beschäftigten von 56 %.

Der Beschäftigte wurde operiert und erhielt Chemotherapie. Ein Rezidiv ist nicht aufgetreten. Er ist weiterhin stark beeinträchtigt durch u. a. Konzentrationsschwäche, vermehrte Müdigkeit, eingeschränkte Leistungsfähigkeit, Gelenkschmerzen und Gefäßerkrankungen.

Die Beschäftigung am exponierten Arbeitsplatz wurde 1985 aufgenommen und 1989 beendet. Die ersten Symptome traten bereits 1985 auf. An einen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit wurde damals nicht gedacht. 1998 erkrankte der Versicherte am Hodgkin-Lymphom. 2011 zeigte er selbst seine Erkrankung als Berufskrankheit an. Im Oktober 2015 wurde das Lymphom als Berufskrankheit anerkannt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit wurde von Februar bis November 1998 mit 100 % eingeschätzt, von November 1998 bis November 2001 mit 60 %, anschließend mit 20 %. Die Ansprüche von vor 2007 waren allerdings schon verjährt und kamen nicht zur Auszahlung.



Studie zur neuen Berufskrankheit nach Nr. 5103: Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung – erste Ergebnisse

Cornelie Einsele, Ref. 96

Im Rahmen einer Studie werden die für den Staatlichen Gewerbearzt (SGA) verfügbaren Daten zu dieser Berufskrankheit in Baden-Württemberg für das Jahr 2015 ausgewertet. Sind schon Tendenzen erkennbar?

„Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ wurden als neue Berufskrankheit (BK) nach Nummer 5103 (BK 5103) in die Liste der BK aufgenommen (Novellierung der BK-Verordnung zum 01.01.2015). Seither wurden in Baden-Württemberg beim SGA entsprechende Krankheitsbilder als BK 5103 angezeigt. Sie stehen in puncto Häufigkeit an gemeldeten BK an dritter Stelle nach „schweren oder wiederholt rückfälligen Hautkrankheiten“ und „Lärmschwerhörigkeit“.

Beim Krankheitsbild der BK 5103 handelt es sich um Plattenepithelkarzinome, eine bestimmte Art von weißem Hautkrebs, und dessen Vorstufen in Form von multiplen aktinischen Keratosen, welche sich in ca. 10 % zu einem Hautkrebs entwickeln. Aktinische Keratosen äußern sich als erbsengroße weißliche, rötliche bis bräunliche Hautflecken oder Knötchen mit tastbar rauer Oberfläche, welche sich bei flächenhafter Ausbreitung verbinden können (Feldkanzerisierung). Derartige Hautveränderungen sind an beruflich sonnenexponierten Hautarealen anzutreffen, so besonders im Bereich des Kopfes, vor allem an Stirn, Schläfen, Nase, auf Scheitelhöhe bei Haarverlust, an Ohrmuscheln, aber auch an Unterarmen und Handrücken. Bei Beschäftigten, welche meist im Freien arbeiten und dabei erheblich mehr als die übrige Bevölkerung der Sonne ausgesetzt sind, werden solche Hauterscheinungen gehäuft diagnostiziert, insbesondere dann, wenn Sonnenschutz-Maßnahmen unzureichend umgesetzt wurden.

Von einer im Sinne der BK 5103 gefährdenden natürlichen UV-Strahlung wird ausgegangen – so die Konvention – wenn für das erkrankte Hautareal die zusätzliche arbeitsbedingte Dosis (H_b) mindestens 40 % der privaten Dosis (H_p) beträgt ($H_b : H_p \geq 0,4$). Dann ist mit einer Verdoppelung des Risikos für o. g. Hautveränderungen zu rechnen. Dies trifft für einen 60-Jährigen im Allgemeinen zu, wenn er 25 Jahre als Gärtner im Freien tätig war.

Erste Ergebnisse zur Studie BK 5103

Eine erste Auswertung der in Baden-Württemberg im Jahr 2015 beim SGA registrierten Anzeigen auf Verdacht einer BK 5103 (BK 5103-Anzeigen) und die vom jeweils zuständigen Unfallversicherungsträger (UVT) von Amts wegen eingeleiteten, bisher nur teilweise abgeschlossenen Ermittlungen ergab:

- Angezeigt wurden 564 Erkrankungsfälle. Der SGA hat bis Ende 2015 bei 205 Fällen zur Frage einer BK 5103 Stellung genommen und in ca. 57 % eine Anerkennung als BK 5103 befürwortet.
- Bei den BK-Anzeigen liegt der Anteil an weiblichen Personen bei nur 14 %.
- Unter den vom SGA zur Anerkennung als BK 5103 vorgeschlagenen Fällen sieht man in puncto Krankheitsbild vor allem multiple aktinische Keratosen evtl. mit Feldkanzerisierung, also Vorstufen eines Hautkrebses, während Plattenepithelkarzinome weniger häufig sind.
- Betrachtet man bei den BK-Anzeigen die Altersstruktur der Erkrankten, so fällt auf, dass diese überwiegend das Alter von 65 Jahren teilweise weit überschritten haben mit einem Anteil von ca. 74 %, während solche unter 50 Jahren nur vereinzelt (unter 4 %) zu finden sind.
- Genannt werden als schädigend häufig Berufe aus dem Bau- und landwirtschaftlichen Bereich wie Dachdecker, Maurer, Straßenbauer oder Landwirt, Gärtner, Forstwirt.
- Die meisten BK-Anzeigen entfallen auf zwei UVT, nämlich auf die Bau- und die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft.

Ausblick

Ausgehend von den beim SGA in Baden-Württemberg im Jahr 2015 registrierten BK 5103-Anzeigen sollen diese im Rahmen einer Studie näher betrachtet werden. Hierbei sollen ausgewählte Parameter zu den Fällen erfasst und ausgewertet werden, bei welchen bis Ende 2016 die Ermittlungen der UVT abgeschlossen sein und dem SGA zur Beurteilung vorliegen werden.

Von Interesse sind u. a. Art und Ausmaß von Hautschäden durch Arbeiten im Freien, Häufigkeit der Anerkennung als BK 5103, Erkrankungsbeginn und -verlauf, Gründe für die Ablehnung einer BK 5103. Sofern die Ermittlungsakten der UVT hierzu Angaben enthalten, sollen prädisponierende Faktoren wie heller Hauttyp oder erhöhte UV-Empfindlichkeit bei bestimmten Erkrankungen erfasst werden. Konkurrierende Faktoren sind zudem zu berücksichtigen, da Krankheitsbilder, wie sie für eine BK 5103 als typisch gelten, auch andere Ursachen haben können. Zu nennen sind hier z. B. künstliche UV-Strahlung bei Schweißarbeiten, Freizeit im Freien in hohen Höhen oder in Äquatornähe, Einwirkung von Arsen, ionisierender Strahlung, polycyclischen aromatischen Kohlenwasserstoffen, aber auch Immunsuppression bei sonstigen Erkrankungen.



Häufigste Medikamente bei Erwachsenen in Baden-Württemberg

Iris Zöllner, Ref. 95

Die von Erwachsenen nach eigenen Angaben am häufigsten eingenommenen Medikamente waren Analgetika/Antirheumatika, Betablocker, Antihypertonika und Schilddrüsentherapeutika.

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg hat in den Jahren 2010/11 gemeinsam mit zehn Gesundheitsämtern eine Untersuchung zu Gesundheit und Umwelt bei Mitarbeitern von Landratsämtern durchgeführt, bei der u. a. auch Angaben zu Medikamenten erfragt wurden. Mit Hilfe eines selbst auszufüllenden Fragebogens wurden von den Teilnehmern Angaben zu folgenden Fragen erbeten: „Haben Sie in den letzten 14 Tagen vor dieser Befragung Medikamente eingenommen bzw. haben Sie Medikamente gespritzt bekommen?“ und „Falls ja, geben Sie bitte die Namen der Medikamente an.“ Die Angaben zu Medikamenten wurden mit Hilfe der Roten Liste 2010 Medikamentengruppen (z. B. Analgetika/Antirheumatika oder Antihypertonika) zugeordnet.

Insgesamt konnten 1 396 Erwachsene im Alter von 18-74 Jahren befragt werden; davon waren 502 Männer und 894 Frauen. Mindestens ein Medikament hatten 34 % der Männer und 44 % der Frauen angegeben. Wegen der möglichen Mehrfachangaben beziehen sich die folgenden Ergebnisse auf die Gesamtzahlen der bei Männern und Frauen angegebenen Medikamente.

Die am häufigsten angegebene Medikamentengruppe bei beiden Geschlechtern waren Analgetika/Antirheumatika. Jedes fünfte angegebene Medikament gehörte zu dieser Gruppe (vgl. Abbildung). Bei Männern war jedes achte angegebene Medikament ein Betablocker, bei den Frauen gehörte etwa eines von zwölf angegebenen Medikamenten zu dieser Gruppe.

Männer nahmen häufiger Antihypertonika ein als Frauen (6,8 % versus 2,4 % der angegebenen Medikamente). Das gilt auch für Magen-Darm-Mittel (Männer: 6,3 %, Frauen 3,4 %), Lipidsenker (Männer 5,7 %, Frauen 1,5 %) und Antidiabetika (Männer 2,9 %, Frauen 1,3 %).

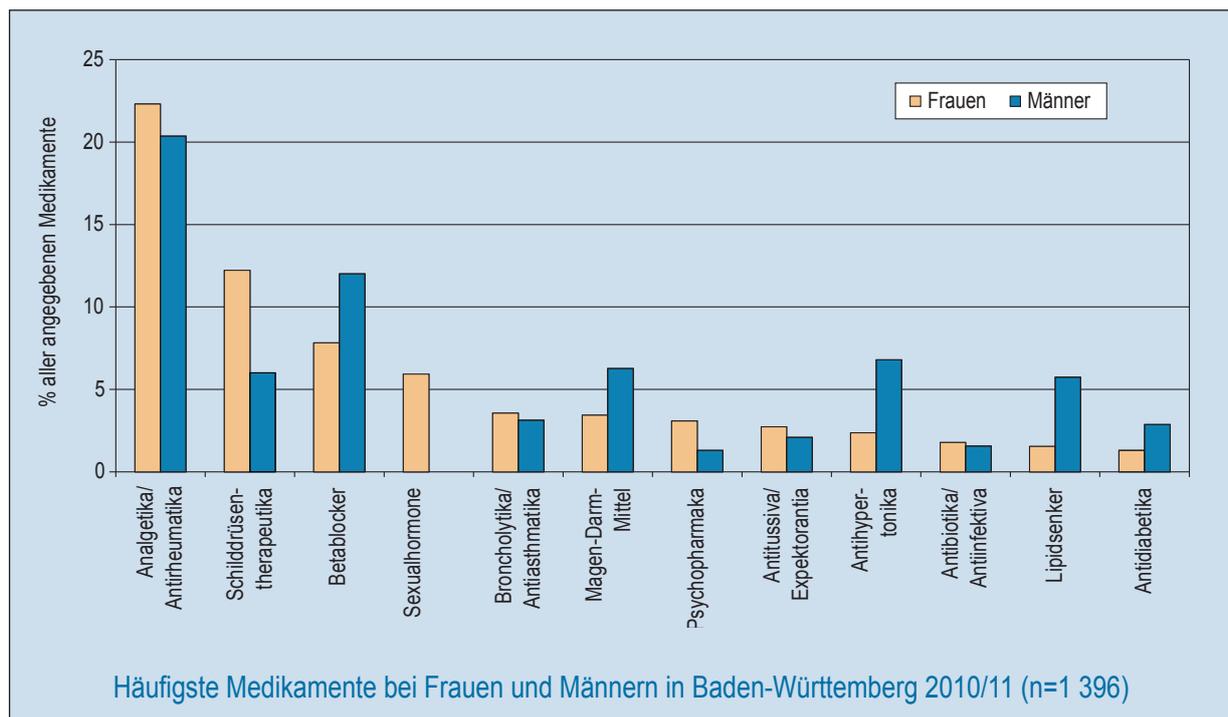
Frauen nahmen häufiger Schilddrüsentherapeutika ein als Männer (12,2 % bzw. 6 %). Sie gaben auch häufiger Psychopharmaka als Medikamente an (Frauen 3,1 %, Männer 1,3 %). 5,9 % der von Frauen angegebenen Medikamente waren Sexualhormone.

Broncholytika/Antiasthmatica machten 3-4 % der angegebenen Medikamente aus, Antitussiva/Expektorantia 2-3 % und Antibiotika lagen bei 1,7 % der angegebenen Medikamente.

Die größten Unterschiede zwischen Männern und Frauen fanden sich bei den Angaben zu Lipidsenkern, Antihypertonika, Betablockern, Schilddrüsenpräparaten und Magen-Darm-Mitteln.



Analyse



Zeitreihen zur Mortalität in Baden-Württemberg 1980-2014

Iris Zöllner, Anne Fechler, Ref. 95; Sabine Goisser, Universität Toulouse/Frankreich

Von 1980-2014 sind die Mortalitätsraten bei Frauen und Männern stark gesunken. Der Rückgang der Sterblichkeit war von 1980-2000 stärker ausgeprägt als in den Jahren danach.

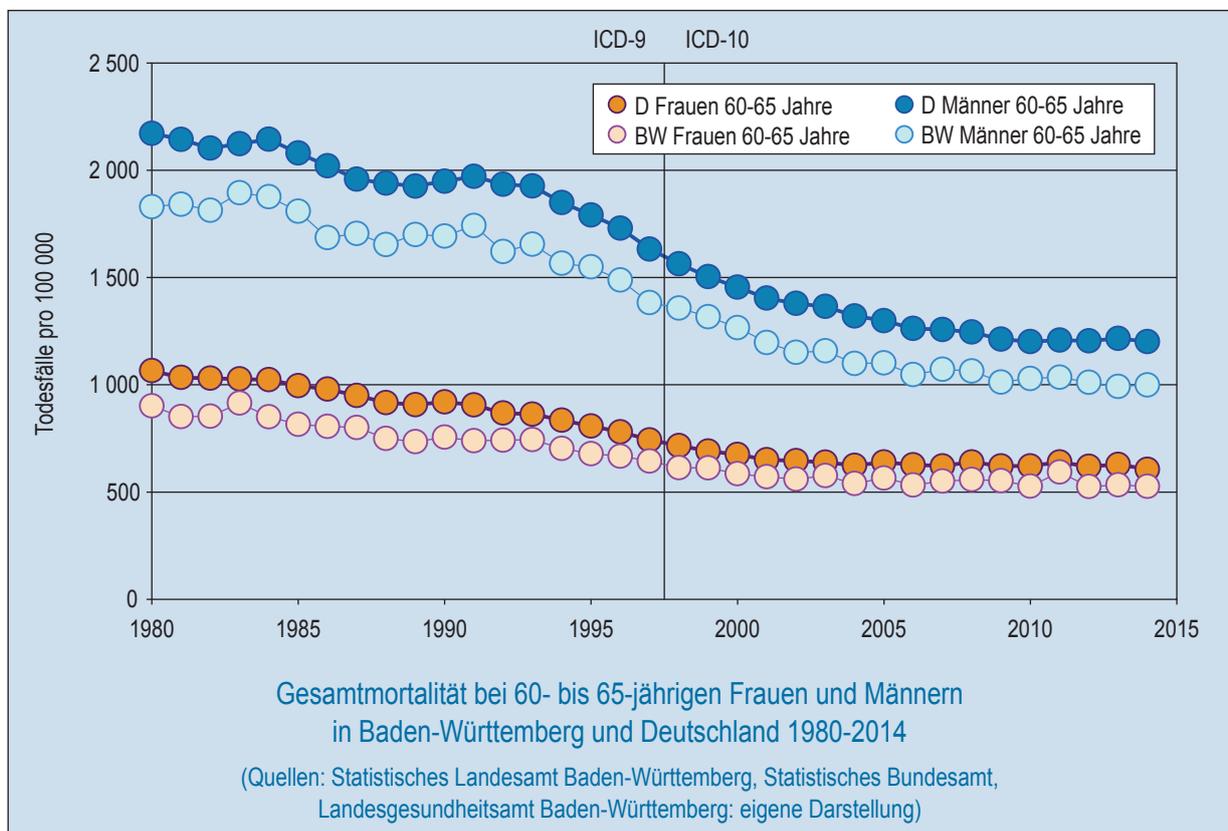
Im Rahmen der Mortalitätsüberwachung in Baden-Württemberg wurde die zeitliche Entwicklung der Gesamtsterblichkeit in vier 5-Jahres-Altersgruppen (20-25 Jahre, 40-45 Jahre, 60-65 Jahre und 80-85 Jahre) getrennt für Frauen und Männer untersucht und mit der Sterblichkeit in Deutschland insgesamt verglichen. Die Daten zur altersspezifischen Sterblichkeit von 1980-2014 wurden aus Publikationen und Datenbanken des Statistischen Landesamtes und des Statistischen Bundesamtes extrahiert und zusammengeführt. Die zeitlichen Verläufe der Mortalitätsraten wurden für den untersuchten Zeitraum jeweils im Vergleich zu den entsprechenden Raten für Deutschland graphisch dargestellt. Die Abbildung zeigt exemplarisch die zeitliche Entwicklung der Gesamtsterblichkeit bei 60- bis 65-jährigen Frauen und Männern.

Von 1980-2014 haben sich die Mortalitätsraten in Baden-Württemberg bei Frauen und Männern in den

untersuchten Altersgruppen etwa halbiert. Bei 20- bis 25-jährigen Männern sank die Sterblichkeit in diesem Zeitraum sogar um zwei Drittel – von rund 150 pro 100 000 auf unter 50 pro 100 000 Männer in dieser Altersgruppe, hauptsächlich bedingt durch Rückgänge bei Todesfällen durch Unfälle und Verletzungen. Der Rückgang der Sterblichkeit war von 1980-2000 stärker ausgeprägt als in den Jahren danach. Bei den 60- bis 65-jährigen Frauen ist die Mortalität seit 2004 nicht mehr gesunken (vgl. Abbildung).

Im gesamten Zeitraum lag die Sterblichkeit der Männer höher als die der Frauen, wobei sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei insgesamt rückläufigen Mortalitätsraten verringert haben.

Zwischen der Sterblichkeit in Baden-Württemberg und Deutschland insgesamt gab es in der Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen keine nennenswerten Unterschiede. In den anderen drei Altersgruppen lag die Sterblichkeit in Baden-Württemberg im betrachteten Zeitraum unter der in Deutschland insgesamt.



Symposium Frühförderung Baden-Württemberg 2015

Anette Winter-Nossek, Ref. 94

Am 22.10.2015 kamen weit über 400 Fachleute aus dem interdisziplinären Arbeitsfeld Frühförderung in Baden-Württemberg nach Stuttgart.

„Entwicklung(en) in der Frühförderung“ lautete der Titel des Symposiums Frühförderung Baden-Württemberg 2015. Das Wissen über eine gedeihliche Entwicklung von Kindern hat sich in den letzten Jahren in Wissenschaft und Alltag enorm erweitert. Die Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und/oder (drohenden) Behinderungen muss zugleich auf neue Zielgruppen und Veränderungen in der Lebenswelt von Kindern reagieren. Beim Symposium wurden Aspekte der Entwicklung von Kindern und Entwicklungen der Frühförderung in Baden-Württemberg in zwei Hauptvorträgen am Vormittag und sechs Themengruppen am Nachmittag vorgestellt und diskutiert.

Im ersten Hauptvortrag wurden Ergebnisse aus Befragungen von Eltern mit Kindern mit und ohne Behinderungen zu ihren Lebenslagen dargestellt. Prof. Dr. Klaus Sarimski vom Institut für Sonderpädagogik der PH Heidelberg beschrieb die Belastungen von Eltern mit Kindern ohne Behinderungen im Vergleich zu Eltern mit Kindern mit Behinderungen bei Vorliegen von sozialen Benachteiligungen oder Verhaltensauffälligkeiten. Zusätzlich zu den Anforderungen an Eltern, die mit Kindern leben, sehen sich Eltern von Kindern mit Behinderungen weiteren Herausforderungen ausgesetzt. Prof. Sarimski stellte dar, wie Hilfen zur Entlastung im Familienalltag sowie Frühförderung und weitere besondere Unterstützungsangebote für Familien mit Kindern mit Behinderungen von den Familien erlebt werden. Besonders alltagsorientierte Frühförderung wird von den Familien als wirkliche Unterstützung erlebt. Ein niedrigschwelliger Zugang zur Frühförderung sollte allen Kindern mit Behinderungen und ihren Familien ermöglicht werden.

Im zweiten Hauptvortrag wurden neue Entwicklungen in der Frühdiagnostik und Interventionen bei Autismus-Spektrum-Störungen dargestellt. Prof. Dr. Michele Noterdaeme, Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Josefinum in Augsburg, zeigte an Studienergebnissen und zahlreichen Beispielen aus ihrem klinischen Alltag, wie Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen von früher Diagnostik und damit von frühen Interventionen profitieren. Diagnostische Verfahren sind geschulten Fachleuten vorbehalten, um verlässliche Aussagen zu erreichen. Einige strukturierte Therapien mit individueller Anpassung im Entwicklungsverlauf

und Behandlung der Begleitsymptome haben sich in vielen Fällen als wirksam erwiesen.

Am Nachmittag bestand in sechs Themengruppen Gelegenheit für die Teilnehmenden, sich eingehend mit Aspekten von Lebenslagen von Familien mit Kindern mit Behinderungen oder Entwicklungen in Diagnostik und Intervention bei vorliegenden Behinderungen im frühen Kindesalter zu befassen. Gruppe 1 nahm die besondere Lebenslage von Familien mit jungen Kindern auf der Flucht in den Blick und die Unterstützungsangebote, mit denen ihnen geholfen werden kann. In Gruppe 2 wurden Interventionen bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen vorgestellt und diskutiert. Die strukturierte Entwicklung von Förder- und Behandlungszielen in der Frühförderung und deren Evaluation durch Goal Attainment Scaling, einem Fünf-Stufen-Instrument zur Einschätzung, wie erfolgreich vorher vereinbarte erwünschte Ziele erreicht wurden, war Thema in Gruppe 3. In Gruppe 4 war Gelegenheit, mit einer Buchautorin und Mutter eines Kindes mit Behinderung direkt in Kontakt zu kommen und mehr über ihr Familien(er)leben zu erfahren. Eine aktuelle Studie zu Inklusionshilfen in Kindertageseinrichtungen in Baden-Württemberg wurde in Gruppe 5 vorgestellt. Gruppe 6 zeigte neue wissenschaftliche Erkenntnisse über Beziehungen, Bindungen und das Lebensumfeld junger Kinder.

Die Beiträge und weitere zugehörige Informationen aus dem Bereich Landesarzt für Menschen mit Behinderungen in Baden-Württemberg finden Sie auf der Homepage des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (www.gesundheitsamt-bw.de) bei Eingabe des Webcodes LGA001 unter „Suche“.



Plenum König-Karl-Halle, Haus der Wirtschaft, Stuttgart, 22.10.2015



Hygiene bei der Betreuung schwerbehinderter MRE-besiedelter Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen

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

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg hat als Koordinierungsstelle des MRE-Netzwerkes Baden-Württemberg ein interdisziplinäres Symposium zum Umgang mit der Keimträgerschaft von multiresistenten Erregern bei schwerbehinderten Kindern in Gemeinschaftseinrichtungen durchgeführt. Es erstellt dazu einen Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und die sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren.

Bei der Betreuung schwerbehinderter Kinder in vorschulischen und schulischen Gemeinschaftseinrichtungen wird immer öfter über den Nachweis von mehrfach gegen Antibiotika resistenten bakteriellen Erregern (MRE) berichtet, der aus der Zunahme von Screening-Untersuchungen bei Klinikaufenthalten resultiert. Das stellt die Gesundheitsämter bei der angefragten Beratung zur hygienischen Prävention der Weiterverbreitung solcher Keime vor Probleme. Zum einen gehören geistig und körperlich teilweise schwerst mehrfach behinderte Kinder in sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren mit den Förderschwerpunkten geistige, körperliche und motorische Entwicklung sowie in Schulkindergärten zu den Risikogruppen, die vor horizontaler Übertragung und Kreuzkontaminationen wegen Infektanfälligkeit und zumeist reduziertem Immunsystem geschützt werden sollen. Es sind Kinder zu versorgen, die gewickelt und sondiert werden sowie Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigen, die oft unter chronischem Schnupfen leiden und im Fall einer eigenen Besiedelung die Keime selber erheblich in die Umgebung streuen. Die Vermittlung von hygienischem Verhalten ist nicht immer so umsetzbar, wie es zur MRE-Prophylaxe in Gemeinschaftseinrichtungen regulär empfohlen wird.

Eltern wünschen die Betreuung der Kinder in Tageseinrichtungen, Schulen oder Kindergärten, ohne dass diese dort einem erhöhten Risiko der Übertragung solcher MRE ausgesetzt werden, weil etwa andere Kinder als Keimträger in der gleichen Gruppe mitbetreut werden. Probleme entstehen auch bei Fragen des qualifizierten Transportes von und zur Einrichtung sowie bei der Kostenübernahme durch die Krankenkassen oder die Eingliederungshilfe. Die allgemein in medizinischen Betrieben empfohlenen Konzepte der gesonderten Unterbringung und Be-

handlung sowie der eingeschränkten Kontakte sind mit dem grundsätzlichen Ziel der Betreuung schwerbehinderter Menschen außerhalb klinischer Einrichtungen kaum zu vereinbaren, ihnen ein Leben in angemessener Umgebung und in Gemeinschaft mit anderen Personen zu ermöglichen. Sanierungsansätze bei Vorliegen von Besiedelung der Körperoberfläche und der Schleimhäute mit multiresistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA) scheitern oft an sanierungshemmenden Faktoren. Es gibt zwar pauschale Empfehlungen – unter der Prämisse des Vorrangs von sozialer Teilhabe vor einschränkenden Hygieneregeln, die jedoch als Hilfe in den vielfältigen Einzelfällen nur bedingt anwendbar sind.

Interdisziplinäres Symposium

Das MRE-Netzwerk Baden-Württemberg hat in den letzten Jahren Veranstaltungen für verschiedene Zielgruppen durchgeführt, die an der Versorgung von MRE-Keimträgern beteiligt sind. Dabei wurde stets auch den Austausch mit Fachleuten aus den jeweils betroffenen Einrichtungen über ihre praktischen Erfahrungen mit einbezogen. Am 10.12.2015 fand ein eintägiges Symposium im Regierungspräsidium Stuttgart statt, das die Erfordernisse von Hygienemaßnahmen bei der Betreuung von mit verschiedenen MRE besiedelten schwerbehinderten Kindern in Gemeinschaftseinrichtungen zum Thema hatte. Referenten und Teilnehmer einer anschließenden Podiumsdiskussion mit Publikumsbeteiligung waren Vertreter des Kultusministeriums, Leiter von sonderpädagogischen Einrichtungen, betreuende Ärzte, Hygienefachkräfte mit Erfahrungen bei der Versorgung schwerbehinderter Menschen sowie Juristen und Ärzte aus dem ÖGD. Im Frühjahr 2016 wird ein Entwurf zu einem schriftlichen Fazit an alle Referenten und Teilnehmer der Podiumsdiskussion zur Kommentierung und Ergänzung versandt. Darauf basierend werden dann ein Merkblatt als Leitfaden für den ÖGD und eine kurzgefasste Infobroschüre für Eltern und Erzieher in den sonderpädagogischen Einrichtungen verfasst. Ziel ist die Beschreibung konkreter Risiken für Betreute und Personal sowie notwendiger Hygienemaßnahmen in Vereinbarkeit mit der Gewährleistung der sozialen Teilhabe und Integration.

Broschüre „Alkoholfrei in der Schwangerschaft“

Katja Schnell, Ref. 94

Es gibt viel, was werdende Mütter – und auch Väter – schon in der Schwangerschaft tun können, um dem Baby einen möglichst guten Start ins Leben zu ermöglichen. Dazu gehört es auch, als Schwangere keinen Alkohol zu trinken.

Trinkt eine schwangere Frau Alkohol, verbreitet sich dieser schnell im Körper und gelangt so auch in die Plazenta, über die das Kind mit allen lebenswichtigen Nährstoffen versorgt wird. Auf diesem Weg gelangt der Alkohol in den Blutkreislauf des ungeborenen Kindes und verbreitet sich rasch in seinem ganzen Körper. Innerhalb weniger Minuten haben Mutter und Kind denselben Alkoholspiegel. Die schädigende Wirkung des Alkohols hält beim ungeborenen Kind länger an als bei der Mutter, weil der noch nicht vollständig entwickelte Organismus des Kindes den Alkohol viel langsamer abbaut. Deshalb ist der Blutalkoholspiegel beim ungeborenen Kind sogar eine Zeit lang höher als bei der Mutter. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist eine häufige Ursache für angeborene Fehlbildungen, geistige Behinderungen, hirnorganische Beeinträchtigungen, Entwicklungsstörungen und extreme Verhaltensauffälligkeiten. Laut Schätzungen kommen in Deutschland jährlich bis zu 10 000 Kinder mit alkoholbedingten Schädigungen auf die Welt. Man geht davon aus, dass etwa 2 000 dieser Kinder das Vollbild eines Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) haben. Diese Kinder tun sich im späteren Leben sehr schwer, z. B. müssen sie alltägliche Vorgänge wie Zähne putzen oder Anziehen jeden Tag aufs Neue lernen, auch als Erwachsene. FAS ist nicht heilbar, aber vermeidbar.

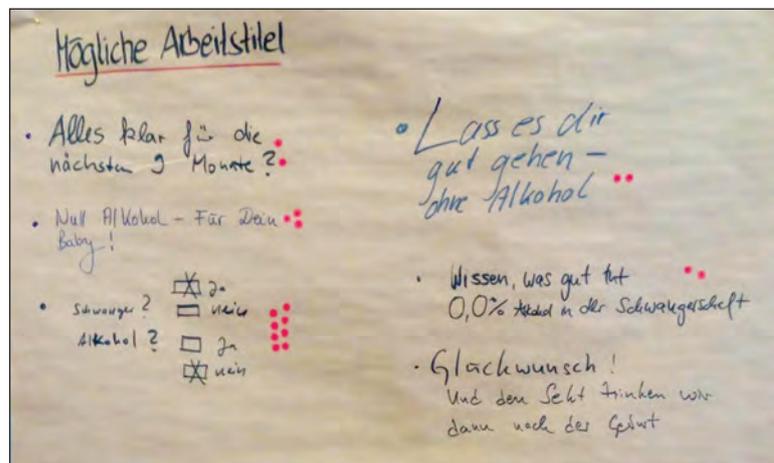
Es gibt keine unbedenkliche Menge Alkohol, die während der Schwangerschaft getrunken werden kann!

Noch immer ist dies nicht allen Menschen bekannt. Eine Umfrage des Verbands der Privaten Krankenkassen hat ergeben, dass noch immer 18% der Befragten ein Gläschen Sekt oder Wein ab und zu in der Schwangerschaft für unbedenklich halten. Diese Einschätzung nimmt mit zunehmendem Alter zu. Daher hat sich in Baden-Württemberg das Landesgesundheitsamt (LGA) gemeinsam mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (SM) entschlossen, eine Broschüre für werdende Mütter – und

Väter – zu entwickeln und zu veröffentlichen. Um diese Broschüre bereits zu Beginn auf eine breite Basis zu stellen, wurde im Mai 2015 ein Expertenworkshop durchgeführt. Eingeladen waren Kollegen aus den Bereichen Ärzteschaft, Hebammen, Schwangerschaftsberaterinnen der Landratsämter, Kommunale Suchtbeauftragte, die Landesstelle für Suchtfragen, Beratungsstellen, zwei schwangere Expertinnen sowie Vertreter aus LGA und dem SM. So sollten möglichst vielfältige Aspekte und Disziplinen eingebunden werden. Ziel des Workshops war, gemeinsam einen Titel für die Broschüre und das Inhaltsverzeichnis zu erarbeiten, aber auch, die Akzeptanz für die Broschüre unter den Experten zu stärken und spätere Verteilwege zu erörtern.

Ideen für den zukünftigen Titel (siehe Abbildung) wurden mit Hilfe der 635-Methode erarbeitet. Themenschwerpunkte der Broschüre werden Tipps & Tricks, die Ansprache des Umfelds, fachliche Informationen sowie weiterführende Hinweise mit Links, Angeboten und Adressen sein. Die Erfahrung der schwangeren Expertinnen hat gezeigt, dass es gerade in den ersten drei Monaten, wenn man noch nicht allen von der Schwangerschaft erzählen möchte, häufig schwierig ist, Alkohol abzulehnen. Daher sollen sich unter der Rubrik „Tipps und Tricks“ gute Antwortmöglichkeiten, aber auch Alternativen zum Alkohol finden. Im wichtigen Punkt Umfeld wird auf die Rolle der Väter, aber auch der zukünftigen Großeltern eingegangen und wie sie Schwangere beim Alkoholverzicht unterstützen können.

Derzeit befinden sich die Ergebnisse des Expertenworkshops in Abstimmung mit weiteren Partnern; die Inhalte werden zurzeit erarbeitet.



„Schon gehört? LAUT IST OUT! Gesundheitsrisiko Freizeitlärm“

Snezana Jovanovic, Ref. 96

In Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren hat das Landesgesundheitsamt (LGA) in Baden-Württemberg aktuelles Informationsmaterial zur Unterstützung der Präventionsarbeit der Gesundheitsämter im Land entworfen und verteilt.

In den letzten Jahren ist bei Jugendlichen insgesamt eine Verminderung des Hörvermögens zu verzeichnen. 15 von 100 Jugendlichen weisen bereits Hörschäden auf. Als wesentliche Ursache hierfür wird Freizeitlärm angesehen. Anlass zur Sorge gibt die Exposition durch die neue Generation von Abspielgeräten mit MP3-Technologie, die es erlaubt, Musik mit erheblich höherem Schallpegel zu hören.

Hörschäden summieren sich über die gesamte Lebenszeit hinweg. Einmal eingetretene Hörschäden sind nicht heilbar. Gegen Lärmschäden helfen bisher weder Medikamente noch Operationen. Der Hörverlust kann durch ein Hörgerät nicht vollständig ausgeglichen werden. Die Schäden zeigen sich durch langsame, oft lange unbemerkte Verschlechterung des Gehörs. Daher ist Vorbeugung wichtig!

Das LGA beobachtet und informiert über gesundheitliche Risiken durch Lärm und setzt einen Schwerpunkt auf präventive Projekte und Aktivitäten zum Thema Freizeitlärm. Die Aufklärung über die Folgen von Freizeitlärm und damit die Vorbeugung von dadurch bedingten Hörschäden, vor allem bei der besonders gefährdeten Altersgruppe Jugendliche und junge Erwachsene, ist ein wichtiges Anliegen auch der Landesregierung.

Unten dem Motto „Schon gehört? LAUT IST OUT! Gesundheitsrisiko Freizeitlärm“ stehen als aktuelle

Printmaterialien Broschüren, Flyer, Postkarten und Plakate zur Verfügung. Auf eine zielgruppengerichtete Gestaltung und Wortwahl wurde besonderen Wert gelegt. Die Informationsmaterialien wurden als Paket für alle Gesundheitsämter in Baden-Württemberg vorbereitet und an diese versandt. Damit unterstützt das LGA die Gesundheitsämter bei Aktionen wie z. B. beim jährlich stattfindenden Tag gegen den Lärm als auch bei anderen Anlässen (wie z. B. Gesundheitstage an Schulen oder an Landratsämtern).



Zehn Jahre Europäische Impfwoche

Elisabeth Aichinger, Karl-Heinz Janke, Günter Pfaff, Ref. 95

Die Europäische Impfwoche feierte 2015 ihr zehnjähriges Jubiläum. Anlässlich der 10. Europäischen Impfwoche vom 20.-25.04.2015 wurde unter dem Motto „Impflücken schließen“ die zentrale Botschaft vermittelt, dass die Impfung eines jeden Menschen entscheidend für die Verhütung von Infektionskrankheiten und dem Schutz von Menschenleben ist. Seit drei Jahren veranstaltet das Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) einige Wochen vor der Impfwoche eine Informationsveranstaltung für die Gesundheitsämter der Stadt- und Landkreise.

Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)

Zur Vorbereitung des ÖGD auf die Europäische Impfwoche fand am 03.03.2015 in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Frauen, Familie und Senioren Baden-Württemberg eine Fachveranstaltung unter Beteiligung von externen Fachreferenten statt. Ziel war, die Sichtbarkeit der Europäischen Impfwoche landesweit zu fördern, die Öffentlichkeitsarbeit des ÖGD vor Ort zu unterstützen und die jeweiligen Ansprechpartner in den Stadt- und Landkreisen zu diesem Thema sprechfähig zu machen. Zugleich sollte der Gedanken- und Informationsaustausch über die in den Stadt- und Landkreisen zum Thema Impfen durchgeführten Aktivitäten gefördert werden. Besonders die Altersgrup-



Dr. Hahn (Pressesprecher RP Tübingen) referiert über erfolgreiche Medienarbeit im ÖGD



pe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen stand im Jahr 2015 im Fokus, denn etwa die Hälfte der in Deutschland gemeldeten Masernfälle betreffen heutzutage Personen über 15 Jahre.

Den 50 Teilnehmern wurden im Rahmen der Veranstaltung spezifische Informationen, Daten und Materialien für ihre Öffentlichkeitsarbeit präsentiert und zur Verfügung gestellt. Dazu gehörte auch eine CD mit kreis- und gemeindebezogenen Impfdaten sowie Muster-Pressetexten, die für die örtliche Medienarbeit angepasst werden konnten. Externe Referenten gaben Informationen und Tipps zu Themen wie: erfolgreiche Medienarbeit des ÖGD, Kommunikationswege zu spezifischen Bevölkerungsgruppen oder auch die neuen Impfempfehlungen für Baden-Württemberg.

Impflücken schließen!

Baden-Württemberg gehört weiterhin zu den Bundesländern mit den niedrigsten Impfquoten. Zwar sind die Impfquoten bei den Schulanfängern in den letzten Jahren gestiegen. Dennoch sind zu viele Kinder und junge Erwachsene in Baden-Württemberg nicht gegen Krankheiten wie Masern, Röteln oder Kinderlähmung geschützt. Viel zu häufig fehlt auch die zweite Masernimpfung, gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Auch die 11. Europäische Impfwoche vom 25.-30.04.2016 stand daher unter dem Motto „Impflücken schließen“. Am 01.03.2016 fand hierzu wieder eine vorbereitende Fachveranstaltung des LGA für den ÖGD statt.



Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung auf der Basis ganzheitlicher Gefährdungsbeurteilungen

Anna-Lena Kloß, Kurt Gläser, Ref. 96

Sehen Arbeitgeber die Gefährdungsbeurteilung nicht als gesetzliche Pflicht und Last, sondern als Chance zur Verbesserung betrieblicher Gesundheit, können sie Synergieeffekte erzielen. Entwicklungstrends und das neue Leitbild der Landesverwaltung stärken den Weg.

Seit 2011 fördert Baden-Württemberg die Gesundheit der Landesbediensteten mit 6 Mio. Euro pro Jahr. Im Gegenzug werden funktionierende Systeme des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) erwartet. Für Maßnahmen des gesetzlich geregelten Arbeits- und Gesundheitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements stehen gesonderte finanzielle bzw. personelle Ressourcen zur Verfügung. Gemeinsame BGM-Ziele sind, die Arbeitsbedingungen gesundheitsgerecht und leistungsförderlich zu gestalten sowie Arbeitsunfähigkeit zu verhindern bzw. zu überwinden. Die Grundlage dafür ist ein aktives BGM, wozu sich das Land in dem im Dezember 2015 verabschiedeten neuen Leitbild der Landesverwaltung auch explizit bekennt. Spannend ist die Frage, welche Beiträge die einzelnen Bausteine gesundheitsgerechter Arbeit zum Erreichen dieser gemeinsamen Ziele leisten und wie diese Beiträge optimal gestaltet und integriert werden können – vor dem Gebot des wirtschaftlichen Handelns und der systemimmanenten Begrenztheit von Ressourcen.

Moderne Konzepte der betrieblichen Gesundheit setzen auf die Partizipation der Beschäftigten. Betroffene zu Beteiligten zu machen ist unerlässlich und erschließt bemerkenswerte Potentiale. Aber auch Partizipation ist endlich. Ohne Koordination und Strategien werden Ressourcen verschwendet. Häufen sich Mitarbeiterbefragungen und Beteiligungsworkshops, ermüdet die Motivation zur Teilnahme.

Statt das BGM mit lebensstillastigen Angeboten zu überhäufen, ist es zielführender und ökonomischer, sich auf das Wesentliche zu besinnen und Komplexität im Sinne eines lernenden Systems ggf. wieder zu reduzieren. Hier hilft die Fokussierung auf die durch das Arbeitsschutzgesetz vor-

geschriebene und Ende 2013 präzierte Gefährdungsbeurteilung, die physische und psychische sowie weitere neun Gefährdungsfaktoren berücksichtigt. Ein mächtiges Instrument und der Motor jedes bedarfsgerechten und systematischen Gesundheitsmanagements! Denn werden z. B. schwere oder einseitige dynamische Arbeit, Über-/Unterforderung, Arbeiten unter hohem Zeitdruck, ungünstiges Führungsverhalten oder Konflikte als Gefährdungen ermittelt und als relevant beurteilt, ist es keine freiwillige Aktion des guten Willens mehr, Schutzmaßnahmen durchzuführen.

Es sind deshalb die sieben Prozessschritte der Gefährdungsbeurteilung, ohne die kein BGM auskommt: 1. Festlegen von Arbeitsbereichen und Tätigkeiten, 2. Ermittlung der Gefährdungen, 3. Beurteilung der Gefährdungen, 4. Entwicklung und Umsetzung konkreter Arbeitsschutzmaßnahmen, 5. Wirksamkeitskontrolle (wichtig!), 6. Dokumentation, 7. Fortschreibung. Diese Schritte entsprechen dem PDCA-Zyklus und somit auch dem Vorgehen des Qualitäts- und Gesundheitsmanagements. Wichtig – aber häufig vernachlässigt – ist es, Gender-Aspekte umfassend zu berücksichtigen.

Viele aus einer ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung abgeleitete Maßnahmen werden sich wohl mit etablierten Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung decken. Nur: Statt freiwillig sind sie dann verpflichtend!



Verbreitung von Bewegungstreffs in Baden-Württemberg

Bettina Kupczyk, Ref. 94

Das Zentrum für Bewegungsförderung (ZfB) am Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg begleitet Städte und Gemeinden sowie Stadt- und Landkreise beim Aufbau von Bewegungstreffs für ältere Menschen fachlich.

Das ZfB berät und informiert Fachkräfte in Städten, Gemeinden, Stadt- und Landkreisen zum Thema Bewegungsförderung. Es unterstützt bei der Koordination und Vernetzung sowie bei der Implementierung von Angeboten zur Förderung von Bewegung im Alltag. Ein niederschwelliges Angebot sind Bewegungstreffs im Freien: ein Angebot für alle älteren Menschen – gerade auch für diejenigen, die keine sportliche Erfahrung haben. Bewegungstreffs sollen dazu beitragen, die Selbstständigkeit und Autonomie älterer Menschen solange wie möglich zu erhalten und die soziale Teilhabe zu fördern.

In der Stadt Esslingen wurde 2010 der erste Bewegungstreff angeboten. Die Initiative ging vom StadtSeniorenRat aus. Die Verbreitung im Landkreis Esslingen erfolgt seither kontinuierlich. In 2012 wurde das Angebot auf einer landesweiten ZfB-Tagung vorgestellt. Um das Erfolgsmodell weiter zu verbreiten, hat das ZfB in Kooperation mit der Stadt Esslingen, dem StadtSeniorenRat Esslingen e. V. sowie der Altenhilfefachplanung die Handlungsempfehlung „Wie gelingt ein Bewegungstreff im Freien?“ herausgegeben. In acht baden-württembergischen Landkreisen werden derzeit Bewegungstreffs angeboten.

Modellvorhaben im Landkreis Heilbronn

Die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) des Landkreises Heilbronn befasst sich seit längerem mit dem Handlungsfeld „Gesund älter werden“. Im Zusammenhang mit der Bearbeitung dieses Themenschwerpunkts wurde auch das Ziel, Bewegungstreffs zu initiieren, festgelegt. Mit Einführung von Bewegungstreffs sollen zudem Gemeinden und Städte im Landkreis Heilbronn für das Thema Gesundheitsförderung im Alter sensibilisiert werden.

In dem vom ZfB initiierten Modellvorhaben wird der organisierte Sport als Kooperationspartner bei der Planung und Durchführung von Bewegungstreffs im Landkreis Heilbronn eingebunden. Die Kooperationspartner – das Gesundheitsamt des Landkreises Heilbronn, der Württembergische Landessportbund e. V. (WLSB), der Sportkreis Heilbronn und das ZfB – haben das Konzept sowie die Rahmenbedingungen zur Planung und Durchführung von Bewegungstreffs im Landkreis Heilbronn vor der Auftaktveranstaltung im März 2015 gemeinsam erstellt und festgelegt. Zu der

Veranstaltung wurden Städte und Gemeinden durch das Landratsamt Heilbronn sowie Sportvereine durch den Sportkreis Heilbronn eingeladen.

Bei der Auftaktveranstaltung in Untergruppenbach stellten das ZfB, das Gesundheitsamt des Landkreises Heilbronn sowie der WLSB das Modellvorhaben, die Rahmenbedingungen sowie Informationen zur Schulung vor. Das ZfB unterstützt die Kooperationspartner des Modellvorhabens bei Fragen zur Planung, Durchführung, Öffentlichkeitsarbeit, Schulungsmöglichkeiten und Evaluation. Das Gesundheitsamt des Landkreises Heilbronn begleitet Städte und Gemeinden beim Aufbau von Bewegungstreffs und ist bei Fragen zentrale Anlaufstelle. Hierbei ist es z. B. bei der Suche nach Trägern bzw. Kooperationspartnern oder bei der Vernetzung von Akteuren behilflich und organisiert bei Bedarf Runde Tische vor Ort sowie Erste Hilfe Kurse. Ziel ist, in den Städten und Gemeinden des Landkreises Koordinationsstellen für Bewegungstreffs aufzubauen.

Bewegungstreffs im Freien sind ein offenes Angebot für alle älteren Menschen. Das besondere an den Bewegungstreffs ist, dass die Teilnahme kostenfrei ist und sich die Teilnehmenden nicht anmelden oder Mitglied in einem Sportverein sein müssen. Das Angebot findet einmal wöchentlich – unabhängig von Wetter und Ferienzeiten – statt und wird an einem zentralen Ort in der Gemeinde angeboten. Ein Einstieg ist jederzeit möglich. Den Schwerpunkt des ca. 30-minütigen Bewegungsprogramms bilden verschiedene Übungen zur Förderung der Beweglichkeit, Kraft, Balance und Ausdauer. Der Spaß an der Bewegung sowie die Geselligkeit stehen dabei im Vordergrund. Ein „Folgeprogramm“, z. B. ein gemeinsamer Spaziergang oder der Besuch eines Cafés wird in einigen Städten und Gemeinden ergänzend angeboten. Die bestehenden Treffs im Landkreis Heilbronn werden von einem Tandem, zumeist bestehend aus Übungsleitern aus dem Sportverein sowie weiteren ehrenamtlichen Personen (Seniorenrat, Nachbarschaftshilfe usw.), angeleitet. Letztere konnten sich im Rahmen einer dreitägigen Schulung in der Sportschule Ruit qualifizieren lassen.

Im Landkreis Heilbronn gibt es mittlerweile zehn Treffs in sechs Gemeinden; weitere Treffs befinden sich im Aufbau. Träger bzw. Veranstalter sind Sportvereine, Gemeinde- bzw. Stadtverwaltungen, Beratungsstellen für ältere Menschen, ein Bürgertreff sowie ein Mehrgenerationenhaus. Auf Gemeindeebene entstanden Kooperationen zwischen Turnvereinen und Gemeinden. Auch die Vernetzung auf Kreisebene zwischen dem Gesundheitsamt des Landkreises Heilbronn, der Altenhilfe-Fachplanung, dem Kreis seniorenrat und weiteren Partnern wurde gefördert.



Asyl und Gesundheit

Karl-Heinz Janke, Elisabeth Aichinger, Günter Pfaff, Ref. 95

Zur Identifikation und Bewältigung der vielfältigen Aufgaben und Herausforderungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) bei der Betreuung von Flüchtlingen wurde im Herbst 2015 eine Fachveranstaltungsreihe des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) zum Thema *Asyl und Gesundheit* begonnen.

Kommunikation, Vernetzung und fachlicher Austausch

Zur Förderung des Fachaustausches zu Themen betreffend Asyl und Gesundheit innerhalb des ÖGD sowie mit anderen Organisationen/Institutionen initiierte das Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz im LGA eine Fachveranstaltungsreihe. Unter Beteiligung des Ministeriums für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, des Ministeriums für Integration, der Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Regierungspräsidien, der Gesundheitsämter sowie weiterer Beteiligter konnte ein breiter Informations- und Meinungsaustausch zu aktuellen Problemen und Fragen erfolgen oder in Gang gebracht werden. Themenschwerpunkte der ersten Veranstaltung im Oktober waren die Darstellung der aktuellen Lage aus Sicht der beteiligten Ministerien sowie infektiologische Problemstellungen wie Tuberkulose und Impfschutz. Eine zweite Veranstaltung im Dezember widmete sich neben der Aktualisierung der Lagesituation Fragestellungen zur Betreuung und Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen bzw. in den Stadt- und Landkreisen. Die Beiträge der Veranstaltungen sowie aktuelle Merkblätter des LGA, des Robert Koch-Instituts (RKI) oder anderer Institutionen stehen dem ÖGD über eine neu eingerichtete ÖGD-interne Kommunikationsplattform sowie den anderen Teilnehmenden als aufbereitete Dokumentationen zum fachlichen Austausch zur Verfügung.

Projektgruppe des LGA

Aufgrund des vielfältigen zu bearbeitenden Aufgaben- und Fragenspektrums wurde innerhalb des LGA eine referatsübergreifende Projektgruppe gebildet. Aus dieser entstanden 2015 mehrere LGA-Merkblätter, z. B. Hygieneempfehlungen für die Gesundheitsämter, ehrenamtliche Helfer oder Empfehlungen zur Sanitärausstattung von Gemeinschaftsunterkünften für Flüchtlinge. Ebenso waren Mitarbeiter beteiligt an der Erstellung verschiedener Fachinformationen wie z. B. des Rahmenhygieneplans für Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge oder auch Empfehlungen des RKI zu Hygiene, Management- oder Impffragen im Rahmen der Betreuung oder Versorgung von Flüchtlingen.



Aktivitäten 2016

Für das Jahr 2016 stand bereits im März die dritte Fachveranstaltung an, die sich besonderen Themen (psychotraumatische Störungen, Suchterkrankungen oder Behinderung bei Flüchtlingen) angenommen hat. Daneben kommt dem ÖGD in 2016 mit der Umsetzung des Impfkonzpts Baden-Württemberg in Landeserstaufnahmeeinrichtungen (LEA/BEA) eine wichtige Aufgabe zu, die vom LGA fachlich begleitet wird.

Durchimpfungsraten bei Einschulungskindern von 1987-2015

Iris Zöllner, Anna Leher, Iris Kompauer, Günter Pfaff, Ref. 95; Caroline Dreweck, Gesundheitsamt Ulm

In Baden-Württemberg werden seit 1987 Daten zu Durchimpfungsraten bei Einschulungskindern erhoben. Die Zeitreihen zu Impfungen gegen Masern, Röteln, Hepatitis B und Varizellen spiegeln zum größten Teil die Entwicklung von Impfpfehlungen wider.

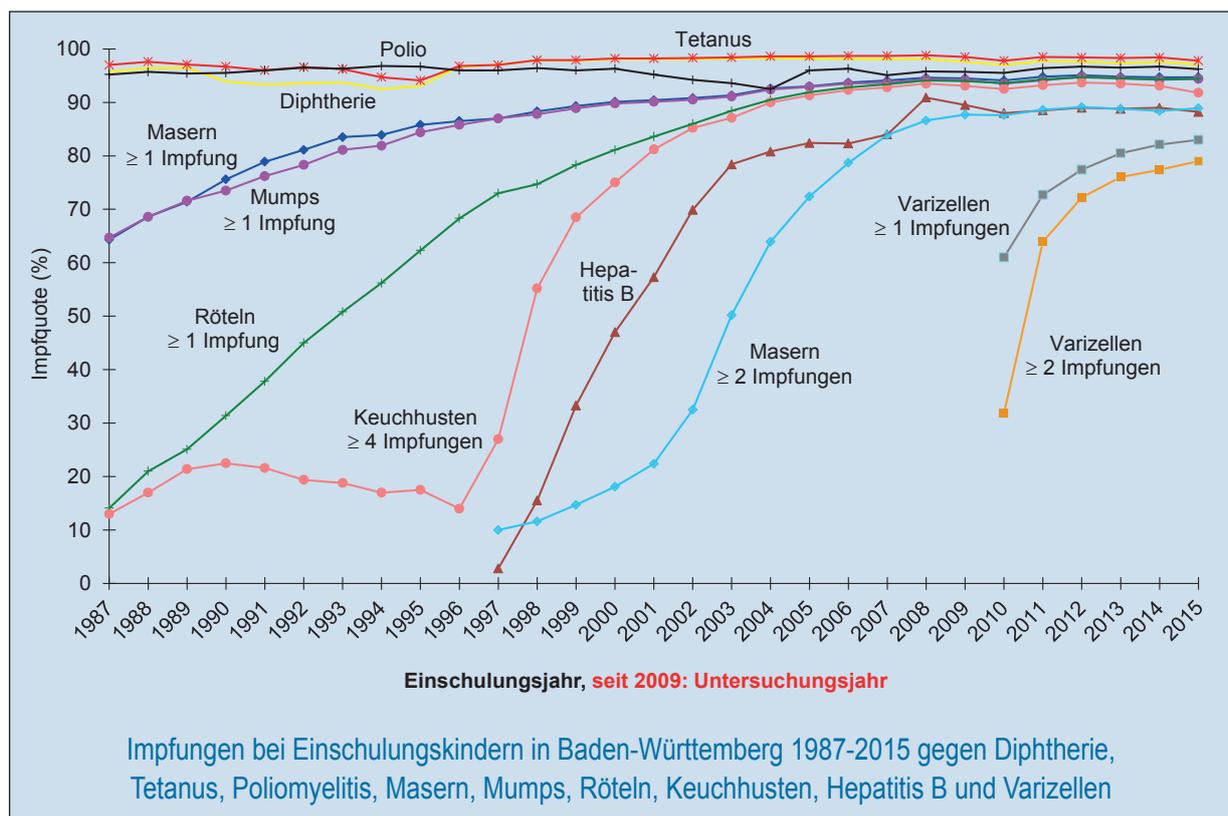
Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen (ESU) in Baden-Württemberg werden seit 1987 Angaben zu Impfungen aus den vorgelegten Impfbüchern von Einschulungskindern erhoben und ausgewertet. Die Durchimpfungsraten auf Landesebene und deren zeitliche Entwicklung von 1987-2015 zeigt die Abbildung. Die höchsten Impfraten über den gesamten Zeitraum wurden für Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis beobachtet, da diese Impfstoffe bereits seit langem verfügbar und als generelle Schutzimpfung empfohlen sind. Die Impfungen gegen Diphtherie und Tetanus wurden in den 1920er-Jahren entwickelt, der erste Impfstoff gegen Poliomyelitis in den 1950er-Jahren. Die Impfung gegen Keuchhusten wurde bis 1991 auf Grund von Nebenwirkungen nur für Risikokinder empfohlen. Mit Einführung neuer und besser verträglicher Impfstoffe und der allgemeinen Empfehlung für alle Kinder stiegen die Pertussis-Impfraten ab 1996 deutlich an und erreichten 2014 fast das Niveau der etablierten Impfungen.

An den Verläufen der Zeitreihen zu Impfungen gegen Masern, Röteln, Hepatitis B und Varizellen kann die Entwicklung von Impfpfehlungen gut nachvollzogen werden. Da die Impfung gegen Röteln zunächst nur für Mädchen empfohlen war und erst ab Mitte der 1990er-Jahre auch für Jungen, zeigt sich ein deutlich langsamerer Anstieg der Röteln-Impfraten als bei Impfungen gegen Masern und Mumps.

Impfungen gegen Hepatitis B wurden erst in den 1990er-Jahren für Kleinkinder (und Teenager) empfohlen. Im Anstieg der Impfraten bei Einschulungskindern spiegelt sich die Umsetzung dieser Empfehlung wider. 2014 lag hier die Durchimpfungsraten gegen Hepatitis B bei etwa 89 %.

Eine zweite Impfung gegen Masern war ursprünglich für Kinder im Alter von 5-6 Jahren empfohlen, seit 2001 dann für Kinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr. Das erklärt den Anstieg der Raten der zweiten Masernimpfung in den Jahren ab 2001.

Mit Einführung der Impfpfehlung (2004) werden in der ESU auch Angaben zu Impfungen gegen Varizellen erfasst und analysiert. Diese Impfquoten nahmen in den letzten fünf Jahren kontinuierlich zu, liegen aber immer noch deutlich unter den anderen Impfquoten.



Impfungen bei Einschulungskindern in Baden-Württemberg 1987-2015 gegen Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Hepatitis B und Varizellen



Ohne Impfpass nicht geimpft? Polioimpfquoten in drei Szenarien

Anna Leher, Elisabeth Aichinger, Ref. 95

Bei der derzeitigen Auswertung der Impfdaten aus den Einschulungsuntersuchungen (ESU) werden Kinder mit nicht vorgelegten Impfdokumenten ausgeschlossen. Modellrechnungen machen wahrscheinlich, dass die Impfquoten gegen Kinderlähmung in den Landkreisen dennoch ausreichend sind.

Vor dem Hintergrund der vereinzelt aufgetretenen Fälle von Kinderlähmung (Poliomyelitis) im Sommer 2015 in der Ukraine stellte sich hierzulande die Frage, wie verlässlich die erfassten Impfquoten auf Basis der ESU sind.

Die bei 4- bis 5-jährigen Kindern in den ESU erhobenen Impfquoten stellen die einzige flächendeckende Erhebung von Impfdaten im Land dar. Diese werden auf Basis der vorgelegten Impfbücher berechnet, deren Quote die letzten fünf Jahre bei einem hohen Wert von 92 % der untersuchten Kinder liegt.

Die Vorlage eines Impfpasses, wenn vorhanden, ist bei der ESU verpflichtend. Da in Deutschland keine Impfpflicht, auch nicht zum Führen eines Impfdokuments, besteht, wird die Nichtvorlage nicht weiter nachverfolgt. In den letzten fünf Jahren gaben die Eltern von 1,2 % der untersuchten Kinder an, keinen Impfpass für ihr Kind zu besitzen. Weitere 6,5 % legten bei der Untersuchung keine Impfdokumente vor. Die Hintergründe hierfür werden nicht erfasst. Die häufigsten Gründe hierfür sind wahrscheinlich: Impfpass vergessen oder verloren, sprachliche Barrieren oder aus dem Ausland zugezogene Kinder ohne Impfdokumente.

Ein ausreichender Schutz der Bevölkerung vor Kinderlähmung wird bei einer Durchimpfungsquote von

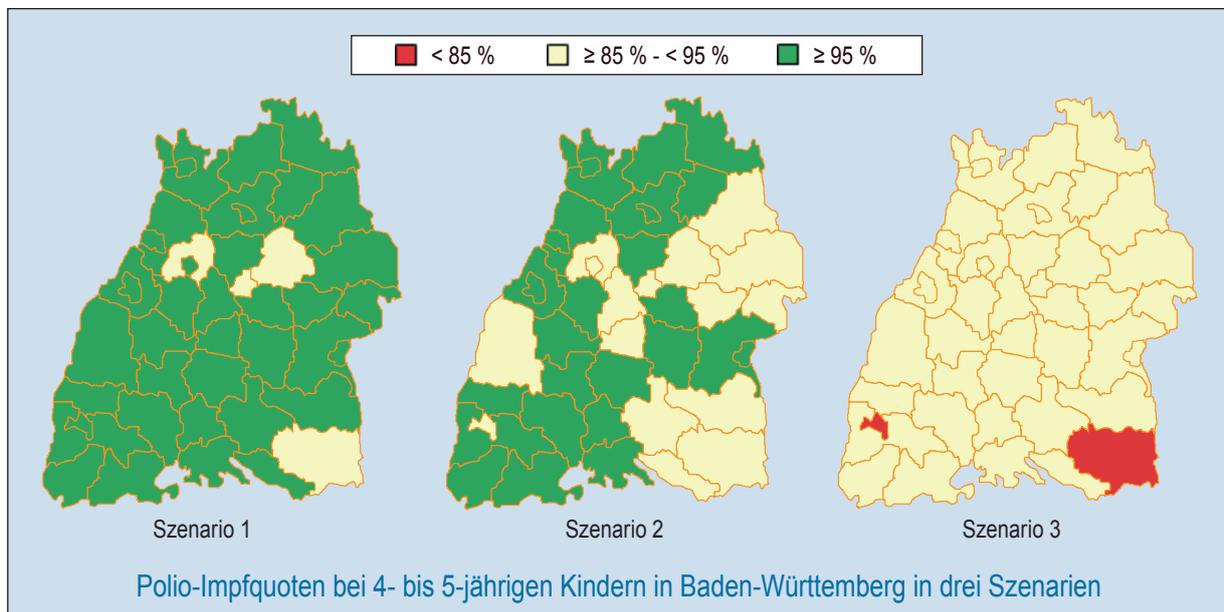
95 % (bei mindestens drei Impfungen) angenommen. Es stellt sich daher die Frage, wie es mit dem Impfschutz tatsächlich aussieht, wenn 8 % der Kinder keinen Impfpass vorlegen und diese Anzahl bei den derzeitigen Berechnungen nicht berücksichtigt wird.

Daher wurden die Impfquoten aus den Untersuchungsjahren 2012-2015 von rund 360 250 Kindern in drei verschiedenen Szenarien zu den durchgeführten Impfungen berechnet, unter der Annahme, dass:

- 1) Kinder ohne vorgelegte Impfpässe vergleichbar durchimpft sind wie Kinder mit vorgelegten Impfpässen.
- 2) Nur ein Teil der Kinder ohne vorgelegte Impfpässe nicht geimpft ist. Dabei wurden diejenigen, die explizit angaben, keinen Impfpass zu besitzen und 8 % der aus unbekanntem Gründen nicht vorgelegten Impfpässe als nicht geimpft gewertet. Die restlichen Kinder ohne vorgelegten Impfpass wurden als grundimmunisiert betrachtet.
- 3) Alle Kinder ohne vorgelegte Impfbücher nicht geimpft sind.

Die unter den drei Annahmen errechneten Impfquoten wurden kartografisch für die Stadt- und Landkreise dargestellt (siehe Abbildung)

Die Daten zeigen, dass die Impfquoten in den meisten Kreisen in den ersten beiden, sehr wahrscheinlichen Szenarien ausreichend hoch sind, so dass sich Kinderlähmung in dieser Altersgruppe nicht ausbreiten kann. Unter der Annahme, dass alle Kinder ohne vorgelegte Impfdokumente nicht geimpft sind, erreicht kein Kreis die erforderliche Durchimpfungsquote von 95 %.



Windpocken bei Kindern und Jugendlichen: Regionale Zusammenhänge von Erkrankungen und Impfquoten 2013-2014

Christiane Wagner-Wiening, Anna Leher, Günter Pfaff, Ref. 95

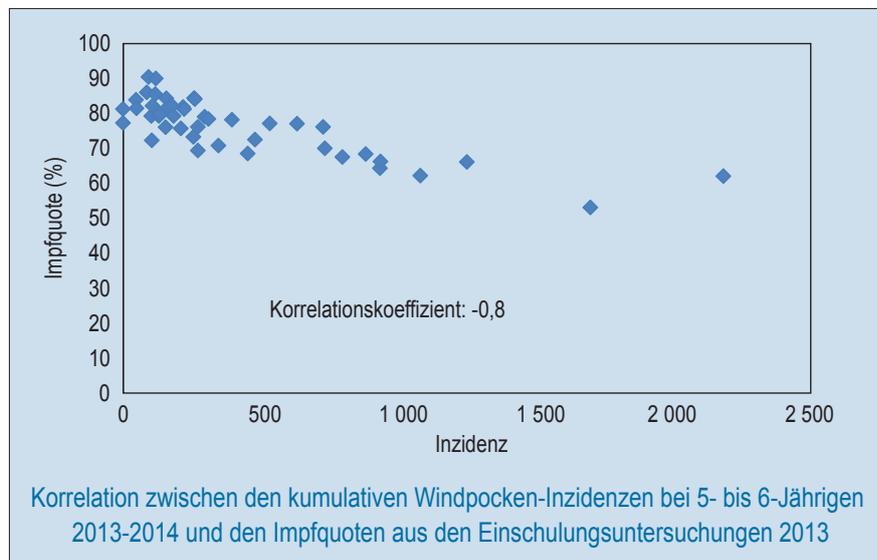
Die eingeführte Meldepflicht für Windpocken ist ein geeignetes Instrument für die Erfassung des Infektionsgeschehens bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Die Daten weisen auf Immunitätslücken hin und korrelieren mit den im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen erhobenen (ESU) Impfquoten. Eine Erhöhung der Impfquoten bei dieser Altersgruppe kann zur Verringerung der Krankheitslast in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs beitragen.

Seit Einführung der bundesweiten Meldepflicht für Windpocken-Erkrankungen am 24.03.2013 werden Windpocken-Fälle an das Gesundheitsamt namentlich gemeldet und an das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg übermittelt. Ziel der Einführung der Meldepflicht ist es, auf Grundlage bevölkerungsbezogener Daten wie altersspezifische Neuerkrankungsraten, Symptome und Krankenhausaufenthalte

daten mit den Ergebnissen der erhobenen Impfquoten aus den ESU sollen Zusammenhänge zwischen den gemeldeten Fällen und den Durchimpfungsquoten untersucht werden. Hierzu wurden Meldedaten zu Windpockenerkrankungen in Baden-Württemberg (Meldezeitraum 01.04.2013-31.12.2014) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-18 Jahren und der ESU-Impfquoten des Untersuchungsjahres 2013 herangezogen.

Seit Einführung der Meldepflicht wurden insgesamt 4 315 Windpocken-Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-18 übermittelt. Die höchste kumulative Neuerkrankungsrate für 2013 und 2014 mit 487 pro 100 000 Kinder wurde in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen beobachtet, gefolgt von der Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen. Die Inzidenz bei Säuglingen lag bei 210 und die Inzidenz

der 10- bis 14-Jährigen bei 117. Mit zunehmendem Alter nahm die Inzidenz ab und lag bei 32,3 bei den 14- bis 18-Jährigen. Mädchen und Jungen waren gleichermaßen betroffen (jeweils rund 200). Insgesamt wurden 30 Erkrankte hospitalisiert, davon 16 (53 %) Jugendliche und zwei (7 %) Säuglinge. Die kumulativen Inzidenzen bei den 4- bis 5-Jährigen schwanken kreisbezogen zwischen 0 und 2 180 Fällen/100 000 und korrelieren invers mit den erhobenen Impfquoten. Bezogen auf die Land- bzw. Stadtkreise zeigen die erfassten



Trends in der Infektionsdynamik des Erregers zu beschreiben. Mithilfe der Meldedaten können bestehende Impflücken und Altersverschiebungen aufgedeckt und Impfempfehlungen angepasst werden. Ziel der Auswertung der Meldedaten war die retrospektive Analyse der Meldedaten in Baden-Württemberg zu Windpockenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Durch einen Abgleich der regionalen Melde-

Windpockenerkrankungen zu den über die ESU erhobenen Impfquoten bei den 4- bis 5-Jährigen eine deutliche Verknüpfung auf. Die Neuerkrankungsraten auf Ebene der Land- und Stadtkreise unterscheiden sich jedoch untereinander beträchtlich. Diese Unterschiede sind nicht alleine durch unterschiedliches Impfverhalten erklärbar. Ein Grund dafür könnte auch im unterschiedlichen Meldeverhalten liegen.



EHEC-Surveillance in Baden-Württemberg

Maja Adam, Ref. 93

Seit Ende 2014 ist das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) Projektpartner im Netzwerk „Molekulare Surveillance von EHEC“.

Enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC) sind Bakterien, welche die grundsätzliche Eigenschaft zur Bildung von Shigatoxinen besitzen. EHEC sind in der Lage, schwere Erkrankungen wie eine hämorrhagische Kolitis und das hämolytisch-urämische Syndrom (HUS) hervorzurufen. Aufgrund ihrer Antigenstrukturen gehören sie verschiedenen Serogruppen an. Die weltweit am häufigsten isolierte EHEC-Serogruppe sind O157, gefolgt von O26, O91, O103 und O145. EHEC-Infektionen werden i. d. R. fäkal-oral übertragen, z. B. bei Kontakt zu Wiederkäuern oder durch Verzehr kontaminierter Lebensmittel. Übertragungen von Mensch zu Mensch sind zwar selten, jedoch aufgrund der sehr geringen Infektionsdosis von EHEC möglich. So gehört der EHEC O104-Ausbruch im Jahr 2011 zu den bekanntesten lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen der letzten Jahre. Insgesamt erkrankten hierbei 855 Menschen an HUS und 2 987 an Gastroenteritis; 53 Menschen starben an der Infektion. Als Konsequenz auf diese Epidemie wurde das Pilotprojekt „Molekulare Surveillance von EHEC“ unter Federführung des RKI, Nationales Referenzzentrum für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger (NRZ) in Wernigerode gegründet. Projektziel ist die Generierung von EHEC-Isolaten zur Typisierung, um so Häufungen und Zusammenhänge deutschlandweit zu erkennen (Ausbruchsdetektion).

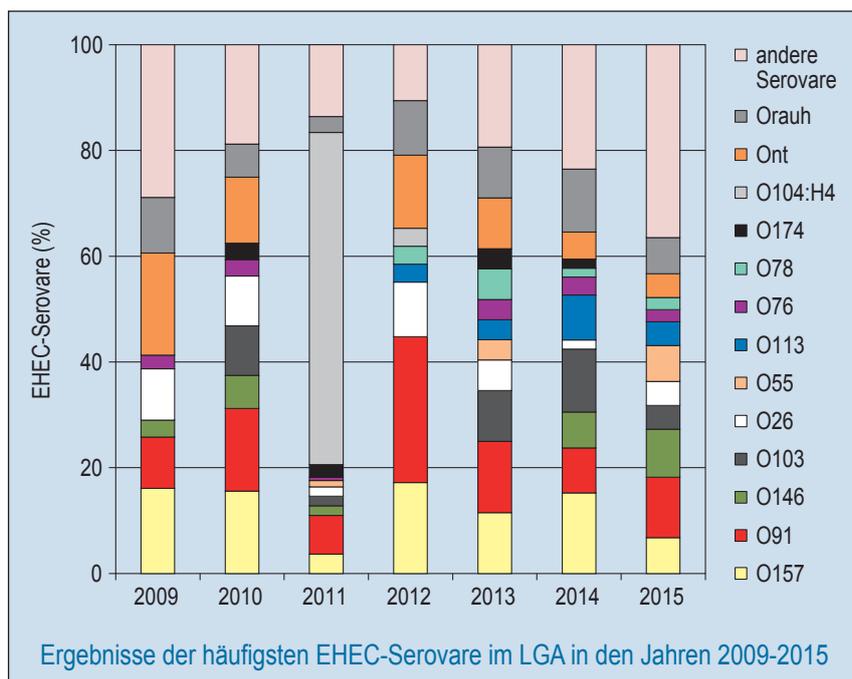
Das LGA ist seit Ende 2014 Projektmitglied und hat in diesem Zusammenhang die Erreger-Isolierung von EHEC etabliert und schickt seitdem Reinkulturen zur Serovarbestimmung und weiteren Typisierung an das NRZ. Zuvor wurden alle im LGA identifizierten EHEC-positiven Proben als Mischkulturen zur Einzelkolonie-Isolierung und anschließender Serovarbestimmung an das NRZ geschickt.

Ergebnisse der EHEC-Untersuchungen der letzten Jahre im LGA

Im LGA werden Kontroll- und Umgebungsuntersuchungen auf EHEC durchgeführt, in seltenen Fällen auch Untersuchungen im Zusammenhang mit Gruppenerkrankungen. Die Anzahl der dem LGA von den Gesundheitsämtern zugesandten Proben ist (mit Ausnahme des O104-Ausbruchsjahres 2011) relativ konstant geblieben (600-800 Proben pro Jahr), ebenso der Anteil an EHEC-positiven Proben (ca. 30 %). Die Auswertung der EHEC-Serovare der Jahre 2009-2015 zeigt jedes Jahr eine andere und sehr vielfältige Serovar-Verteilung: So wurden in den letzten Jahren vermehrt die Serovare O113 oder O78 nachgewiesen, die bis zu den Jahren 2012 bzw. 2011 in Baden-Württemberg nicht aufgetreten sind. Ebenso wie in den anderen Bundesländern dominieren in Baden-Württemberg die Serovare O157, O26, O91 und O103. Anstelle von O145 wurde in Baden-Württemberg allerdings mehrfach O146 nachgewiesen. Der Ausbruchstamm O104:H4 aus dem Jahr 2011 wurde

seither nur noch einmal im Folgejahr identifiziert. Auffallend ist, dass 2015 sehr viele EHEC-Serovare nur einmal nachgewiesen wurden, die in den Jahren zuvor in Baden-Württemberg nicht aufgetreten waren. Möglicherweise ist dies auf eine verbesserte Methodik und dem dadurch bedingten Rückgang der nicht-typisierbaren Serovare (Ont und Orauh) zurückzuführen.

Leider erfolgt nur bei <20% der nach IfSG gemeldeten EHEC-Fälle eine Serovarzuordnung. Um den Anteil der Serovarbestimmungen zukünftig zu erhöhen, ist es notwendig, mehr Proben oder direkt EHEC-Isolate auch von den niedergelassenen Laboren zu gewinnen.



Ebola – Rückblick auf eine Epidemie

Karl-Heinz Janke, Nobila Ouédraogo, Elisabeth Aichinger, Christiane Wagner-Wiening, Günter Pfaff, Ref. 95; Rainer Oehme, Ref. 93

Von Anfang 2014 bis Ende 2015 fand in West-Afrika der bislang größte Ebola-Fieber-Ausbruch in der Geschichte statt. Auch wenn das Auftreten von Ebola-Fällen durch infizierte Reiserückkehrer hierzulande als unwahrscheinlich eingeschätzt wurde, bereitete sich der Öffentliche Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg auf den Ernstfall vor. Ein Mitarbeiter des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) konnte sich ein Bild vor Ort in Guinea machen.

Seit Auftreten des ersten Ebola-Falles im Dezember 2013 waren in den hauptsächlich betroffenen Ländern Guinea, Liberia und Sierra Leone mehr als 28 000 Menschen erkrankt und über 11 000 an der viralen Erkrankung verstorben.

Während des Ausbruchs waren vereinzelt infizierte oder bereits erkrankte Menschen unerkannt in andere Länder gereist. So kam es nach Einschleppung durch Einzelfälle in Nigeria, Mali, USA und Spanien zu weiteren Ansteckungen, hauptsächlich bei Pflegekräften und Familienangehörigen. Im Senegal, Spanien, Großbritannien und Italien wurde jeweils ein Fall von Ebola-Erkrankungen bei zurückgekehrtem medizinischem Personal gemeldet.

Erkrankte Hilfskräfte internationaler Organisationen wurden zum Teil zur Behandlung ausgeflogen. So wurde in Deutschland in Frankfurt, Hamburg und Leipzig jeweils ein Ebola-Patient behandelt.

Zwar war bis Ende 2015 die Anzahl der Neuerkrankungen deutlich gesunken, jedoch konnte aufgrund von mehreren Einzelfällen der Ausbruch bis Anfang 2016 noch nicht offiziell für beendet erklärt werden.

Aktivitäten des LGA im Rahmen der Ebola-Epidemie in 2015

Auch wenn sich im Verlauf des Ebola-Ausbruchs im Jahr 2015 die Einschätzung, dass ein Auftreten von Ebola-Fällen in Deutschland unwahrscheinlich ist, nicht geändert hat, wurden zahlreiche Maßnahmen im LGA umgesetzt. Das war vor allem in Hinblick auf das Auftreten möglicher klinischer Verdachtsfälle bei Reiserückkehrern aus betroffenen Gebieten wichtig. Das LGA kommunizierte aktuelle Informationen und stand als Ansprechpartner für Anfragen von Gesundheitsämtern, Ärzten und Krankenhäusern zur Verfügung. Das S3-Labor wurde befähigt, im Bedarfsfall eine Ausschlussdiagnostik auf Ebola und, als wichtigste Differentialdiagnose, auf Malaria durchzuführen. Dies erleichterte die rasche Abklä-

rung von Verdachtsfällen bei Reiserückkehrern im Land und wurde im Jahr 2015 in insgesamt sechs Fällen in Anspruch genommen. Bei allen sechs Patienten konnte eine Ebola-Infektion ausgeschlossen werden; drei der erkrankten Personen wurden positiv auf Malaria getestet.

Mitten im Geschehen – ein Mitarbeiter des LGA vor Ort in Guinea

Auf Anfrage des Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) unterstützte ein im Rahmen der Postgraduierten-Ausbildung des Robert Koch-Instituts beschäftigter Mitarbeiter im LGA von Mai bis Juni 2015 die Maßnahmen zur Bekämpfung der Ebola-Epidemie in Conakry, Guinea.

Der ausgebildete Epidemiologe wurde zur Arbeit im nationalen Koordinationsteam der Ebola Surveillance Unit in Conakry eingeteilt. Dieses Team bestand im Wesentlichen aus Mitarbeitern des Ministerium für Gesundheit Guinea, der WHO, des US-Amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention, des European Center for Disease Prevention and Control sowie von Ärzte ohne Grenzen. Seine Aufgabe waren die regionsübergreifende Erfassung und Aufklärung von Übertragungsketten sowie die Auswertung entsprechender Daten. Als Ziel dieser Arbeit sollten die zahlreichen Informationen zu Infektionsketten aus den verschiedenen Regionen des Landes zusammengeführt werden. Die sofortige Auswertung dieser Daten lieferte allen am Ausbruchmanagement beteiligten Personen kontinuierlich Hinweise für die Optimierung von Strategien zur Unterbrechung der Infektionsketten.



Ebola-Aufklärungsplakat in Conakry, Guinea



Leitfaden zum Management lebensmittelassoziierter Infektionen in Baden-Württemberg

Christiane Wagner-Wiening, Elisabeth Aichinger, Ref. 95; Maja Adam, Ref. 93

Handlungsempfehlungen zur Durchführung von lebensmittelbedingten Ausbrüchen unterstützen die Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und der Lebensmittelüberwachung (LMÜ).

Lebensmittelbedingte Ausbrüche der letzten Jahre haben gezeigt, dass ein schnelles zielgerichtetes Management für die Aufklärungsarbeit entscheidend ist. Im Vorfeld müssen Zuständigkeiten geklärt, Ansprechpersonen benannt, Kommunikationswege festgelegt sowie Regeln zum Datenaustausch abgestimmt werden. Voraussetzung ist hierbei eine enge Kooperation mit Informationsaustausch zwischen den beteiligten Behörden und Institutionen des ÖGD und der LMÜ. Um die Arbeit der Ausbruchsuntersuchungen zu unterstützen, wurde daher in einer Arbeitsgruppe aus deren Vertretern ein Leitfaden zum Management lebensmittelassoziierter Infektionen in Baden-Württemberg erarbeitet. Landesspezifische Rechtsnormen und Abläufe wurden berücksichtigt. Neben einem Überblick über Zuständigkeiten und Kommunikationswegen beinhaltet der Leitfaden wichtige Handlungsempfehlungen zur Durchführung von Ausbruchsuntersuchungen und zu Interventionsmöglichkeiten.

Ein lebensmittelbedingter Ausbruch ist definiert als das Auftreten einer mit (oder wahrscheinlich) mit demselben Lebensmittel in Zusammenhang stehenden Krankheit bei mindestens zwei Erkrankten. Die Untersuchungen bei einer Ausbruchsaufklärung sollten geeignet sein, den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Lebensmittel und dem Ausbruch der Erkrankung aufzuzeigen und, soweit möglich, nachzuweisen. Zentrale Elemente sind hierbei zum einen die labordiagnostische Untersuchung von Patienten- und Lebensmittelproben, zum anderen die Untersuchung und Bewertung von epidemiologischen Zusammenhängen.

Eine besondere Herausforderung stellen hierbei sog. diffuse lebensmittelbedingte Ausbrüche dar, die sich über große Zeit- und Verbreitungsräume erstrecken. Diese werden beispielsweise beobachtet, wenn kontaminierte Lebensmittel, oft auch mit einer eher geringen Konzentration an Krankheitserregern, über einen längeren Zeitraum im Handel sind oder im Haushalt länger gelagert werden. Diese (über-)regionalen Ausbrüche sind auf Stadt- und Landkreisebene oft schwer zu erkennen. Es fehlt der

sprunghafte Anstieg der Erkrankungszahlen und die gemeldeten Erkrankungen werden als unabhängige Einzelerkrankungen registriert.

Bei einem Erregernachweis sowohl im verdächtigen Lebensmittel als auch bei betroffenen Personen kommt einer Typisierung des Erregers hierbei eine besondere Bedeutung zu. Über die Identität der Isolate kann ein kausaler Zusammenhang zwischen erkrankten Personen (z. B. auch Küchenmitarbeiter) und dem Verzehr des kontaminierten Lebensmittels hergestellt und ein direkter oder indirekter Infektionsweg ermittelt werden. Vorgehensweisen von der Probenahme bis zur Befundmitteilung finden sich im erarbeiteten Leitfaden wieder.

Der Leitfaden ist auf der Homepage des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (www.gesundheitsamt-bw.de) abrufbar bei Eingabe des Webcodes LGA104 unter „Suche“.



Bedarfsorientierte Hygieneschulungen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg – inwiefern?

Claudia Wojczechowski, Dagmar Lutz, Ref. 91

Schulungsinteressenten fragen nach möglichst kurzen Fortbildungsangeboten. Ein geringer Ausfall am Arbeitsplatz steht im Fokus. Der Wunsch nach einem schnellen staatlich anerkannten Fort- und Weiterbildungsabschluss ist ungebrochen, am besten mit Zusatz zur bisherigen Berufsbezeichnung. Andererseits stehen Fragen im Raum wie: Was sollte eine staatlich geprüfte Hygienefachkraft, ein Hygienebeauftragter, ein Desinfektor usw. zum Infektionsschutz und zu den damit verbundenen Hygienemaßnahmen wissen? Und wie schnell ist dieses Wissen zu erlernen?

Wie andere auf dem Markt strebt das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) als Anbieter von Aus-, Fort- und Weiterbildungen eine hohe Teilnehmendenzahl und Kundenzufriedenheit an. Im Jahr 2015 ist dies wieder gelungen. Alle geplanten 43 Veranstaltungen zum Infektionsschutz und zur (Krankenhaus-)Hygiene fanden statt. Es wurden insgesamt 1 788 Unterrichtsstunden von rund 90 Referenten und fünf Fachkräften in der Organisation gestemmt. Somit konnten in diesem Jahr wieder alle 323 Teilnehmenden die schriftlichen und mündlichen Prüfungen, die zu den Schulungsangeboten gehören, absolvieren.

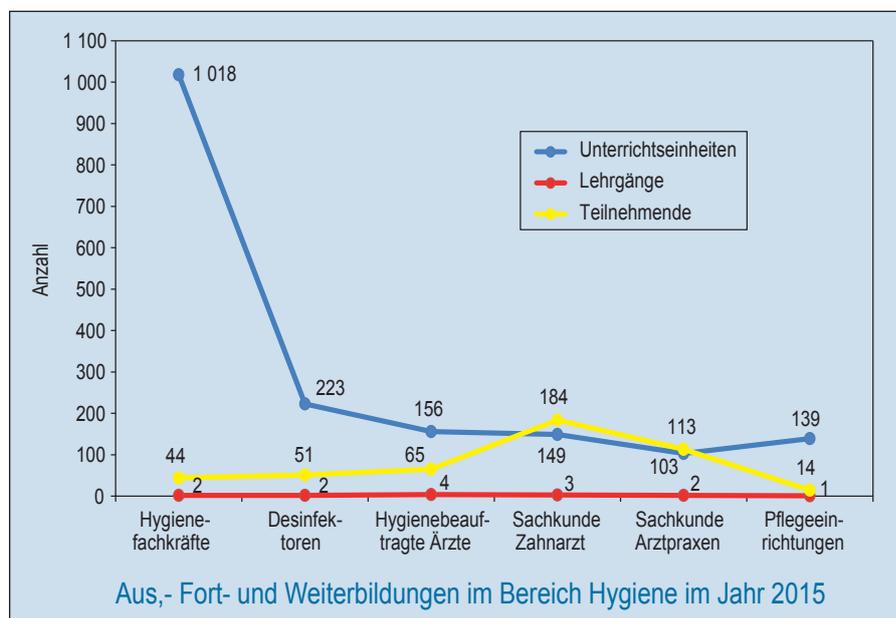
Die Verteilung der Teilnehmenden auf die Schulungsangebote sah dabei wie folgt aus:

- 44 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen haben neben ihrem 30 Wochen Praktikum jeweils 720 Unterrichtseinheiten bewältigt.
- 51 Desinfektoren wurden in zwei dreiwöchigen Schulungen ausgebildet.

- 65 Hygienebeauftragte Ärzte wurden in vier einwöchigen Grundkursen geschult.
- 149 medizinische Fachangestellte haben den 51 Unterrichtseinheiten umfassenden Sachkundelehrgang zur Aufbereitung und Lagerung von Sterilgut besucht.
- Das Schlusslicht bilden 14 Pflegefachkräfte, die sich auf den Weg gemacht haben, Hygienebeauftragte für Pflegeeinrichtungen zu werden. Sieben sind es in diesem Jahr geworden. Der Bedarf an diesen Experten ist bei weitem nicht gesättigt. Doch wie eingangs beschrieben, versuchen gerade sie den Ausfall am Arbeitsplatz zu umgehen; denn einen Mangel an Pflegekräften gibt es bereits zu Genüge. Dennoch bleibt das LGA dabei, diese Fortbildung durchzuführen. Denn Pflegeeinrichtungen, die sich hauseigene Hygienebeauftragte leisten, setzen das Infektionsschutzgesetz, entsprechende RKI-Richtlinien und Verordnungen mit einer eigenen Qualität um.

Der Bedarf an Hygienefachkräften im klinischen Bereich ist ebenfalls nicht gedeckt. Nicht ohne Grund bitten Kliniken, die erfolglos eine Hygienefachkraft suchen, das LGA darum, ihr Stellenangebot gezielt an die Weiterbildungsteilnehmenden weiterzuleiten.

Eine Erhöhung des Outputs an Hygiene-Experten im LGA würde den wachsenden Anforderungen an den Hygienestandard bzw. nach umfassendem Infektionsschutz entsprechen. Diese Erhöhung durch Reduzierung des Schulungsumfangs zu erwirken, entspricht allerdings nicht dem Anspruch des LGA. Denn wachsende Anforderungen sind mit umfassendem Wissen in der Mikrobiologie, Virologie, Mykologie, Schädlingskunde, der Sterilisation, Desinfektion, Epidemiologie, technischen Betriebsorganisation, Rechtsprechung usw. verbunden. Dies ist weder schnell, noch kostenneutral zu erlangen. Die Schulungsangebote des LGA bleiben somit auf ihre Weise bedarfsorientiert.

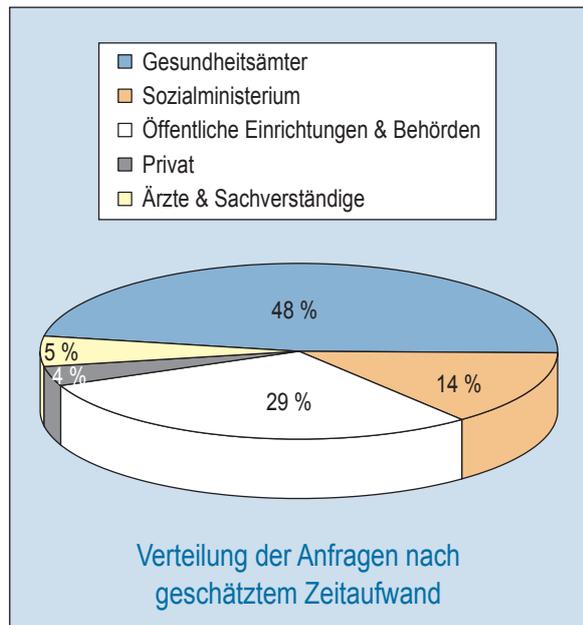


Beratung im umweltbezogenen Gesundheitsschutz – welche Themen gab es 2015?

Stefan Kluge, Ref. 96

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) hat 2015 in 90 Fällen umweltbezogen beraten. Neben Schimmel und flüchtigen organischen Substanzen (VOC) dominieren chlorierte Kohlenwasserstoffe (CKW) aus Altlasten, Schwermetalle sowie Lärm und Infraschall.

Eine wesentliche Aufgabe des LGA ist die Unterstützung der Gesundheitsämter sowie des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg bei der Bewertung gesundheitsschädlicher Umwelteinwirkungen. Dies erfolgt in Amtshilfe auch gegenüber anderen Behörden und öffentlichen Einrichtungen. Im Rahmen der Kapazitäten nimmt die Beratung von Ärzten und Sachverständigen sowie Privatpersonen eher geringen Raum ein.

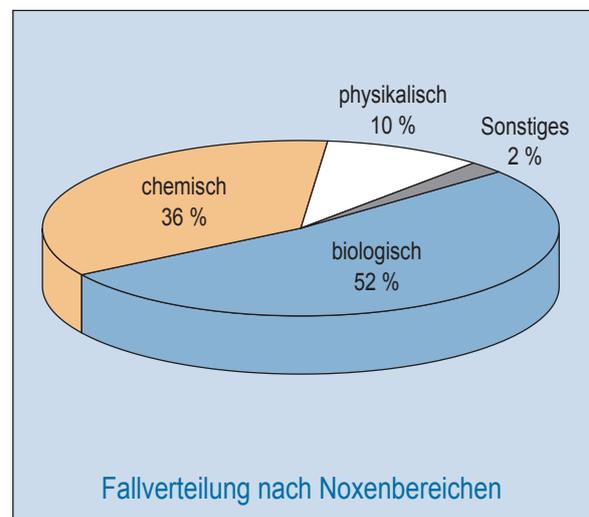


Schimmel im Innenraum führt die Liste mit rund 50 % der Fälle an. Bei den chemischen Stoffen ging es ebenso meist um Innenraumprobleme mit VOC und Weichmachern/Flammschutzmitteln/PCB aus Einrichtungsgegenständen und Baustoffen sowie mit CKW aus Altlasten. Vor dem Hintergrund kurzfristiger Nutzung ehemaliger Militärliegenschaften als Flüchtlingsunterkünfte war die Bewertung von Residuen früheren Biozid-Einsatzes (DDT) gefragt. Eher unbedeutende Quecksilbermengen aus zerbrochenen Energiesparlampen und die Entsorgung von Spezial-Metalllampen waren ebenso Anfragegrund wie

die Einschätzung möglicher Raumluftbelastungen in einer Schule nach früherer Verwendung des giftigen Schwermetalls im Unterricht. Spektakulär war der Fall einer mysteriösen massiven Hg-Kontamination eines Wohn- und Geschäftshauses, wobei mit dem örtlichen Gesundheitsamt eine Gefährdungsabschätzung sowie Umgebungsuntersuchungen abgestimmt wurden.

Stellungnahmen zu Strontium und Arsen aus Altlasten sowie geogenen Quellen wurden aus Gesichtspunkten des Boden- und Grundwasserschutzes sowie zur Beurteilung des Gefährdungspfades Boden-Mensch bei Bauprojekten angefragt. Dies betraf ebenso alte CKW-Schäden und die seit jüngerer Zeit bekannten Grundwasserverunreinigungen mit polyfluorierten Tensiden (PFC) im Raum Rastatt. Weitere Anfragen und Beteiligung an einer öffentlichen Anhörung betrafen Reiz- und Rauchgase, PAK und hautreizende Stäube. Exot aus dem Pflanzenreich war die Frage nach eventueller Nachbarschaftsgefährdung durch eine Eibe.

Physikalisches Umweltproblem Nr. 1 ist Lärm. Neben Betriebslärm in Kita und Schule sowie Freizeitlärm war die Einrichtung einer Kita in lärmreicher Umgebung zu beurteilen. Ebenso wurde das LGA zu Infraschall durch Windkraftanlagen und Wärmepumpen befragt. Gesundheitliche Wirkungen elektromagnetischer Felder spielten im Zusammenhang mit neuartigen Kosmetikanwendungen (IPL/RF-Haarentfernung, BEWEI Körperformung) eine Rolle. Anfragen zu ionisierender Strahlung bezogen sich auf den Strahlenschutz sowie eine fragliche Uran-Belastung.



Daten zum Diabetes mellitus Typ-2 – Zunahme und regionale Unterschiede auch in Baden-Württemberg

Michael Böhme, Abt. 9

Etwa bei jedem 14. Einwohner von Baden-Württemberg ist ein Typ-2-Diabetes bekannt. Die Häufigkeit hat über die Jahre zugenommen, weist regionale Unterschiede auf und tritt zunehmend auch bei jüngeren Altersgruppen auf. Ein deutlicher Anstieg zeigt sich mit zunehmendem Lebensalter. Gefäßbedingte Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Nieren- oder Augenschädigungen sind bei Menschen mit Diabetes etwa zwei- bis viermal häufiger als in der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung. Diese treten zudem durchschnittlich noch vier bis über zwölf Jahre früher auf.

Der Diabetes mellitus Typ 2 (DM2) ist eine Erkrankung mit einer chronischen Erhöhung des Blutzuckerspiegels, der durch Veränderungen der Wirkung und Sekretion von Insulin verursacht wird. Er weist vielfältige Störungen von Stoffwechselprozessen auf und gehört zu den wichtigsten chronischen, nicht übertragbaren Erkrankungen in der Bevölkerung. Die Erkrankung kann die Lebensqualität beeinträchtigen. Wesentlich hierfür ist das erhöhte Risiko, an Begleiterkrankungen wie z. B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Nerven-, Nieren- oder Augenschädigungen zu erkranken. Nach der DEGS1-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) beträgt die bundesweite Häufigkeit eines bekannten, diagnostizierten Diabetes etwa 7 % und eines vorhandenen, aber noch nicht erkannten Diabetes weitere ca. 2 %.

Häufigkeit (Prävalenz)

Im September 2015 ist eine Studie mit umfangreichen Daten zur Behandlungshäufigkeit von DM2 und Begleiterkrankungen auch für Baden-Württemberg erschienen. Die Untersuchungen erfolgten in Kooperation zwischen der AOK Baden-Württemberg, der Universität Ulm und dem Landesgesundheitsamt

Baden-Württemberg. Ausgewertet wurden die Abrechnungsdaten 2007-2010 zum Diabetes von ca. 4 Mio Versicherten der AOK Baden-Württemberg. Nach Standardisierung hinsichtlich Alter und Geschlecht auf die Wohnbevölkerung von Baden-Württemberg betrug die Behandlungshäufigkeit des DM2 2007 6,6 % und stieg bis 2010 auf 8,6 % an.

Durch die DEGS1-Studie ist bekannt, dass die Versicherten der AOK auf Grund der Mitgliederstruktur eine um Faktor 1,25 erhöhte Behandlungshäufigkeit für Diabetes im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt aufweisen. Unter Berücksichtigung dieses Faktors ergeben sich als Häufigkeit eines DM2 in Baden-Württemberg für 2007 5,3 % und für 2010 6,9 %, wobei die Häufigkeit ab ca. dem 30 Lebensjahr anfangs langsam, später deutlich bis auf über 25 % in der Altersgruppe der über 75-Jährigen zunahm und sich während des Auswertungszeitraumes um ca. fünf Jahre zu jüngeren Lebensaltern verschob.

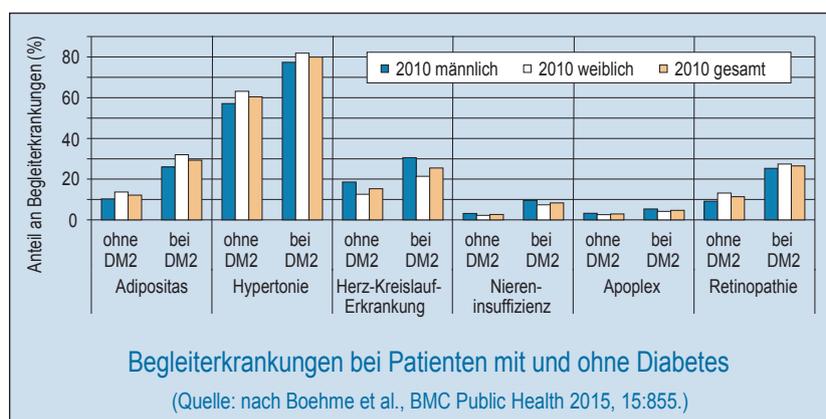
Gefunden werden konnten auch erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kreisen. Unter Berücksichtigung des Faktors von 1,25 fanden sich Häufigkeiten von unter 6 % bis über 8,4 %. Dieses könnte durch eine Vielzahl von Faktoren wie z. B. Unterschiede im Sozialstatus, genetische Veranlagung oder andere regionale Besonderheiten begründet sein.

Begleiterkrankungen

Menschen mit DM2 haben ein erhöhtes Risiko, eine Adipositas zu haben und an zahlreichen gefäßbedingten Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Nieren- oder Augenschädigungen zu erkranken. Diese Erkrankungen traten in einer Fall-Kontroll-Untersuchung, bei der zu jedem

Versicherten mit DM2 per Zufall ein anderer Versicherter mit gleichem Geschlecht und Alter ohne DM2 gesucht wurde, etwa 2- bis 4-mal häufiger als in der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung auf. Ein Vergleich nach Altersgruppen zeigte, dass diese Begleiterkrankungen beim DM2 zudem durchschnittlich noch vier bis über zwölf Jahre früher auftraten.

Mehr zu den Ergebnissen der Studie unter www.biomedcentral.com/1471-2458/15/855.



Suizide, suizidale Verhaltensweisen und sexuelle Orientierung – Studienlage und Möglichkeiten der Prävention

Johanna Körber, Ref. 94

Studien belegen eine erhöhte Rate von suizidalem Verhalten unter lesbischen, schwulen und bisexuellen (LSB) Menschen. Obwohl noch erheblicher Forschungsbedarf besteht, deutet sich an, dass ein unterstützendes soziales Umfeld für LSB-Menschen protektive Auswirkungen hat.

Im Jahr 2007 startete die American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) eine Initiative, um die wissenschaftlichen Grundlagen zum Thema Suizid und Suizidrisiko bei homosexuellen, bisexuellen und Transgender-Menschen zu erweitern. Eine Konsensuskonferenz, an der Vertretungen aus den Bereichen Gesundheits- und Suizidforschung, Ärzteschaft, Bildungswesen und der Community teilnahmen, wurde einberufen. Diese Gruppe sammelte die bisher vorliegenden Forschungsergebnisse und erarbeitete u. a. Empfehlungen für weitere Studien (Haas et al., 2011). Zunächst betonen die Autoren, dass bei der Feststellung des Todes die sexuelle Orientierung nicht erhoben wird und somit keine offiziellen Zahlen verfügbar sind. Daher muss auf Studien zurückgegriffen werden. Um zu erforschen, ob lesbische, schwule und bisexuelle (LSB) Menschen unter den Suizidtoten überrepräsentiert sind, haben einige Forscher versucht, über „psychologische Autopsie“, d. h. über Befragung von Familie und Freunden, nachträglich die sexuelle Orientierung des Verstorbenen zu eruieren. In drei Studien wurde festgestellt, dass Personen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung nicht überproportional unter den Suizidopfern zu finden sind. Allerdings arbeiten alle drei Studien mit sehr kleinen Stichproben. Darüber hinaus ist die Methode der „psychologischen Autopsie“ mit großen Unsicherheiten belastet, da die nach dem Tode Befragten Informationen über die sexuelle Orientierung zurückhalten bzw. selbst nichts darüber gewusst haben könnten. Studien, die erforschen, ob es einen Zusammenhang zwischen der sexuellen Orientierung und nicht tödlich endenden suizidalen Verhaltensweisen gibt, kommen zum Ergebnis, dass eine solche Beziehung existiert. King et al. haben 2008 eine Meta-Analyse von 25 populationsbasierten Studien vorgenommen, die suizidale Verhaltensweisen von LSB-Adoleszenten und/oder LSB-Erwachsenen im Vergleich zu heterosexuell orientierten Menschen zum Forschungsgegenstand hatten. Die Lebenszeitprävalenz von suizidalen Verhaltensweisen war bei homo- und bisexuellen Männern etwa viermal so hoch wie bei vergleichbaren hetero-

sexuellen Männern. Bei lesbischen Frauen war die Zahl der Suizidversuche bezogen auf die Lebenszeit fast doppelt so hoch wie bei heterosexuellen Frauen. Allerdings kann sich letztere Aussage auf wesentlich weniger Studien berufen, weil in die Meta-Analyse nur wenige Studien über das suizidale Verhalten lesbischer Frauen einbezogen wurden. Zum Suizidrisiko von Transgender-Menschen gibt es nur sehr wenige Studien. In der Regel bestehen die Stichproben aus Menschen, die eine Geschlechtsanpassung anstreben, da diese Gruppe für die Forschenden am leichtesten zu erreichen ist. Sowohl bezüglich des Todes durch Suizid als auch bezüglich suizidalem Verhalten sind die Quoten für diesen Personenkreis deutlich erhöht.

Um präventive Maßnahmen ergreifen zu können, ist die Kenntnis von Schutzfaktoren von großer Bedeutung. Bei einer Befragung von 21 927 Schülern in Minnesota hatten 2 255 gleichgeschlechtliche Erfahrungen. Von letzteren gaben 37,4 % an, einen Suizidversuch unternommen zu haben. Als Schutzfaktoren kristallisierten sich in dieser Studie familiäre Einbindung, Zuwendung durch Lehrkräfte und andere Erwachsene sowie Sicherheit in der Schule (z. B. Schutz vor Mobbing) heraus (Eisenberg & Resnick, 2006). Es gibt auch Hinweise, dass die Einbindung in die Community einen Schutzfaktor darstellt (Kertzner et al. 2009). Eine große Rolle spielt auch die institutionelle Diskriminierung. Politische Maßnahmen und Gesetze, die Ungerechtigkeiten gegenüber LSB-Menschen abschaffen und Diskriminierung bekämpfen, haben ebenfalls protektive Wirkung. Im Jahr 2011 hat Hatzenbuehler gezeigt, dass ein nicht-unterstützendes soziales Umfeld das Risiko von Suizidversuchen bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Jugendlichen erhöht, und zwar unabhängig von deren individuellen Risikofaktoren. Soziodemographische Variablen sowie zahlreiche Risikofaktoren für Suizidversuche einschließlich depressiver Symptome, Binge-Drinking, Schikanen durch Peers und körperlichem Missbrauch durch Erwachsene wurden kontrolliert. Mit dem Aktionsplan „Für Akzeptanz und gleiche Rechte“ wurde in Baden-Württemberg ein wichtiger Schritt zum Abbau von Diskriminierung von LSBTTIQ-Menschen gemacht. Es ist davon auszugehen, dass dies zur Prävention von suizidalem Verhalten beim genannten Personenkreis beiträgt.

Hochgradige Sehbeeinträchtigungen/Blindheit und Demenz

Claudia Lucka, Ref. 94

Treten hochgradige Sehbeeinträchtigungen/Blindheit und eine Demenzerkrankung gleichzeitig auf, erschwert dies eine ausreichende Diagnostik und bedarfsgerechte Versorgung.

In Deutschland leben geschätzt 150 000 blinde Menschen sowie ca. eine Million Menschen, die von einer mittleren bis schweren Demenzerkrankung betroffen sind. Rein rechnerisch könnten demnach in Baden-Württemberg etwa 20 000 blinde und ca. 130 000 demenzerkrankte Menschen leben. Die Häufigkeit des Vorkommens steigt bei beiden Erkrankungen mit zunehmendem Alter stark an: im Vergleich zu 20- bis 60-Jährigen sind 60- bis 80-Jährige mehr als dreimal häufiger und > 80-Jährige sogar 24-mal häufiger von Blindheit betroffen. Zwischen 6 % und 9 % der > 65-Jährigen und 30 % der > 90-Jährigen sind von einer Demenzerkrankung betroffen. Die Prävalenz der Demenz verdoppelt sich ab dem Alter von 60 alle 5-6 Jahre.

Aufgrund dieser Zahlen ist von einer nicht geringen Komorbidität beider Krankheitsbilder auszugehen. Verlässliche empirische Daten hierzu gibt es bislang nicht. Eine britische Publikation aus dem Jahre 2007 schätzt die Prävalenz des gleichzeitigen Auftretens schwerer Sehverluste und einer demenziellen Erkrankung auf 2,5 % bei den > 75-Jährigen. Im Rahmen der Landesblindenhilfe kommen die bearbeitenden Stadt- und Landkreise immer wieder mit dieser Thematik in Kontakt.

Die Ausgangslage ist komplex: Sehbeeinträchtigungen und Demenzerkrankungen haben z. T. eine ähnliche Symptomatik: So werden z. B. abgelegte Gegenstände nicht wieder gefunden, vertraute Personen nicht erkannt oder es bestehen Orientierungsschwierigkeiten. Damit kann es leicht zu Verwechslungen zwischen beiden Krankheitsbildern kommen: Nicht erkannte Sehbeeinträchtigungen können als Hinweise auf kognitive Defizite gedeutet werden und zu einer vorschnellen Demenzdiagnose führen. Eine nicht erkannte beginnende Demenz wiederum kann zu einer schlechteren Einschätzung der Sehkraft beitragen. Zudem kann die Sehbeeinträchtigung auch erst im Verlauf einer Demenzerkrankung auftreten. Probleme werden in vielen Fällen nicht ausgesprochen und daher auch nicht abgeklärt.

In einer Befragung von Fachleuten aus den Bereichen Sehen und Demenz in der Schweiz aus dem Jahr 2014 (http://www.alter.bfh.ch/uploads/tx_frppublikationen/Bericht_SZB_Institut_Alter_BFH.pdf) gaben diese an, im Rahmen der Demenzdiagnostik zwar einfache Sehtests durchzuführen, eine Untersuchung

durch einen Augenspezialisten erfolgte jedoch selten. Visuelle Items wurden bei erschwelter Untersuchung weggelassen, wenngleich den Fachleuten bewusst war, dass die diagnostische Genauigkeit dadurch beeinträchtigt wurde. Für die befragten Fachleute aus dem Bereich Sehen wiederum wurde die Demenz zunächst nicht als Faktor angesehen, der die Augendiagnostik stark beeinträchtigen würde.

Die Befragung macht die Gefahr deutlich, aufgrund von Kommunikationsproblemen die Sehfähigkeit nicht korrekt einzuschätzen und so eine bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln wie Brillen oder Lupen zu erschweren. Die Autoren der Schweizer Studie betonen, dass jede Unterstützung für die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen bedeutsam sei. Die Stimulation verbliebener Sinne und Fähigkeiten ist zudem wichtig, um den Verlauf zu verlangsamen und der Entwicklung weiterer Begleiterkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen entgegen zu wirken.

Es gibt zahlreiche offene Fragen, zu denen derzeit keine belastbaren empirischen Daten vorliegen. Wie viele Menschen sind tatsächlich von beiden Erkrankungen betroffen? Wie oft kommt es zum Nichtbermerken einer Sehbeeinträchtigung bei vorliegender Demenz und wie häufig wird eine fortschreitende Sehbeeinträchtigung als Merkmal einer Demenz eingestuft? Was benötigen Betroffene und Angehörige, damit Selbstständigkeit und ein hohes Maß an Lebensqualität möglichst lange aufrechterhalten werden können? Zuverlässige Antworten lassen sich nur finden, wenn diese Fragen verstärkt in der Forschung berücksichtigt werden. Einen Baustein dazu könnte die 2014 begonnene Studie der Stiftung Auge der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) zu Sehbeeinträchtigungen im Alter darstellen. Untersucht werden sollen Defizite und Bedarf in Bezug auf die augenärztliche Versorgung der Bewohner von Pflegeheimen in Deutschland. Wünschenswert wäre eine Analyse der Studiendaten im Hinblick auf begleitende dementielle Erkrankungen der Teilnehmenden. Darüber hinaus sind auch von der verstärkten Zusammenarbeit von Spezialisten der Augenheilkunde und Spezialisten der Altersforschung wichtige neue Informationen zu verbesserten Erfassung, Diagnostik und Intervention bei Komorbidität von Sehbeeinträchtigungen und Demenz zu erhoffen, um die Lebensqualität der betroffenen Menschen zu fördern.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (www.gesundheitsamt-bw.de) bei Eingabe des Webcodes LGA102 unter „Suche“.



Fachplanung Gesundheit in Baden-Württemberg

Myriam Brücker, Torben Sammet, Ref. 94

Im weit überwiegenden Teil der Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs sind Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK) als Beratungs- und Steuerungsgremien etabliert. Im Rahmen des Pilotvorhabens „Erarbeitung eines Fachplanes Gesundheit“ erproben und analysieren von Dezember 2014 bis Mai 2016 die sechs Land- und Stadtkreise Enzkreis, Karlsruhe, Lörrach, Rhein-Neckar-Kreis, Reutlingen und Stuttgart den Aufbau einer Fachplanung Gesundheit unter Bürgerbeteiligung (Gesundheitsdialoge).

Die Fachplanung Gesundheit ist ein Instrument zur Planung und Steuerung für die KGK in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung und Pflege. Das übergeordnete Ziel der auf dem Public Health Action Cycle basierenden Fachplanung ist die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit aller Bürger. Quantitative und qualitative Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage einschließlich der Versorgung werden auf Land- und Stadtkreisebene mit räumlichem Bezug im Rahmen der Analysephase strukturiert, ausgewertet und kartographisch dargestellt. So sollen bedarfsgerechte Strategien festgelegt und schließlich umgesetzt und begleitend evaluiert werden.

Erste Ergebnisse des Pilotvorhabens

Die Fachplanung hängt maßgeblich von der kommunalen intersektoralen Zusammenarbeit behördlicher Arbeitsbereiche mit der KGK und weiteren Akteuren der Bereiche Gesundheit und Soziales ab. Dazu sind intensive Vorarbeiten notwendig. Eine wesentliche Rolle für die Etablierung kommunaler Planungsprozesse spielen zudem die Festlegung von Zuständigkeiten und Entscheidungswegen sowie auch die Informationslage, d. h. das Existieren einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung sowie der Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten (z. B. im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg). Art und Ausmaß der Bürgerbeteiligung entlang des Planungs- und Umsetzungsprozesses unterscheiden sich je nach Thema und Rahmenbedingungen.

Allen sechs Land- und Stadtkreisen ist es erfolgreich gelungen, die notwendigen Strukturen auf- und auszubauen und im Rahmen der Analysephase für ihr

Handlungsfeld und Themenschwerpunkte relevante Daten zu sammeln. Die unterschiedlichen Indikatoren werden aktuell ausgewertet und kartographisch dargestellt. In nahezu allen Land- und Stadtkreisen wurden bereits Bürgerbeteiligungsverfahren durchgeführt, um neben den quantitativen auch die qualitativen Daten mit einbeziehen zu können. In einem nächsten Schritt werden Ziele für den Land- bzw. Stadtkreis definiert. In einigen Land- und Stadtkreisen ist geplant, die Bürger auch in der Phase der Strategiefestlegung zu beteiligen.

Das Pilotvorhaben der Fachplanung Gesundheit ist ein sich stetig weiterentwickelnder Prozess. Die Ergebnisse sowie die gesammelten Erfahrungen werden in einem Abschlussbericht festgehalten. Gemeinsam mit den Teilnehmern des Netzwerks werden bis Ende des Jahres Handlungsempfehlungen entwickelt, um die Verbreitung der Fachplanung Gesundheit in Baden-Württemberg zu unterstützen.

Die Tabelle zeigt die ausgewählten Handlungsfelder der einzelnen Land- und Stadtkreise.

Übersicht der Handlungsfelder der Land- und Stadtkreise in der Fachplanung Gesundheit (LGA, 2014)

Land- bzw. Stadtkreise	Handlungsfelder
Enzkreis	Medizinische Versorgung & Pflege
Landkreis Karlsruhe	Gesundheitsförderung/Prävention
Landkreis Lörrach	Gesundheitsförderung/Prävention
Landkreis Reutlingen	Gesundheitsförderung/Prävention & Medizinische Versorgung
Rhein-Neckar-Kreis	Gesundheitsförderung/Prävention
Landeshauptstadt Stuttgart	Gesundheitsförderung/Prävention & Pflege

Weitere Informationen und Steckbriefe zu den jeweiligen Land- und Stadtkreisen: www.gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/kreisebene/fachplanung-gesundheit.



Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung

Dagmar Bürle, Ref. 94

Mit dem Modellprojekt soll die Versorgungssituation dargestellt und ein sektoren- und kreisübergreifendes Konzept in einer Modellregion entwickelt werden.

Auch wenn momentan die medizinische Versorgung im Land noch auf anerkannt hohem Niveau ist, wird sich Baden-Württemberg auf kommende Herausforderungen vorbereiten müssen. Besonders der demografische Wandel wird das Gesundheitssystem auf eine große Probe stellen. Das vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (SM) in Auftrag gegebene und geförderte Modellprojekt soll auf aktuelle Fragestellungen in Bezug auf die Sicherstellung der Qualität von medizinischer Versorgung reagieren. Neben einem ansteigenden Behandlungsbedarf, u. a. bedingt durch vermehrt chronische Erkrankungen, fordert auch die Überalterung des Personals im medizinischen und pflegerischen Sektor Handlungsalternativen. Gleichzeitig muss eine Über- und Unterversorgung verhindert und eine bessere Vernetzung der Versorgungsstrukturen erzielt werden. Im Januar 2016 begann daher das auf zwei Jahre angelegte Modellprojekt. Als Modellregion wurden die drei Landkreise Biberach, Ravensburg und Reutlingen ausgewählt, in denen exemplarisch ein kreis- und sektorenübergreifendes Versorgungskonzept erarbeitet werden soll. Das Projekt ist in zwei Teilprojekte untergliedert. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt von der Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg, der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main und der Universität Stuttgart. Bürgerdialoge werden die Projektarbeit flankieren. Die Geschäftsstelle des Projekts ist im SM angesiedelt. Zur fachlichen Begleitung des Projektmanagements wurde im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg eine Koordinationsstelle geschaffen.

Projektverlauf

Mit dem Pilotvorhaben soll die aktuelle medizinische und pflegerische Versorgungssituation beschrieben und der zukünftige medizinische Versorgungsbedarf prognostiziert werden. Anschließend soll ein Instrumentarium generiert werden, das für andere Regionen ebenfalls zur Entwicklung alternativer Versorgungskonzepte genutzt werden kann. Zudem soll das Aufgabenprofil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hinsichtlich Public Health weiterentwickelt werden.

Die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Ruprechts-Karls Universität Heidelberg erhebt und analysiert im Rahmen des Teilprojekts I Daten, die für die Beschreibung des Ist-Zustandes der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung relevant sind. Dabei werden Patientenströme erfasst. Daten zur Schnittstelle zur Pflege, Gesundheitsförderung und Prävention werden ebenfalls miteingeschlossen. Die Daten werden sowohl auf Landesebene als auch für die Stadt- und Landkreise aufbereitet. Zusätzlich werden eine Prognose hinsichtlich des zukünftigen Versorgungsbedarfs und ein regionales Versorgungsprofil erfolgen.

Im Teilprojekt II erarbeitet das Institut für Allgemeinmedizin der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main in enger Abstimmung mit Teilprojekt I ein Konzept für die Modellregion. Erkenntnisse aus den geplanten Bürgerdialogen, begleitet vom Zentrum für interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart, werden in die Konzepterstellung einfließen.

Für die gesamte Projektlaufzeit finden in regelmäßigen Abständen Netzwerktreffen statt, bei denen sowohl die universitären Einrichtungen als auch die Modellregion und weitere Experten sich über die Vorgehensweise beraten und austauschen. Seit Projektbeginn fanden bereits zwei Netzwerktreffen in Stuttgart statt. Weitere Abstimmungsgespräche zwischen der Modellregion und den universitären Einrichtungen folgen.

Die Abbildung zeigt eine Übersicht über die Projektstruktur und die Zielsetzung.



Qualitätsentwicklung Kommunaler Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg

Barbara Leykamm, Ref. 94

Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (SM) wird der Ist-Zustand der Planungs-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) ermittelt.

In Baden-Württemberg haben 37 Stadt- und Landkreise Stand 2015 KGK eingerichtet. Diese stellen einerseits Steuerungsgremien dar, die über bedarfsorientierte, kommunale Analysen und Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung, Prävention sowie medizinischen Versorgung und Pflege beraten und Maßnahmen initiieren und begleiten. Andererseits werden darunter Prozesse verstanden, in denen relevante Akteure vor Ort gemeinsam kommunale Stärken und Schwächen diskutieren, den kommunalen Bedarf erfassen und nach Lösungen suchen. Eine Voraussetzung für den nachhaltigen Erfolg der Verankerung von KGK als zentrales Steuerungsgremium und Vernetzungsstruktur stellt dabei die Qualitätssicherung in allen Prozessphasen dar.

Erhebung des IST-Zustandes relevanter Qualitätskriterien

Um den Ist-Zustand der Qualitätsentwicklung der KGK zu erfassen, wurde im Auftrag des SM von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und den KGK-Geschäftsstellen ein Fragebogen entwickelt. Ziel der Befragung ist die landesweite Erhebung des Ist-Zustandes der Planungs-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität. Darüber hinaus sollen relevante Qualitätskriterien und Erfolgsfaktoren ermittelt werden.

Erste, ausgewählte Ergebnisse

An der Befragung haben sich 25 KGK-Geschäftsstellen beteiligt. Exemplarisch für die Strukturqualität werden die Angaben zur Personalausstattung in den Geschäftsstellen beispielhaft genannt. Die Fachkräfte in den Geschäftsstellen bei den Stadt- und Landkreisen (überwiegend Gesundheitsämter) haben durchschnittlich 0,8 Vollzeitäquivalente an Personal (VZÄ) – mit einem Spektrum von 0,5–4,0 VZÄ. Das Verständnis einer KGK, orientiert an der jeweils zugrundeliegenden Definition, zeigt eine große Variationsbreite auf. Mehrheitlich werden Kommunikation, Koordination und Vernetzung als zentrale Aufgaben beschrieben.

Im Hinblick auf die Planungsqualität ist erkennbar, dass die Mehrzahl der KGK ihre Arbeit am Public

HealthAction Cycle orientiert. Deutlich wird aber auch, dass die hierfür erforderliche Datennutzung oftmals erschwert ist. Auf die Frage nach elementaren Bestandteilen der Prozesse zur Entscheidungsfindung und zur Strategie- und Maßnahmenplanung werden vielfältige Maßnahmen angegeben. Die Partizipation aller Beteiligten wie Experten und Zielgruppen/Bevölkerung, neutrale Moderation, strukturelle Rahmenbedingung der KGK, klare Regelungen zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen werden exemplarisch genannt.

Der Erfolg der KGK lässt sich nach den Angaben der Befragten u. a. an folgenden Aspekten festmachen:

- Kontinuierlich hohe, engagierte und substantielle Teilnahme der Akteure an den bestehenden Gremien
- Sichtbare Verbesserung der Lebenswelten für ein Mehr an Gesundheit
- Positive Rückmeldung aus der Bevölkerung und von Akteuren
- Erfolgreiche Umsetzung von konkreten Handlungsempfehlungen
- Aufbau von dauerhaften, belastbaren Kooperationen

Mit Blick auf mögliche Zukunftsperspektiven der KGK beinhalten die Befragungsergebnisse einerseits eine Reihe von Barrieren und Hindernissen: zu geringe finanzielle und personelle Ressourcen, unklare, unverbindliche Rahmenbedingungen und Partikularinteressen. Andererseits werden aber auch Potentiale benannt, wie beispielsweise: vertrauensvolle Basis zur Steigerung der Akzeptanz der KGK, alle wichtigen „Player“ sitzen an einem Tisch, Chance zur nachhaltigen Bearbeitung von Gesundheitszielen auf kommunaler Ebene, bessere politische Wahrnehmung von Gesundheitsförderung und Prävention, Verfestigung der Bürgerbeteiligung, Aufbau einer Struktur zur Entwicklung von gemeinsamen Strategien

Wie geht es weiter?

Aus den Befragungsergebnissen werden mit Beteiligung der KGK-Geschäftsstellen Handlungsempfehlungen zu Qualitätsentwicklung abgeleitet und veröffentlicht. Im Zusammenhang mit der neuen gesetzlichen Regelung zur verbindlichen Einrichtung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen (§ 5, Landesgesundheitsgesetz-LGG) können die erhobenen Erkenntnisse zum Stand der Qualitätsentwicklung in den KGK für die fachlich-strukturelle Weiterentwicklung genutzt werden.



Landesprüfungsamt richtet „Welcome Center“ ein

Simon Christenson, Ref. 92

Das „Welcome Center“ ist zentrale Anlaufstelle für Beratung und Information über die Anerkennung von Berufsqualifizierungen von ausländischen Antragstellern.

Im Rahmen einer durchgeführten Prozessoptimierung entstand die Idee, innerhalb der Anerkennungen ausländischer Berufsqualifikationen in den Gesundheitsfach- und Sozialberufen eine „Erst-anlaufstelle“ einzurichten. Die Flüchtlingskrise, der demographische Wandel und der sich abzeichnende Fachkräftemangel rücken das Thema auch der beruflichen Integration ausländischer Antragsteller zunehmend in den Mittelpunkt auch der politischen Diskussion. Politik, Wirtschaft und Verbände wollen ausländische Fachkräfte und junge Asylbewerber immer schneller in Arbeit und Ausbildung vermitteln, da viele Unternehmen, Krankenhäuser, Kliniken und Pflegeeinrichtungen schon heute auf ausländische Fachkräfte angewiesen sind. Durch die neue landesweite Zuständigkeit des Regierungspräsidiums Stuttgart seit Oktober 2014 haben sich die Antragszahlen mehr als verdoppelt. So gingen allein bei der Anerkennung der Gesundheits- und Krankenpfleger im vergangenen Jahr mehr als 2 500 Anträge ein. Die Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt möchte die Zufriedenheit der Antragsteller auch in diesem Bereich erhöhen. Aus diesem Grund wurde ein „Welcome Center“ eingerichtet, das allerdings zunächst mit (nur) einer Stelle besetzt ist.

Hierbei sollen keine entscheidungserheblichen Sachverhalte geklärt und keine eigenen inhaltlichen Bearbeitungsschritte erfolgen. Vielmehr sollen die Antragsteller telefonisch wie auch bei persönlichen Vorsprachen hinsichtlich des notwendigen Antragsverfahrens aufgeklärt und beraten werden. Die Antragsteller erhalten dabei insbesondere allgemeine und erklärende Auskünfte zu den vorzulegenden Dokumenten und Unterlagen.

Der Mitarbeiter des Welcome Centers wird durch regelmäßige und fachliche Informationen aus dem zuständigen Referat geschult. Zu den weiteren Aufgaben des Welcome Centers gehört die Unterstützung der Sachbearbeiter, welche die Anerkennungsverfahren für ausländische Ärzte und Pflegekräfte durchführen, z. B. durch Übernahme weiterer Aufgaben:

- Elektronische Erfassung der Vorgänge in Supra
- Prüfen der Anträge auf Vollständigkeit
- Nachforderung von Unterlagen
- Kundeninformation per Telefon, per E-Mail und per Post
- Weiterleitung von Anträgen an die Registratur
- Recherche nach Akten, Aktenteilen und Vorgängen
- Verteilen von Faxen und E-Mails an den zuständigen Sachbearbeiter

Durch die zentrale Ansprechstelle werden die zuständigen Sachbearbeiter durch die Beratungsfunktion entlastet und können sich verstärkt ihren eigentlichen Aufgaben zuwenden.

Durch ein eigenes Terminmanagement auf zentraler Ebene des Referats stellt das Welcome Center die Anwesenheit der zuständigen Sachbearbeiter bei den vereinbarten Terminen sicher.

Unterstützt wird das Welcome Center durch Infolyer für Antragsteller in mehreren Sprachen. Auch sind zusammen mit der Arbeitsverwaltung Informationsveranstaltungen geplant.

(Mehr zur Arbeit des Landesprüfungsamtes für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen auf den Seiten 101 ff.)



Qualitätssicherung



Was Neues war schon länger fällig! Relaunch des Internetauftritts www.gesundheitsamt-bw.de

Barbara Hainzinger, Ref. 91

Den Internetauftritt www.gesundheitsamt-bw.de des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) als fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Baden-Württemberg benutzerfreundlicher gestalten – das war das Ziel des Relaunchs, also der kompletten strukturellen, inhaltlichen und gestalterischen Überarbeitung.

Die Technik der neuen Medien entwickelt sich rasant weiter. Vor diesem Hintergrund bringt das LGA seit September 2013 im Rahmen eines Projekts seinen Internetauftritt auf einen neuen und aktuellen Stand. Mit dem Versionswechsel des Content Management Systems (CMS) auf SharePoint 2010 eröffneten sich zudem neue Möglichkeiten.

Mit annähernd 3 000 Klicks pro Tag ist der Internetauftritt in der Fach- und auch allgemeinen Öffentlichkeit eine etablierte Informationsquelle mit Potential. Um die Benutzerfreundlichkeit zu steigern, wurden die ehemals ca. 1 200 Seiten neu strukturiert und mit einem neuen Navigations- und Bildkonzept optisch übersichtlicher gestaltet.

Dem neuen Landesstyleguide folgend – den Wiedererkennungswert steigern

Der neue Styleguide für alle Internetauftritte der Landesverwaltung in Baden-Württemberg beinhaltet neben einer Vereinheitlichung der Grundstruktur auch ein Unterscheidungsgebot: Sprich, jedem Unterauftritt im nachgeordneten Bereich der Ministerien wird ein gewisser eigener Wiedererkennungswert ermöglicht.

Dies wird durch eine einprägsame Farbgebung und eine Navigation erreicht, die sich dabei auf große anklickbare Bilder, sog. Kacheln, stützt. Diese sind bestens geeignet für die Darstellung auf mobilen Geräten; denn sie rutschen ggf. untereinander, ohne verzerrt zu werden. Außerdem wurden die fachlichen Inhalte neu strukturiert, die sich mehr am Nutzerverhalten und nicht an der Organisationsstruktur des LGA orientiert. Kürzere Texte erleichtern das Lesen, vertiefende Informationen werden in einer flacheren Gliederungstiefe abgebildet. Um umfangreiche Inhalte zugänglich zu machen, wurde das bisherige Download-Angebot von Dokumenten ausgebaut.

Nutzerinteressen in den Vordergrund rückend – mehr Übersichtlichkeit schaffen

Nach der Auswertung der Zugriffsdaten auf die LGA-Seiten haben sich neue Hauptnavigationen ergeben: Themen, Lebenslagen + Lebenswelten (noch im Aufbau), Fachinformationen (Fachpublikationen + Infodienste, Veranstaltungsdokumentationen), Kom-

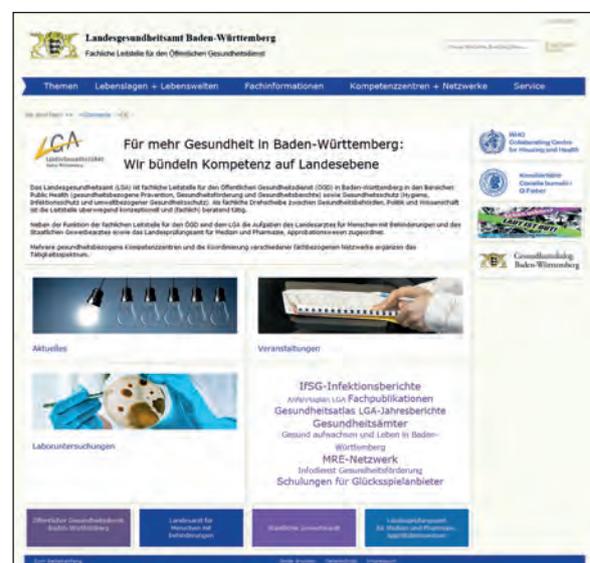
petenzzentren + Netzwerke sowie Service (u. a. mit Kontaktdaten zu den Gesundheitsämtern und Stellenangeboten). Die Unterseiten sind mit einer Navigationsleiste weiter übersichtlich gegliedert und bei Bedarf untereinander verlinkt. Besonders oft angeklickte Unterseiten haben ihren Platz in einer „Wolke“ auf der Startseite gefunden, z. B. die wöchentlichen IfSG-Infektionsberichte, Fachpublikationen, Erreichbarkeit der Gesundheitsämter, MRE-Netzwerk. Die Themenbereiche „Aktuelles“, „Veranstaltungen“ und „Laboruntersuchungen“ sind als Flaggschiffe der Leitstellenarbeit des LGA durch Kacheln auf der Startseite klar positioniert.

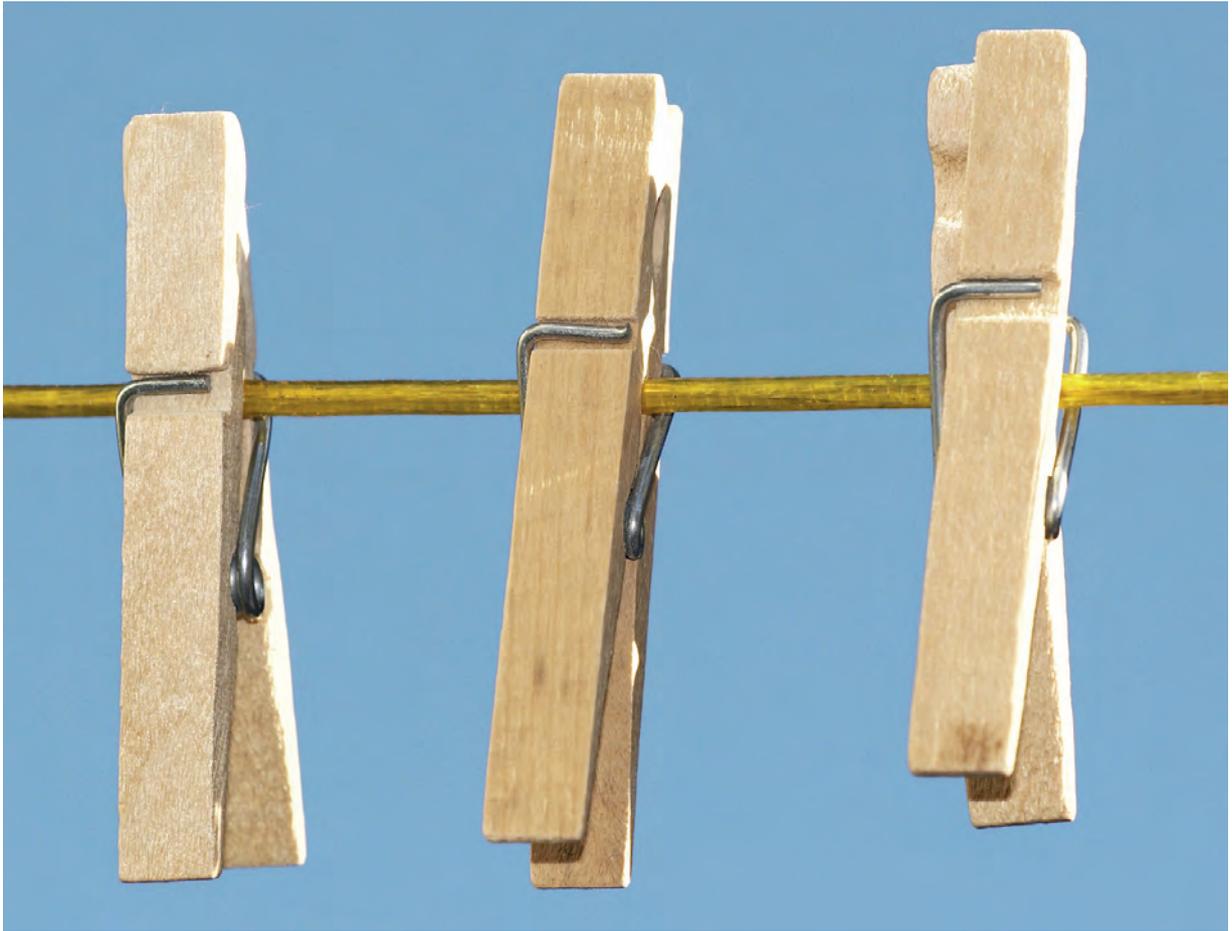
Verbesserte Suche – Webcode – Mehrsprachigkeit

Eine wesentlich verbesserte Suchfunktion trägt dazu bei, Fachinformationen und Veröffentlichungen leichter zu finden. Webcodes (Buchstaben- und Zahlenfolge), die im Suche-Feld einfach eingegeben werden können, werden künftig lange Seiten-URLs für ausgewählte Webseiten in Publikationen ersetzen. Die Mehrsprachigkeit für einzelne Themenbereiche wie z. B. das WHO Collaborating Centre for Housing and Health wird über Sprachwahlschalter hergestellt.

Immer im Wandel – und mit der Zeit

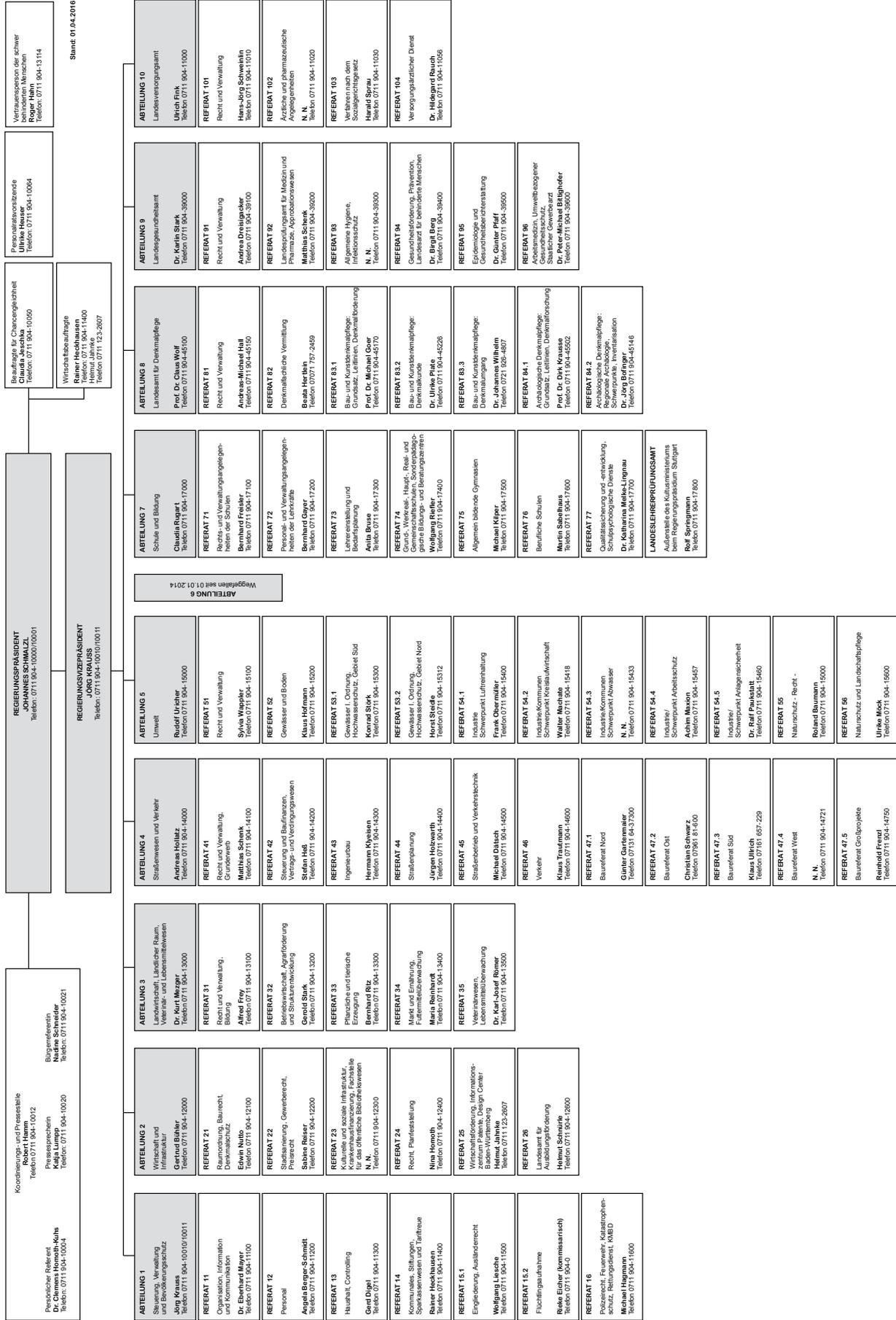
Der LGA-Internetauftritt wird durch ein zentrales Redaktionsteam laufend aktualisiert. Als Fachauftritt für den ÖGD wird der geschützte Bereich, d. h. nur über einen „Login“ zugängliche Seiten, in Zukunft erweitert und ausgebaut.





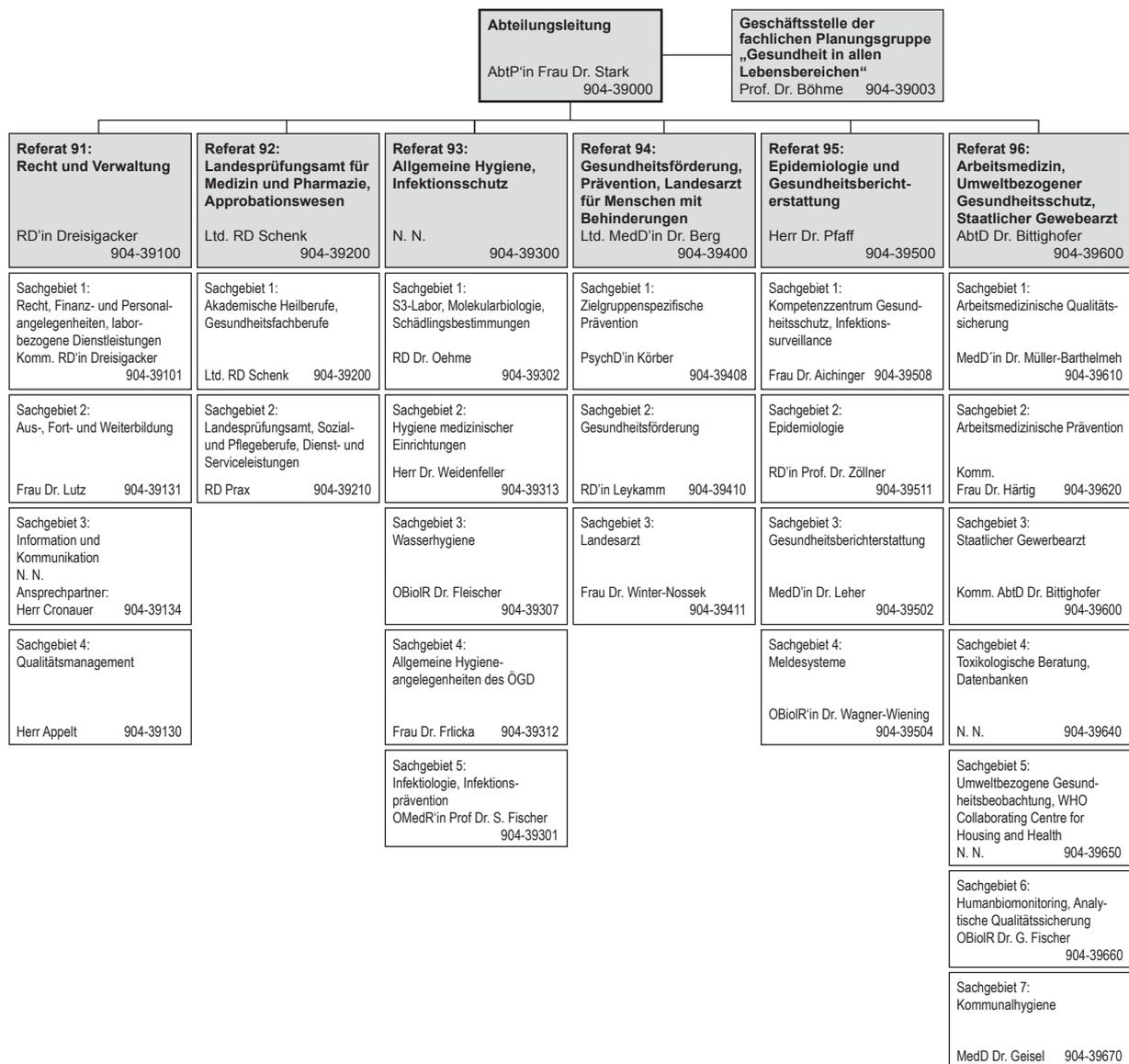
Anhang

Organisationspläne



Organisationsplan der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart

Stand: 01.05.2016



Aufgaben der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt im Überblick



Abteilungsleitung

Seit Inkrafttreten des Verwaltungsstruktur-Reformgesetzes 2005 ist das vormals als eigenständige Fachbehörde im Geschäftsbereich des SM angesiedelte LGA als Abteilung 9 in das Regierungspräsidium Stuttgart (RPS) eingegliedert. Die fachlichen Aufgaben sind dabei in vollem Umfang erhalten geblieben. Auch im RPS werden die Aufgaben der fachlichen Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg in der Rechtsform eines Landesbetriebs gemäß § 26 LHO weitergeführt.

Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe „Gesundheit in allen Lebensbereichen“

Der Zukunftsplan Gesundheit beschreibt die Aktivitäten der Landesregierung zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg. Fachliche Grundlage bildet die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – Gesundheit in allen Lebensbereichen. Zur begleitenden fachlichen Unterstützung der weiteren Umsetzung dieser Aktivitäten wurde im LGA Ende 2009 die Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe „Gesundheit in allen Lebensbereichen“ geschaffen.

In der Geschäftsstelle sind einzelne Aufgaben angesiedelt, insbesondere

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

Die Geschäftsstelle ist der Abteilungsleitung direkt zugeordnet.

Ansprechpartner

Abteilungsleitung

Dr. Karlin Stark, Abteilungspräsidentin
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 Bündelungsfunktionen 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,
- Lehr- und Prüfungstätigkeiten,
- 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 Analysesysteme 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, insbesondere durch das Dokumentenmanagement und interne Audits
- Unterstützung der abteilungsinternen Steuerung durch
 - Aktualisierung und Weiterentwicklung des Produktplans und die
 - Gesamtedaktion des Jahresarbeitsplans
- Abteilungsbezogene, referatsübergreifende fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit durch
 - 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.) Andrea Dreisigacker
Tel. 0711 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

Matthias Schenk
Tel. 0711 904-39200
matthias.schenk@rps.bwl.de

SG 1: Akademische Heilberufe, Gesundheitsfachberufe

Matthias Schenk
Tel. 0711 904-39200
matthias.schenk@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 der Hygiene und des Infektionsschutzes sowie zuständiges Gesundheitsamt für die vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg.

Der Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Baden-Württemberg ist eine zentrale Aufgabe des Referates. 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 Bevölkerungsteile beschleunigt wird, erfordert zum Teil ein schnelles Handeln durch Behörden, zudem auch vektorübertragene Zoonosen aufgrund des Klimawandels auch in Deutschland immer mehr an Be-

deutung gewinnen. Um für eine mögliche Ausbreitung bzw. importierte Einzelfälle durch infizierte Reisende wie z. B. jetzt aktuell Infektionen durch das Zika-Virus vorbereitet zu sein, sind verschiedene Maßnahmen notwendig, zu der auch die rasche Diagnostik und damit die Etablierung der entsprechenden molekularbiologischen Untersuchungsmethoden ggf. im S3-Labor gehört.

Die Aufgaben des Referats erstrecken sich vor allem auf die

- fachliche Beratung von Ministerien (insbesondere des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg), der Regierungspräsidien, Gesundheitsämter und anderer Behörden und Verbände im Bereich des Gesundheitsschutzes. Die Anfragen betreffen nicht nur die Themenbereiche Wasserhygiene, Hygiene in medizinischen Einrichtungen sowie lebensmittelbedingte Gruppenerkrankungen, sondern im Bereich Infektiologie auch die Beratung 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 erfasst und bewertet werden. Darüberhinaus gibt das Q-Fieber-Konsiliarlabor zudem deutschlandweit Antwort auf Fragen zu schwierige Fällen im Zusammenhang mit einer Q-Fieberinfektion.
- Entwicklung von Konzepten und Strategien zur Prävention und Reduktion von Infektionskrankheiten der Bevölkerung in Baden-Württemberg, z. B. durch die Etablierung des MRE-Netzwerks Baden-Württemberg, bei dem das Referat eine koordinierende Funktion der dezentralen Netzwerke inne hat und diese durch fachspezifische Vorträge fortbildet. Außerdem werden in diesem Zusammenhang auch mit den am Netzwerk Beteiligten abgestimmte Merkblätter für verschiedene Zielgruppen erarbeitet.
- Bakteriologische, infektionsserologische, parasitologische und molekularbiologische Untersuchungen im Laborbereich, die insbesondere Public Health-Fragestellungen bearbeiten und damit einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitsschutz für die Bevölkerung von Baden-Württemberg liefern.
- Erstellung von Publikationen, Teilnahme an Fachkongressen, Mitarbeit in Ausschüssen und fachlichen Gremien, die sich mit wichtigen Aspekten auch für den Gesundheitsschutz in Baden-Württemberg befassen,
- Ausrichtung von eigenen 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

Das Sachgebiet umfasst so unterschiedliche Bereiche wie

- das Mitwirken bei der Risikobewertung von bioterroristischen Erregern, wozu auch die Etablierung entsprechender Untersuchungsmethoden im S3-Labor gehört, und die Teilnahme am bundesweiten Netzwerk derjenigen Landesinstitute, die sich mit gleichen oder ähnlichen Fragestellungen beschäftigen,
- die Entwicklung fachlicher Konzepte für Krisensituationen,
- Stellungnahmen und Beratung zu vektorübertragenen Erkrankungen, insbesondere auch zu den Erkrankungen, die im Zusammenhang mit dem Klimawandel an Bedeutung gewinnen könnten,
- das Labor Molekularbiologie als Servicelabor für den gesamten Laborbereich im Referat 93 zur molekularbiologischen Identifizierung kultivierter Mikroorganismen und zur schnellen Diagnostik bei Ausbrüchen insbesondere im Epidemie- oder ggf. im Pandemiefall,
- Schädlingsbestimmungen, um eine Bekämpfung mit geeigneten Mitteln zu ermöglichen

SG 2: Hygiene medizinischer Einrichtungen

- Prävention und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionserregern in medizinischen Einrichtungen durch Förderung der Hygiene, insbesondere in der Alten- und Langzeitpflege, in Rehabilitationskliniken, Einrichtungen der Kurbetriebe, Arztpraxen usw. durch Beratung, Empfehlungen und Bewertung des Hygienemanagements in Kooperation mit Einrichtungen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens
- Etablierung des MRE-Netzwerks Baden-Württemberg, Erstellung von Merkblättern und Leitlinien zur Umsetzung der Krankenhaushygieneverordnung Baden-Württemberg, Erhebung und Auswertung von Daten zur Verbesserung der Strukturqualität in medizinischen Einrichtungen

SG 3: Wasserhygiene

Schutz der Bevölkerung vor wasserbedingten Krankheiten durch Überwachen der Qualität

- des Trinkwassers (insbesondere der vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg) gemäß Trinkwasserverordnung,
- der Badegewässer (entsprechend der EU-Richtlinie),

- von Badebeckenwasser in allen öffentlichen Einrichtungen,
- von Trinkwasserinstallationssystemen,
- durch mikrobiologische, virologische und parasitologische Untersuchungen und deren gesundheitliche Bewertung.

SG 4: Allgemeine Hygieneangelegenheiten des ÖGD

In diesem Sachgebiet liegt der Schwerpunkt auf

- der Erfassung lebensmittelbedingter Gruppenerkrankungen, aber auch auf der Beratung zur Eindämmung oder Prävention solcher Erkrankungen; Zielgruppe sind die Gesundheitsämter. Im Rahmen der Aufklärung gibt es eine enge Zusammenarbeit mit den Chemisch-Veterinärmedizinischen Untersuchungsämtern (CVUA) in Baden-Württemberg.
- Untersuchungen zu Kontaktpersonen bei Tuberkuloseerkrankungen mittels mikrobiologischer und/oder molekularbiologischer sowie infektionsserologischer Methoden.
- Bakteriologische Diagnostik von humanen Proben aus Justizvollzugsanstalten.

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. FSME, Borreliose, 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 serologische, molekularbiologische und parasitologische Untersuchungen, auch im Rahmen der anonymen HIV/STI-Sprechstunden der Gesundheitsämter,
- der Ätiologie von Q-Fieber-Erkrankungen. Das Q-Fieber-Konsiliarlabor steht bei Ausbrüchen dem ÖGD im Rahmen eines Ausbruchsgeschehens beratend zur Seite.

Ansprechpartner

Referatsleitung

N. N.

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 904-39300
doris.reick@rps.bwl.de

SG 4: Allgemeine Hygieneangelegenheiten des ÖGD

Dr. Michaela Fricka
Tel. 0711 904-39312
gerda.klittich@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 der fachlichen Leitstelle für den ÖGD in den Public Health-Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie des Landesarztes für Menschen mit Behinderungen nach § 62 Sozialgesetzbuch (SGB) IX für den Public-Health-Bereich Behinderung und Inklusion. Gesundheitsförderung fragt nach Inhalten und Strukturen, die beitragen, Menschen gesund zu erhalten. Im Mittelpunkt der zielgruppenspezifischen Prävention steht vor allem die Verminderung von Risikofaktoren für Personen in besonderen Lebenslagen. Kern der Aufgabe des Landesarztes ist die verbesserte inklusive Berücksichtigung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen individuellen Bedarfslagen

von Menschen mit Behinderungen in der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung.

Zu den Aufgaben gehören insbesondere

- die fachliche Beratung des SM und anderer Landesministerien, der Landrats- und Bürgermeisterämter sowie weiterer Behörden und Institutionen bei Fragestellungen zu den drei Themenbereichen,
- der Medizinische Bereich der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg, der in Abstimmung mit dem Pädagogischen Bereich der Überregionalen Arbeitsstelle sowie dem Sozial- und Kultusministerium an der Umsetzung der Rahmenkonzeption Frühförderung Baden-Württemberg, der Landesrahmenvereinbarung Frühförderung Baden-Württemberg, der fachlichen Weiterentwicklung des interdisziplinären Systems der Frühförderung, dem Fachaustausch der Fachkräfte in der Frühförderung und der niedrigschwelligen inklusiven Gestaltung der Lebenswelten von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten und Behinderungen im Vorschulalter mitwirkt,
- die Entwicklung von fachlichen Konzepten und Strategien in aktuellen Schwerpunktbereichen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, einschließlich Gesundheitsplanung und sektorenübergreifende Versorgung, gesundheitliche Teilhabe, Zugangsverbesserung und Netzbildung im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung, der Gesundheitsstrategie und des Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg. Zu berücksichtigen sind dabei inklusive Vorgehensweisen mit Bezug auf den Landesinklusionsplan, um Menschen mit Behinderungen aller Altersgruppen gleichberechtigte niedrigschwellige gesundheitliche und soziale Teilhabe zu ermöglichen.
- die fachliche Koordinierung der Umsetzung der nationalen und Landesgesundheitsziele Gesund Aufwachsen und Gesund Älter werden,
- die Impulsgebung, Begleitung und Koordination von Qualitätsentwicklung,
- die landesweite Koordinierung von Maßnahmen und Projekten in der Suchtprävention unter besonderer Berücksichtigung der nationalen Gesundheitsziele „Tabakkonsum reduzieren“ und „Alkoholkonsum reduzieren“,
- Anlaufstelle für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) auf überregionaler und Landesebene zu sein 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
- Vielfalt und Gesundheit
- Suchtprävention

SG 2: Gesundheitsförderung

Arbeitsschwerpunkte:

- Verbesserung soziallagenbezogener gesundheitlicher Teilhabe insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Älteren mit Bezug auf die beiden zugehörigen nationalen und Landesgesundheitsziele
- Fachliche Begleitung beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung von Netzwerken zur Gesundheitsförderung und Kommunalen Gesundheitskonferenzen, ebenso des Gesundheitsdialogs und der Gesundheitsplanung
- Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

SG 3: Landesarzt

Arbeitsschwerpunkte:

- Weiterentwicklung des Systems der Interdisziplinären Frühförderung in Baden-Württemberg
- Beratung von Landesbehörden und weiteren Institutionen zu Behinderungen, Inklusion, Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen aus medizinischer Sicht gemäß § 62 SGB IX, Landesinklusionsplan und Landesgleichstellungsgesetz, insbesondere zu Planungen und Bedarfslagen
- Beratung zu Eingliederungshilfe und Landesblindenhilfe in besonders schwierigen Einzelfällen gemäß § 62 SGB IX und unter Berücksichtigung des Landesinklusionsplans

Ansprechpartner

Referatsleiterin

Dr. Birgit Berg
Tel. 0711 904-39400
birgit.berg@rps.bwl.de

SG 1: Zielgruppenspezifische Prävention

Johanna Körber
Tel. 0711 904-39408
johanna.koerber@rps.bwl.de

SG 2: Gesundheitsförderung

Barbara Leykamm
Tel. 0711 904-39410
barbara.leykamm@rps.bwl.de

SG 3: Landesarzt

Dr. Anette Winter-Nossek
Tel. 0711 904-39411
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

Dr. Elisabeth Aichinger
Tel. 0711 904-39508
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 Beratung der Gesundheitsämter und anderer Behörden zu umwelttoxikologischen und -medizinischen Fragen. Daneben

werden Projekte durchgeführt, gegenwärtig der zweite Teil einer Kohortenstudie an 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 Themenseiten auf der Homepage des ÖGD.

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

- betreut den Internetauftritt „www.infektionsfrei.de“,
- wirkt am Kompetenznetzwerk Arbeitspsychologie der staatlichen Gewerbeaufsicht bei der Beratung der Betriebe zu den Themen „psychische Belastung und Fehlbelastungen am Arbeitsplatz“ mit.

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 (UmlInfo) als Informations- und Kommunikationsplattform für den ÖGD (ÖGD-Intranet),
- Mitarbeit an der Datenbank „Noxen-Informationssystem“ für den ÖGD sowie im Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz.

SG 5: Umweltbezogene Gesundheitsbeobachtung

Das Sachgebiet befasst sich mit

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

SG 6: Humanbiomonitoring, Analytische Qualitätssicherung

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

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

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, Unterbringung von Asylbewerbern),
- 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

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

SG 4: Toxikologische Beratung, Datenbanken

N. N.

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

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

Maja Adam, Jens Fleischer, Silke Fischer, Michaela Frlicka, Elke Göhring-Zwacka, Astrid Kirch, Rainer Oehme, Ref. 93; Guido Fischer, Ref. 96; Matthias Appelt, Ralf Cronauer, Ref. 91



Überwachungsaudit im Jahr 2015 der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) im Laborbereich des LGA

Der Laborbereich des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) arbeitet nach neuesten Untersuchungsmethoden und -standards in den Bereichen Bakteriologie, Infektionsserologie, Molekularbiologie sowie Mykologie. Aufgrund seiner epidemiologischen Aufgabenstellungen werden Veränderungen im infektiologischen Bereich (z. B. Veränderungen im Resistenzmuster oder Auftreten neuer Spezies und Subspezies) beobachtet sowie mit Hilfe von molekularbiologischen Verfahren Infektketten verfolgt und aufgeklärt. 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.

Übersicht

Wasserhygiene	65
Hygieneangelegenheiten des ÖGD	70
Infektiologie, Infektionsprävention	72
S3-Labor, Molekularbiologie und Schädlingsbestimmung	74
Medizinisch-chemische Analytik	75
Qualitätsmanagement	76

Dem Laborbereich ist seit 2009 auch ein Labor der Sicherheitsstufe 3 angegliedert. In diesem S3-Labor werden Untersuchungsmethoden zur schnellen Diagnostik von Erregern, die bei biologischen Gefahrenlagen von Bedeutung sind, etabliert wie z. B. der Nachweis auf das Zika-Virus oder in der Vergangenheit die Influenzaviren H1N1, H5N1.

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

Die Untersuchungen im Labor Medizinisch-chemische Analytik dienen dem Monitoring von Gesundheit und Umwelt in Baden-Württemberg und sind eine Grundlage für Risikoeinschätzungen umweltbedingter Erkrankungen. Darüber hinaus werden Untersuchungen zur Allergieprävalenz in der Bevölkerung sowie Feinstaubmessungen und Untersuchungen zur Beurteilung von Schimmelpilzbelastungen infolge von Feuchteschäden in öffentlichen Einrichtungen Baden-Württembergs durchgeführt.

Der Laborbereich ist durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) im humanmedizinischen Teil nach DIN EN ISO 15189:2014 und im gesundheitlichen Verbraucherschutz (Wasserhygiene einschließlich Probenahme Trinkwasser, Mykologie und Feinstaubmessungen /-prüfungen) nach DIN EN ISO /IEC 17025:2005 akkreditiert.

Wasserhygiene

Das Sachgebiet „Wasserhygiene“ ist mit seinem Labor in die Liste der anerkannten Labore zur Untersuchung von Trinkwasser nach der Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001) des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum aufgenommen. Das Untersuchungsspektrum umfasst neben Trinkwasser einschließlich Legionellen auch die mikrobiologische Analytik von Schwimm- und Badebeckenwasser sowie von Oberflächenwasser und EU-Badegewässern gemäß nationaler oder europäischer Richtlinien und Sonderuntersuchungen zu speziellen Fragestellungen, wie z. B. Viren oder Parasiten.

Das LGA ist seit Inkrafttreten der Zuständigkeits-VO TrinkwV 2001 vom 31.03.2005 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 im Jahr 2015 im Wasserlabor 10 963 Wasserproben untersucht, aus denen 37 364 Einzelparameter bestimmt wurden.

Trinkwasseruntersuchungen

Insgesamt wurden im Jahr 2015 im LGA 4 400 Trinkwasserproben gemäß TrinkwV (2001) untersucht. Davon entfielen 3 036 auf die Fernwasserversorgungen, 365 auf Ortswasserversorgungen, 41 auf Einzelwasserversorger und 958 Proben auf sonstige Einsender; hierzu zählen vermehrt Wässer aus Hausinstallationen oder Dentaleinheiten in Zahnarztpraxen (Anlage 2). Insgesamt wurden 126 Proben beanstandet; die Beanstandungsrate lag damit insgesamt bei 3,4 % (ohne Rohwässer). Die Fernwasserversorger zeigten hierbei eine Beanstandungsquote von 0,7 %, die Ortswasserversorgungen verzeichneten 14,4 % und die Übrigen durchschnittlich 5,6 % Beanstandungen für die eingesandten Proben. Die Einzelwasserversorger verzeichneten mit 39,5 % die meisten Beanstandungen (Anlage 3).

Hinweis: Die teilweise hohen Beanstandungsraten aus den Trinkwasseruntersuchungen des LGA ergeben sich aus vielfach unterschiedlichen Stichprobengrößen oder auch aus Wiederholungsproben, bzw. Mehrfachuntersuchungen einer Entnahmestelle.

Sie sind also nicht repräsentativ für die allgemeine Trinkwasserqualität in Baden-Württemberg. Sehr gut schneiden die Fernwasserversorger ab, mit einer nahezu konstanten Beanstandungsrate von < 1 %.

Untersuchungen von Schwimm- und Badebeckenwasser

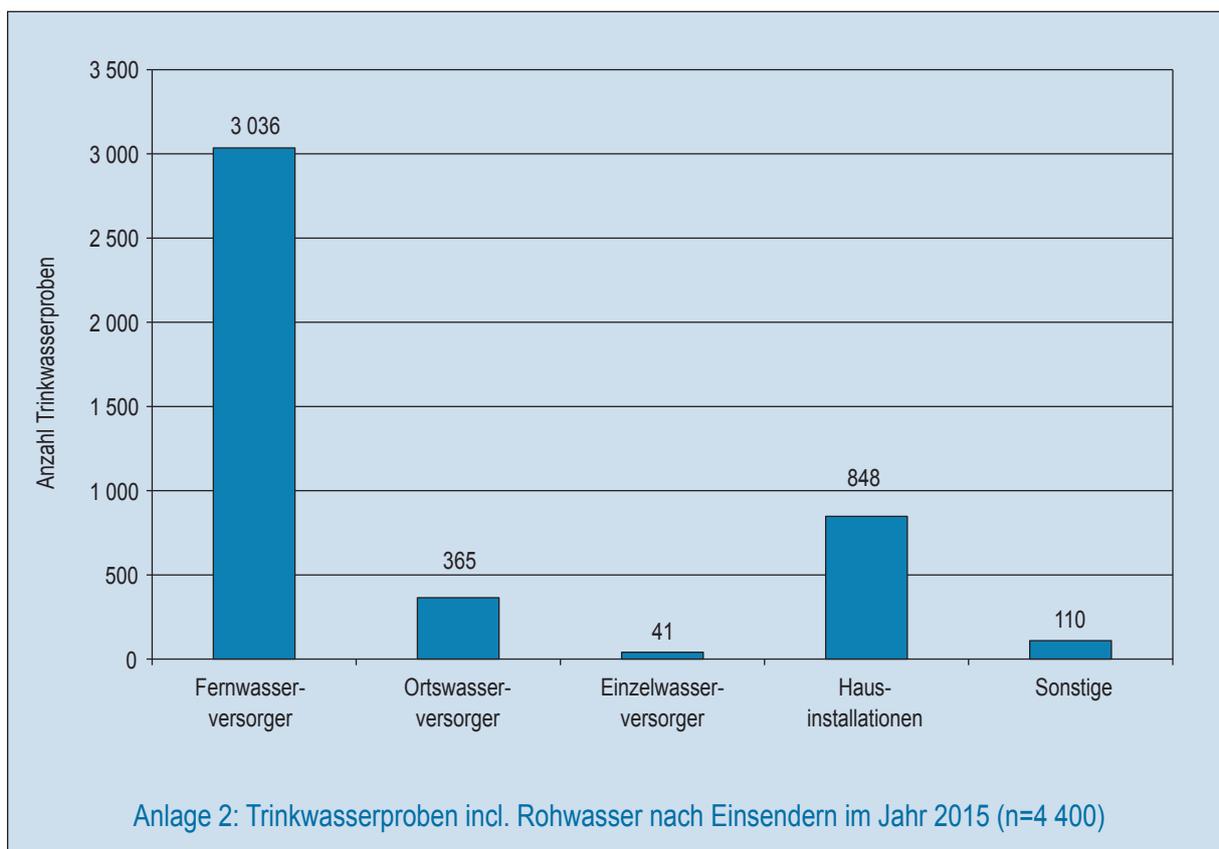
Im Jahr 2015 wurden dem LGA 2 192 Proben aus öffentlichen Bädern durch die Gesundheitsämter überbracht und gemäß UBA-Empfehlung und DIN 19643 untersucht. Hierzu zählen z. B. Frei- und Freizeitbäder, Hallenbäder und Thermalbäder sowie Bäder in Krankenhäusern und Schulen, Hotelbäder und Privatbäder. Untersucht wurden die Koloniezahlen bei 36 °C, E. coli und Pseudomonaden in 100 ml Probe sowie Legionellen aus 1 ml Probe (Beckenwasser) bzw. 100 ml Probe (Filtrat). Insgesamt waren 193 Proben zu beanstanden; dies entspricht 8,8 % der untersuchten Proben (Anlagen 4 und 5). Die höchsten Beanstandungsraten verzeichneten Freizeitbäder mit 12,7 % Beanstandungen, gefolgt von Hallenbädern, Hotelbädern und Thermalbädern mit 11,7 %, 10,4 % bzw. 9,5 % Beanstandungen.

Untersuchung von EU-Badestellen und anderen Oberflächenwässern

Im Jahr 2015 wurden im LGA 2 370 Oberflächenwasserproben untersucht, wovon 2 187 von EU-Badestellen stammten. Zum Ende der Badesaison 2015 flossen entsprechend der Verordnung die Untersuchungsergebnisse aus vier Jahren in die Bewertung mit ein. Von den 315 offiziellen EU-Badestellen in Baden-Württemberg entsprachen demnach 306 (97,1 %) den Qualitätsbestimmungen der Richtlinie hinsichtlich der zwei ausschlaggebenden Kriterien: Belastung mit E. coli und Enterokokken. 278 (88,3 %) der Badestellen erfüllten sogar die Kriterien für eine Einstufung in die höchste Qualitätskategorie („Ausgezeichnet“). 25 Badestellen (7,9 %) wurden in die Kategorie „Gut“ eingestuft. Drei Badestellen (~1 %) erhielten die Bewertung „Ausreichend“. Drei Badestellen (~1 %) konnten die Anforderungen der Richtlinie nicht erfüllen und wurden daher mit „mangelhaft“ bewertet. (Anlage 6). Die aktuellen Daten zu den EU-Badestellen sind auch während der Badesaison neben weiteren Informationen rund um das naturnahe Baden auf folgender Website abrufbar: www.lubw.baden-wuerttemberg.de/servlet/is/12524.

Anlage 1: Wasseruntersuchungen – Gesamtübersicht 2015

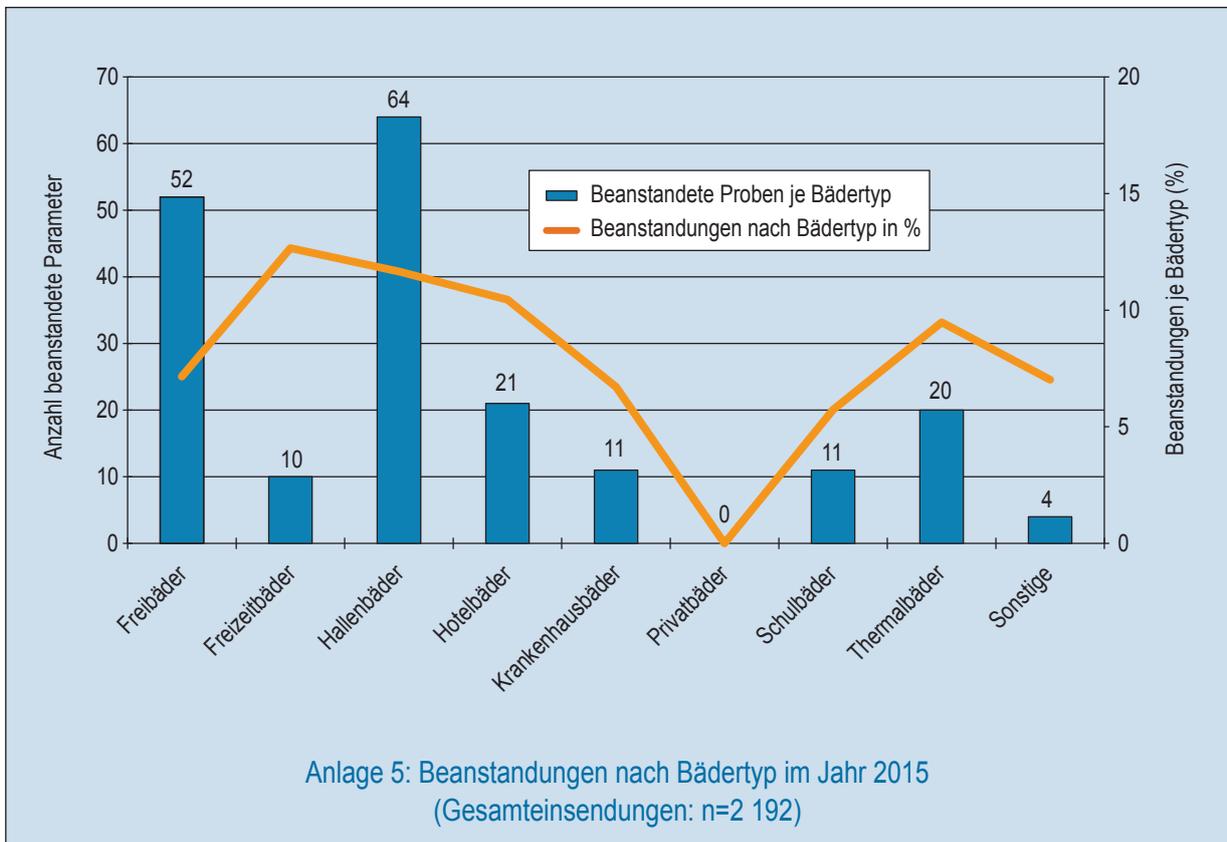
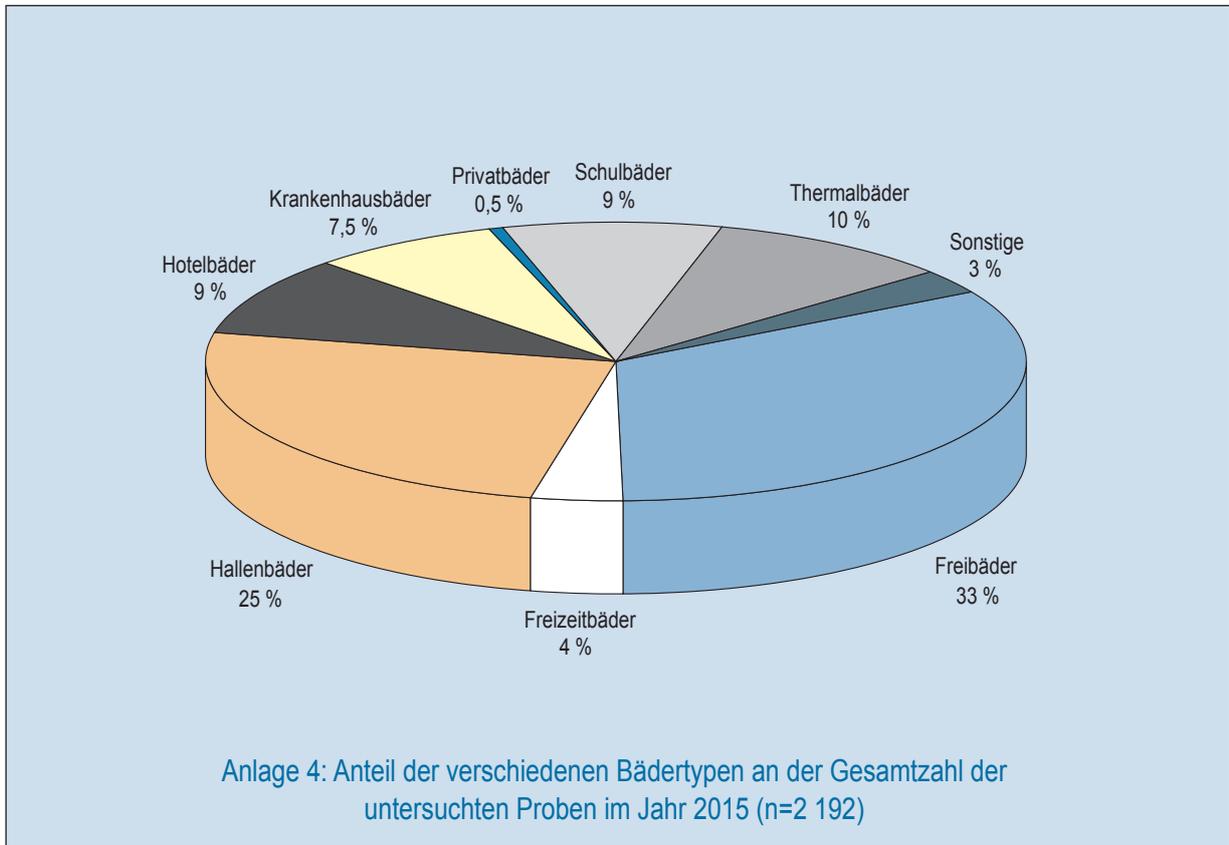
Probenmaterial	Probenanzahl
Trinkwasser insgesamt	6 401
Fernwasserversorgungen	3 036
Ortswasserversorgungen	365
Einzel-/Eigenwasserversorgungsanlagen	41
Hausinstallationen (Wasser aus Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, Dentaleinheiten oder raumluftechnischen Anlagen)	848
Sonstige Wasserproben	110
Erwärmtes Trinkwasser (Duschwasser o. Ä.)	2 001
Schwimm- und Badebeckenwässer, Betriebswässer insgesamt	2 192
Freibäder	727
Freizeitbäder	79
Hallenbäder	549
Hotelbäder	201
Krankenhausbäder	164
Privatbäder	12
Schulbäder	192
Thermalbäder	211
Sonstige Bäder	57
Oberflächenwässer und EU-Badegewässer insgesamt	2 370
Bodensee	595
Baggerseen	584
Flüsse	16
Naturseen	774
Stauseen	218
Kleinbadeteiche (keine EU-Badegewässer)	97
Sonstige Oberflächenwässer (keine EU-Badegewässer)	86
Darin enthaltene Sonderuntersuchungen zu Viren, Parasiten, Blaualgen usw. insgesamt	79
Viren	9
Bakteriophagen	7
Parasiten	7
Blaualgentoxine (Microcystine)	19
Blaualgen mikroskopisch	37
Proben insgesamt	10 963

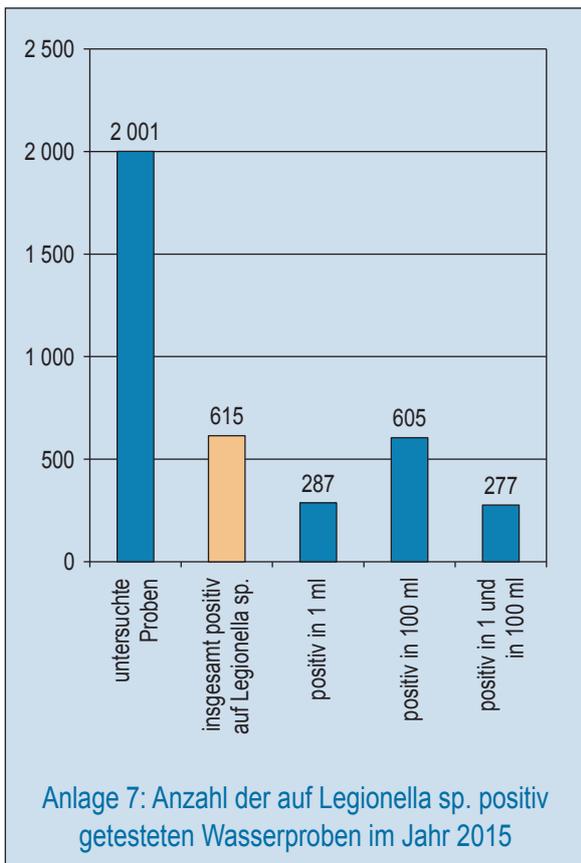
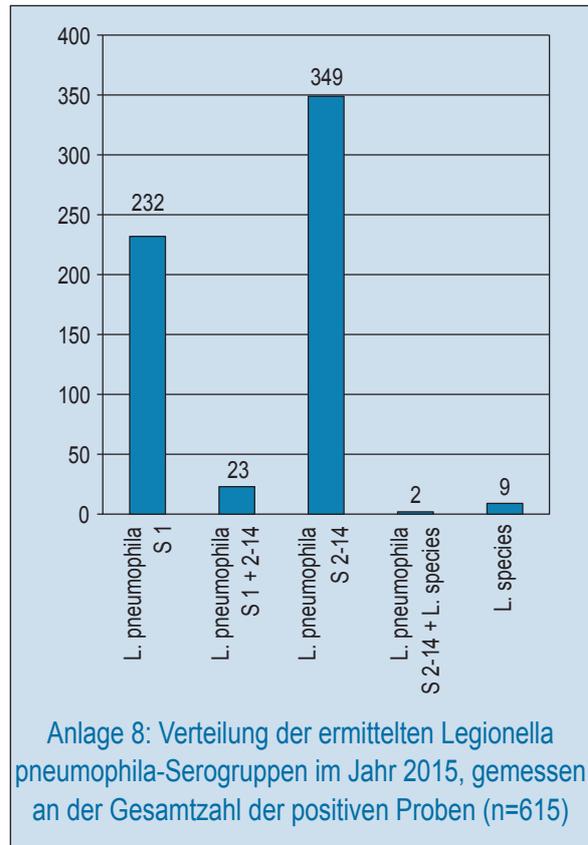
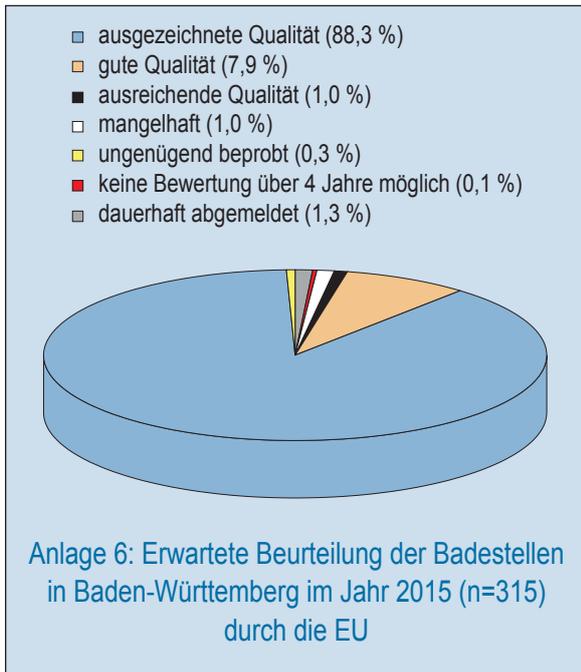


Anlage 3: Anzahl der eingesandten und davon beanstandeten Trinkwasserproben 2015 (ohne Rohwasser; n=3 742)

Einsender	Trinkwasserproben insgesamt	Trinkwasserproben ohne Rohwasser ¹	davon ¹ mit Beanstandungen	Anteil ¹ [%]
Fernwasserversorger	3 036	2 492	17	0,7
Ortswasserversorger	365	278	40	14,4
Einzelwasserversorger	41	38	15	39,5
Hausinstallationen	848	844	50	5,9
Sonstige	110	89	4	4,5
Summe	4 400	3 741	126	3,4

¹ Einsender, welche nicht unter die anderen Kategorien fallen





Untersuchung von Hausinstallationen auf Legionellen

Insgesamt wurden 2001 Proben aus Hausinstallationen auf Legionellen untersucht. In 287 Fällen (14,3 %) konnten in 1 ml Probe, in 605 Fällen (30,2 %) in 100 ml Probe Legionella sp. nachgewiesen werden (Anlage 7). Die Beanstandungsraten entsprechen damit weitestgehend den Ergebnissen aus den Vorjahren. Aus den positiv getesteten Wasserproben wurden in 232 Fällen Legionella pneumophila der Serogruppe 1 isoliert, in 349 Fällen Legionella pneumophila der Serogruppen 2-14, in 34 Fällen Gemenge der Serogruppen 1 und 2-14 sowie andere Legionella sp. (Anlage 8). Grundlage für die Beurteilung der Konzentrationen von Legionella sp. sind der in der TrinkwV festgelegte Maßnahmewert (> 100 KBE/100ml), die im DVGW- Arbeitsblatt W551 (April 2004) aufgeführten Bewertungen von Legionellenbefunden in Trinkwassererwärmungs- und Leitungsanlagen sowie die UBA-Empfehlungen von 2006 und 2015 zur Probenahme und zum Untersuchungsgang.

Sonderuntersuchungen

Aus den o. a. Routineproben wurden im Jahr 2015 insgesamt 79 Sonderuntersuchungen auf Viren, Phagen und Parasiten sowie auf spezielle Mikroorganismen, wie z. B. Blaualgen (Cyanobakterien) und deren Toxine, durchgeführt.

Hygieneangelegenheiten des ÖGD

Im Bereich Bakteriologie werden humane Proben auf bakterielle Erreger untersucht, wobei die eingesandten Stuhlproben nicht nur auf darmpathogene Bakterien, sondern auch auf darmpathogene Viren und Parasiten untersucht werden. Einsender waren überwiegend Gesundheitsämter und Justizvollzugsanstalten (JVAs). Darüber hinaus besteht eine Kooperation mit dem Chemischen und Veterinäruntersuchungsamt Stuttgart (CVUA S) zur Infektkettenaufklärung im Rahmen lebensmittelbedingter Gruppenerkrankungen.

Tuberkulose

Zu den Einsendern von Tuberkulose-Proben zählen Gesundheitsämter, JVAs und einige wenige Krankenhäuser.

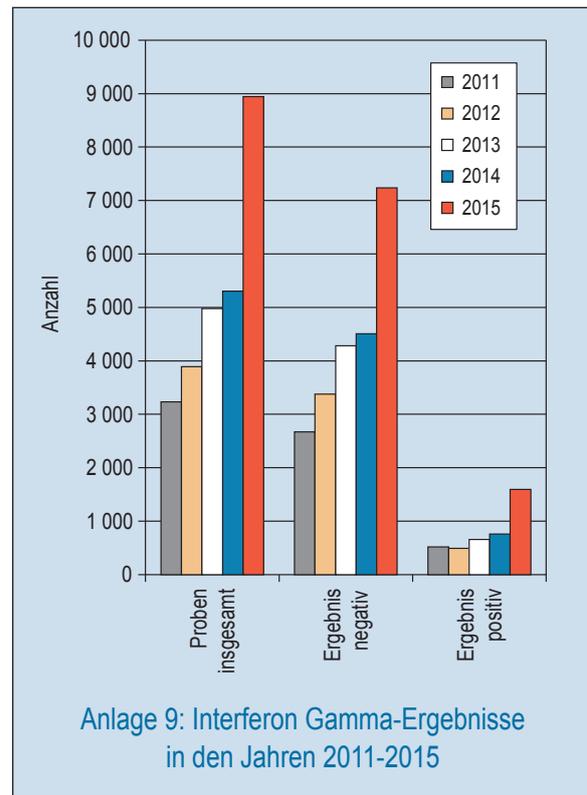
Im Jahr 2015 wurde 2 163 Proben (vorwiegend Sputum und Urin) kulturell untersucht. Bei 38 Kulturen konnte *Mycobacterium tuberculosis* angezüchtet werden. Diese Proben stammten von 19 verschiedenen Patienten. Die Mikroskopie dieser 38 Proben fiel in elf Fällen positiv aus. Die Resistenzbestimmungen erfolgten beim Nationalen Referenzzentrum (NRZ) in Borstel. Bei jeweils einer Probe konnte *M. africanum* sowie *M. bovis* nachgewiesen werden.

In 22 Fällen wurden Nichttuberkulöse Mykobakterien (NTM) identifiziert. Dabei handelte es sich um *M. gordonae* (11 x), *M. fortuitum* (4 x), *M. avium* (3 x), *M. intracellulare* und *M. hassiacum* (je 2 x) sowie *M. scrofulaceum* (1 x).

1 250 Proben wurden mittels *Mycobacterium tuberculosis*-Direkttest (Polymerase-Ketten-Reaktion [PCR]) untersucht. Dies sind 590 Untersuchungen mehr im Vergleich zum Vorjahr (660). Das Ergebnis des Direkttests war bei 23 Proben positiv; davon konnte bei elf Proben *Mycobacterium tuberculosis* kulturell angezüchtet werden. Ebenso waren in elf Proben mikroskopisch säurefeste Stäbchen nachweisbar.

Interferon-Gamma Test

Beim Interferon-Gamma-Test handelt es sich um einen indirekten Test zum Nachweis einer *Mycobacterium tuberculosis*-Infektion, wobei keine Unterscheidung



zwischen einer aktiven oder einer latenten Infektion möglich ist.

Im Jahr 2015 wurden im LGA 8 943 Blutproben auf Interferon-Gamma untersucht. Davon waren 1 592 (17,8 %) positiv und 7 236 (80,9 %) negativ. Bei 84 Patienten (0,9 %) war der Test nicht auswertbar. 31 Proben konnten aufgrund des zu geringen Serumüberstands nicht untersucht werden. Im Vergleich zum Vorjahr waren es 3 639 Proben mehr. In der Anlage 9 sind die untersuchten Interferon-Gamma-Proben von 2011 bis 2015 dargestellt.

Gastroenterologie

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

Seit Einführung des IfSG sind routinemäßige Kontrolluntersuchungen bei gesunden Personen, die im Lebensmittelbereich arbeiten, entfallen. Stuhluntersuchungen werden in diesem Bereich daher ausschließlich anlassbezogen bei nach IfSG gemeldeten Erkrankungsfällen (Diarrhoen) durchgeführt. Hierzu werden von den Gesundheitsämtern Kontroll- und Umgebungsuntersuchungen zur Abklärung von Gruppenerkrankungen im Rahmen der aktiven Surveillance (Ermittlungen nach § 25 IfSG) durchgeführt und die Stuhlproben zur Diagnostik an das LGA gesandt.

Darüber hinaus erhält das LGA von den Gesundheitsämtern Stuhlproben von Asylbewerbern aus außereuropäischen Ländern, die auf Parasiten zu untersuchen sind.

Bakterielle Enteritiserreger

Im Jahr 2015 wurden insgesamt 2 347 Stuhlproben bakteriologisch und virologisch untersucht. Bei den eingesandten Proben handelte es sich im Jahr 2015 – wie auch schon in den Jahren zuvor – am häufigsten um Untersuchungen auf Salmonellen (n=993). Insgesamt konnten Salmonellen in 181 Fällen nachgewiesen werden, wobei 28 verschiedene Salmonellen-Serovare isoliert wurden. Am häufigsten wurden monophasische B-Stämme (n=42) nachgewiesen, gefolgt von *S. Typhimurium* (n=18). Die *S. Enteritidis*-Isolierungen lagen im Jahr 2015 nicht an erster, sondern erst an dritter Stelle (n=22). Außerdem wurden *S. Virchow* (n=20), *S. Paratyphi A* (n=11), *S. Schwarzengrund* (n=10) und *S. Infantis* (n=6) häufiger nachgewiesen. Andere Serovare traten nur in wenigen Einzelfällen auf. Das Spektrum der seltenen Serovare ist von Jahr zu Jahr unterschiedlich. Mit 698 Proben waren im Jahr 2015 die Untersuchungen auf EHEC- (enterohämorrhagischer *E. coli*) bzw. EPEC (enteropathogener *E. coli*) im Vergleich zum Vorjahr (n=820) etwas zurückgegangen. Hiervon waren 190 Proben EHEC- und 49 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 Enteritis-Labor im Jahr 2015 von den Gesundheitsämtern 184 Gruppenerkrankungen mit gastroenteritischen Symptomen gemeldet, jedoch nur von 176 auch Stuhlproben zur mikrobiologischen und virologischen Untersuchung eingesandt.

Die 176 untersuchten Gruppenerkrankungen waren vorwiegend durch Noroviren (56,8 %) verursacht, gefolgt von Rotaviren (12,5 %). Adenoviren konnten bei drei Gruppenerkrankungen nachgewiesen werden, Astroviren, *Salmonella species*, *Bacillus cereus* und *S. aureus* waren bei je zwei Gruppenerkrankungen und Enteroviren, *Clostridium perfringens*, *Campylobacter jejuni* und EHEC bei je einer Gruppenerkrankung die Ursache. In 22,2 % der Fälle konnte kein Erreger nachgewiesen werden, weil entweder die Probenahme zu spät erfolgte bzw. die Proben dem LGA zu spät übermittelt wurden oder der eingereichte Untersuchungsauftrag den verursachenden Erreger nicht einschloss.

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 einer durch Noroviren hervorgerufenen Gruppenerkrankung wurden im Jahre 2015 die Norovirus-Isolate der Küchenmitarbeiter und die der Erkrankten zur Abklärung der Infektkette mittels Gensequenzierung

Anlage 10: Infektionsorte, Zahl der Gruppenerkrankungen und Infektionserreger im Jahr 2015

Infektionsort	Summe	Norovirus	Rotavirus	Adenovirus	Astrovirus	Enterovirus	Salmonella	B. cereus	S. aureus	Clostridium perfringens	C. jejuni	EHEC	Unbekannt
Alten-/Pflegeheime	87	59	15	0	0	0	1	0	0	0	0	0	12
Gaststätten/Imbiss/Catering	28	12	1	0	2	0	0	1	2	1	0	0	9
Krankenhäuser/Rehakliniken	7	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Kindergärten/Schulen	45	20	4	2	0	1	1	1	0	0	0	1	15
Private Haushalte	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Sonstige*	6	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Gesamt	176	100	22	3	2	1	2	2	2	1	1	1	39

* Freizeiten, Bäder, Schulungen

rung untersucht. Die Norovirus-Isolate der Küchenmitarbeiter stimmten mit den Isolaten der Erkrankten zu 100 % überein. In den erhobenen Lebensmittel- und Umgebungsproben konnten keine Noroviren nachgewiesen werden.

Da bei Gruppenerkrankungen nur eine repräsentative Anzahl von Stuhlproben untersucht werden, wurden zwar insgesamt 2 671 Personen als erkrankt gemeldet, aber nur 773 Einzelproben untersucht.

Die meisten der 176 untersuchten Gruppenerkrankungen wurden aus Alten-/Pflegeheimen (n=87) gemeldet, gefolgt von Kindergärten/Schulen (n=45) und Gaststätten/Imbiss/Catering (n=28). In 67,8 % der aus Alten-/Pflegeheimen gemeldeten Gruppenerkrankungen konnten Noroviren nachgewiesen werden. In Kindergärten/Schulen belief sich die Zahl der durch Noroviren verursachten Erkrankungen lediglich auf 44,4 %, deutlich weniger als im Vorjahr (78,4 %). In Gaststätten und Lebensmittelverkaufsstätten betrug der Anteil an durch Noroviren verursachten Gruppenerkrankungen 42,9 % (im Vorjahr waren es 22,6 %), in zwei Fällen konnte *S. aureus* nachgewiesen werden. Drei Gruppenerkrankungen wurden aus privaten Haushalten gemeldet, hierbei konnten in jeweils einem Fall Noroviren bzw. *Campylobacter jejuni* nachgewiesen werden. In einer Gruppenerkrankung erfolgte kein Erregernachweis. Sieben Gruppenerkrankungen wurden aus Kliniken gemeldet; davon waren vier durch Noroviren und je eine durch Rotaviren bzw. Adenoviren verursacht. In einem Fall konnte kein Erreger identifiziert werden.

Die erhobenen Daten sind in Anlage 10 aufgeführt.

Darmparasiten

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

Im Jahr 2015 wurden insgesamt 418 Proben parasitologisch-mikroskopisch untersucht. Dabei konnten in 93 Stuhlproben (22,2 %) Darmparasiten nachgewiesen werden.

Humane Proben

Im Jahr 2015 gingen 126 Proben (Abstriche von verschiedenen Körperregionen, Sputen und Urine) 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 54 Stämme von verschiedenen Laboren aus Baden-Württemberg. Da der Nachweis von Listereien 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 LGAs zu schicken. Im Labor werden diese Stämme angezüchtet und anschließend zur weiteren Typisierung mittels Pulsfeldgelelektrophorese an das NRZ für Salmonellen und andere Enteritis-erreger in Wernigerode gesandt, die einen Abgleich mit anderen bundesweit isolierten Listerienstämmen durchführen. Im Jahr 2015 traten am LGA folgende Sorovare auf: 24 x Serovar 4b, 20 x Serovar 2a sowie 5 x Serovar 2b.

Hygienisch-mikrobiologische Umgebungsuntersuchungen

Hygienisch-mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen dienen der Qualitätskontrolle von z. B. Flächendesinfektionsverfahren in medizinischen Einrichtungen oder Großküchen. Im Bereich Krankenhaushygiene, vorwiegend von JVs, wurden im Jahr 2015 insgesamt 70 Abklatsch- und Abstrichproben untersucht.

Nährmedienherstellung

Der Laborbereich am LGA verfügt über einen eigenen separaten Arbeitsbereich zur Herstellung von festen und flüssigen Nährmedien, die zur Anzucht von Kulturen in der Bakteriologie und Mykologie benötigt werden. Dies dient der unabdingbaren Ergänzung der Versorgung des Laborbereichs mit kommerziell erhältlichen Nährböden, da bei einer Reihe von differenzierten Untersuchungsmethoden nicht auf den Einsatz spezifischer Medien und Zusatzstoffe verzichtet werden kann. Bei besonderen Anforderungen sowie zeitnah abzuarbeitenden Aufgaben (z. B. in Ringversuchen) ist die eigene, flexible und bedarfsorientierte Nährbodenherstellung eine notwendige Dienstleistung innerhalb des Hauses, bei der jede Charge einer dokumentierten Funktionskontrolle aller fertiggestellten Medien unterzogen wird.

Infektiologie, Infektionsprävention

Infektionsserologie

Im Labor Infektionsserologie wurden im Jahr 2015 insgesamt 20 262 Seren auf 14 verschiedene Infektionskrankheiten untersucht. Hierzu wurden 43 117 Untersuchungen (Anlage 11) bzw. 48 515 Bestimmungen von Antikörpern oder Antigenen durchgeführt. Die Proben zur Diagnostik auf Infektionen mit den viralen Erregern HIV, Hepatitis-B-Virus und Hepatitis-C-Virus sowie auf die bakterielle Infektion Syphilis werden vor allem von den Gesundheitsämtern und den JVs eingesandt. Im Jahr 2015 konnte eine deutliche Zunahme der Anforderungen auf Syphilis durch die HIV-/STI-Beratungsstellen der Gesund-

Anlage 11: Untersuchungen im Labor Infektionsserologie im Jahr 2015

Borrelia spp.	13
Coxiella burnetii	778
Chlamydia trachomatis	2 047
FSME-Virus	36
Hantavirus	1
Hepatitis-A-Virus	579
Hepatitis-B-Virus	7 682
Hepatitis-C-Virus	7 261
Hepatitis-E-Virus	6
HIV	18 033
Masern-Virus	43
Mumps-Virus	29
Neisseria gonorrhoeae	2 047
Röteln-Virus	28
Treponema pallidum	4 498
Varizella zoster-Virus	36
Insgesamt	43 117

heitsämter beobachtet werden. Zusätzlich wurden im Zeitraum 08.10.-31.12.2015 im Rahmen eines Projekts mit den HIV-/STI-Beratungsstellen 2 047 Abstrichproben bzw. Urin auf die Erreger Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae untersucht (Anlage 11).

Infektionsserologische Untersuchungen

Zur Bestimmung von Virus- bzw. Bakterien-Antikörpern im Serum werden die folgenden Testarten eingesetzt: Chemilumineszenz-Mikropartikel-Immunoassay (CMIA), Enzymimmunoassay (EIA), Hämagglutinationstest (HAT), Indirekter Immunfluoreszenztest (IIFT), Agglutinationstest (Mikroflockungstest) und Immunoblot (IB). Die Diagnostik erfolgt mittels einer Stufendiagnostik. Dies bedeutet, dass ein positiver Suchtest durch ein anderes Verfahren bestätigt bzw. die Infektion durch die Bestimmung weiterer Parameter spezifiziert wird. Beispielsweise werden bei Verdacht auf Hepatitis B sechs verschiedene Parameter untersucht. Die Befundung ist nur durch die gemeinsame Bewertung der Einzelergebnisse möglich. Neben den infektionsserologischen Nachweismethoden ergänzt die Polymerasekettenreaktion (PCR) für HI-Virus und Hepatitis-C-Virus das Untersuchungsspektrum. Zum Nachweis von Chlamydia trachomatis und

Neisseria gonorrhoeae aus Abstrichmaterial und Urin wird ebenfalls eine PCR durchgeführt.

Hepatitis-Diagnostik

Im Jahr 2015 gingen insgesamt 579 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis A, 7 682 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis B bzw. zur Bestimmung des Impftiters nach Hepatitis-B-Impfung und 7 261 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis C ein.

Hepatitis-A-IgG-Antikörper wurden in 325 Fällen positiv getestet. Dies bedeutet, dass die Betroffenen die Infektion entweder durchgemacht oder eine Impfung gegen Hepatitis A erhalten hatten. In 34 Fällen wurde IgM zum Nachweis einer frischen Infektion angefordert, welche in drei Fällen nachgewiesen werden konnte.

Das HBs-Antigen, das Virushüllen-Antigen, das in der Regel sowohl bei einer akuten als auch bei einer chronischen Hepatitis B positiv getestet wird, wurde aus 2 820 Proben bestimmt. In 128 Fällen war das HBs-Ag positiv. Aufgrund der anderen Hepatitis-Marker muss bei 124 Personen von einem chronischen HBs-Ag-Trägertum ausgegangen werden. In drei Fällen wurde eine akute Hepatitis B, in 821 Fällen eine zurückliegende Hepatitis B-Erkrankung diagnostiziert. Aus 1 139 Seren wurde der Impftiter anti-HBs bestimmt.

Von den 7 261 Suchtesten zum Nachweis von Antikörper gegen das Hepatitis C-Virus wurde in 607 Fällen eine Hepatitis C-Infektion nachgewiesen. Die Bestimmung der Viruslast (Grad der Infektiosität) bei nachgewiesener Hepatitis C mittels einer PCR wurde in 553 Fällen durchgeführt.

HIV-Diagnostik

Im Jahr 2015 wurden insgesamt 18 033 Seren auf HIV untersucht. Von diesen Seren, die überwiegend anonym untersucht werden, waren 164 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 konkrete Anzahl der positiv getesteten Personen rückgeschlossen werden.

Untersuchungen für das Q-Fieber-Konsiliarlabor

Seit 2002 ist das nationale Konsiliarlabor für Q-Fieber im LGA angesiedelt. Serologische Untersuchungen im Rahmen der Konsiliartätigkeit werden im Labor Infektionsserologie durchgeführt. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 778 Seren auf spezifische Antikörper gegen Coxiella burnetii untersucht einschließlich der Primärdiagnostik des Q-Fieber-Ausbruchs im Landkreis Rottweil 2015 als auch der Ver-

laufskontrollen des Q-Fieber-Ausbruchs im Landkreis Heidenheim 2014 zum Ausschluss einer chronischen Q-Fieber-Infektion.

Virusanzucht in Zellkulturen

Das LGA nahm auch im Jahr 2015 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. Die Ergebnisse der Untersuchungen stellen einen wichtigen Beitrag zur nationalen Influenza-Surveillance dar. Die Untersuchungen geben Aufschluss über den Verlauf von Influenza-Epidemien und ermöglichen mittels Feintypisierung der isolierten Influenza-Stämme im NRZ die frühzeitige Erkennung von Virustypveränderungen im Verlaufe einer Influenza-Epidemie.

In der Saison 2014/15 konnten 179 Zellkulturisolate zur Typisierung an das NRZ für Influenzaviren geschickt.

S3-Labor, Molekularbiologie und Schädlingsbestimmungen

Molekularbiologische Untersuchungen mittels PCR

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

Das Molekularbiologielabor untersucht verschiedenste Materialien, u. a. Blut, Urin, Stuhl, Bakteriensuspensionen, Organe, Abstriche und Zecken, mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) auf Infektionserreger.

Damit ist es möglich, bereits wenige Krankheitserreger aus dem eingesandten Material nachzuweisen. Dort, wo kulturelle Verfahren aufgrund von z. B.

Anlage 12: Erregernachweise im Labor Molekularbiologie im Jahr 2015

Erreger	Untersuchungen	positiv	negativ	
Borrelia burdorferi sensu lato	685	171	514	
Coxiella burnetii	70	8	62	
EHEC	691	194	497	
EPEC	691	49	642	
Noroviren	719	255	464	
Influenza	A/H1-H3	891	245	646
	A/H1-H16	875	377	498
	A/H1N1pdm09	155	41	114
	B	891	70	821
Enteroviren	40	21	19	
Adenoviren	14	6	8	
Rotaviren	15	6	9	
Hantaviren	13	5	8	
Hepatitis A	14	7	7	
Ebola	6	0	6	
Entamoeba spec.	15	6	9	
Sonstiges (Anaplasma, MRSA, Leptospiren, Babesien, Rickettsien, Echinokokkus)	41	7	34	
Summe	5 820	1 468	4 352	

zu wenigen bzw. bereits nicht mehr vermehrungsfähigen Erregern versagen, können diese mit Hilfe von molekularbiologischen Methoden detektiert werden.

Zudem besteht eine weitere Aufgabe des 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 und der Ausschlussdiagnostik bei Ebola 2014 und 2015) möglichst umgehend neue Testverfahren zu etablieren, um eine sichere Diagnostik zur aktiven Surveillance zu gewährleisten und dadurch angepasste Präventionsmaßnahmen zur Eindämmung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu ermöglichen.

Im Jahr 2015 sind im LGA 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 (2014: 798) leicht zurückgegangen sind. In 28,1 % der Proben (n=194) konnten EHEC bzw. in 7,1 % der Proben EPEC nachgewiesen werden. Von insgesamt 719 Untersuchungen auf Noroviren betrug der positive Anteil 35,5 %. Zur Infektkettenverfolgung wurden im Jahr 2015 insgesamt 19 Sequenzierungen durchgeführt.

Im Rahmen der bundesweiten Influenzasurveillance werden Nasen- und Rachenabstriche molekularbiologisch auf Influenza A und B sowie auf Influenza H1N1pdm09 untersucht.

Insgesamt wurden 891 Abstriche in der Saison 2014/15 auf Influenzaviren untersucht. 44 Proben wurden positiv getestet, dies entspricht einem Anteil von 26 %. Bei allen 44 Proben wurde Influenza A nachgewiesen, davon in zehn Fällen Influenza A/H1N1pdm09, bei keiner Probe wurde Influenza B nachgewiesen.

Im Zusammenhang mit der neu aufgetretenen, durch Zecken übertragenen Rückfallfieberborrelle *Borrelia miyamotoi* wurden 600 Zecken auf das Vorhandensein dieses Erregers getestet. In 3 % der untersuchten Zecken konnte dieses Bakterium nachgewiesen werden.

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 2015 wurden 50 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 der Analytischen Qualitätssicherung (AQS) werden für die Ringversuche Schimmelpilze in Innenräumen Referenzmaterialien (Reinkulturen und Mischproben) und für Fortbildungskurse Referenzstämme vorbereitet und identifiziert.

- Die im Herbst 2010 begonnene Längsschnittstudie mit Erwachsenen wurde 2015 mit der Planung der zweiten Phase im Jahr 2016 fortgeführt. Die PBDE-Bestimmungen wurden allerdings personalbedingt 2015 bis auf weiteres eingestellt. Die allergologischen Untersuchungen zur Häufigkeit von Sensibilisierungen gegen Ambrosia (Neophyt) werden allerdings im Jahr 2016 fortgeführt werden.
- Für den ÖGD erfolgen in Amtshilfe neben fachlichen Beratungen auch Untersuchungen und gesundheitliche Bewertungen von biologischen und chemischen Innenraumschadstoffen, insbesondere von Schimmelpilzen (198 Proben in 25 Objekten, wobei für jede Probe neun Nährbodenplatten ausgewertet werden; Anlage 15).
- Die analytische Qualitätssicherung (AQS) behält weiterhin einen herausragenden Stellenwert, insbesondere im Hinblick auf die Bewertung von Schimmelpilzen und Umweltschadstoffen im Lebensumfeld des Menschen. Das Labor Medizinisch-chemische Analytik leitet und richtet den Ringversuch „Identifizierung von innenraum- und lebensmittelrelevanten Schimmelpilzen“ aus, der zweimal im Jahr stattfindet und an dem im Jahr 2015 insgesamt 128 Labore teilnahmen.
- Ein weiteres wichtiges Element der AQS sind die Fortbildungsveranstaltungen „Analytische Qualitätssicherung in der Umweltmedizin“ in der Reihe der „Umwelttoxikologischen Kolloquien“ 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. Im Jahr 2015 wurde erstmals ein zweiter Fortgeschrittenen-Kurs im Herbst angeboten, so dass 22 Teilnehmer zusätzlich den Kurs durchlaufen konnten.

Im Jahr 2015 wurde im Bereich der Allergiediagnostik die apparative Ausstattung der Allergiediagnostik verbessert (Datenauswertung über PC), um den Anforderungen der Qualitätssicherung besser gerecht zu werden. Als Referenzmaterial für die zwei

Anlage 13: Ringversuche Schimmelpilze

Herstellung von Referenzmaterialien	Probenanzahl
Reinkulturen für Ringversuche (RV 28, 29)	1 752
Mischproben für Ringversuche (RV 28, 29)	128
Summe	1 880

Anlage 14: Fortbildungskurse Schimmelpilze

Herstellung von Referenzmaterialien	Probenanzahl
Reinkulturen für Kurse (ein Anfänger-, zwei Fortgeschrittenenkurse)	4 500

Anlage 15: Amtshilfe für Gesundheitsämter und andere öffentliche Einrichtungen in Baden-Württemberg

Probenmaterial	Probenanzahl	Identifizierungen
Luftprobenahme direkt	78	
Abklatschproben	18	
Klebefilmproben	17	
Materialproben	29	
Luft indirekt	56	
Wasserproben	0	
Summe	198	396

Ringversuche und drei Fortbildungskurse wurden 6 380 Proben vorbereitet und versandt (Anlagen 13 und 14). Im Rahmen der fachlichen Beratung wurden 142 Proben zur Bestimmung von biologischen Agenzien (Anlage 15) aus 25 Objekten untersucht sowie weitere 56 projektbezogene Proben zur Bestimmung von Bioaerosolen an Arbeitsplätzen. Hierbei ist zu beachten, dass für eine Luftprobe zur Bestimmung des Schimmelpilzspektrums jeweils neun Kulturplatten ausgewertet werden müssen (dreimal DG-18, dreimal MEA, dreimal MEA 37 °C).

Die Anzahl der Proben bei den mikrobiologischen Innenraumuntersuchungen und im Bereich der Fortbildungsveranstaltungen verzeichnet gegenüber dem Vorjahr einen Zuwachs.

Qualitätsmanagement

Der Laborbereich ist nach DIN EN ISO 15189 für die medizinische Labordiagnostik (Mikrobiologie, Virologie) sowie nach DIN EN ISO/IEC 17025 für Gesundheitsversorgung (Studien) und gesundheitlichen Verbraucherschutz (Wasser-Mikrobiologie, Schimmelpilzdiagnostik) akkreditiert. Die aktuellen Urkunden der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) mit den erläuternden Anlagen und das Leistungsverzeichnis des Laborbereichs sind im Internet unter www.gesundheitsamt-bw.de bei Eingabe des Webcodes LGA003 unter „Suche“ aufrufbar.

Nach den beiden Akkreditierungen Ende 2014 fand routinemäßig im November 2015 ein erstes (externes) Überwachungsaudit der DAkkS statt: Fünf Fachbegutachter widmeten sich zwei Tage lang den Prüf- bzw. Untersuchungsverfahren, den zugehörigen untersuchungsrelevanten Geräte und der Labororganisation. Ebenfalls extern auditiert wurde das QM-System.

Wesentliche Schwerpunkte der LGA-eigenen QM-Arbeit sind neben dem Dokumentenmanagement (einschließlich Dokumentenlenkung) die Planung und Durchführung von Audits im laufenden Laborbetrieb. 2015 fanden insgesamt 15 (interne) Audits + die fünf DAkkS-Begutachtungstage (2014: zehn Audits + elf DAkkS-Begutachtungstage; 2013: 23 Audits) statt. Die Managementbewertung des QM-Systems erfasst u. a. die Fortschreibung von Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen, die zum Teil auf der Auswertung von QM-Kennzahlen basieren. Die Kommunikation zwischen Laborbereich und QM wird durch regelmäßige Sitzungen des Arbeitskreises Laborakkreditierung (AKLA) auf Laborebene bzw. durch den Jour fixe QM auf Leitungsebene sichergestellt.

Seit 2015 normativ neu gefordert und seither im LGA im Aufbau befindet sich ein Risikomanagementsystem, das aus einer Risikoanalyse und der anschließenden Bewertung der einzelnen Risiken – gegliedert in fachliche, infrastrukturelle, Management- und personelle Risiken – besteht. Die Visualisierung erfolgt anhand von Bewertungszahlen mittels einer Ampelmatrix (grün = beherrschbar, gelb = unter Beobachtung stehend, rot = bearbeitungspflichtig). Die Risikotabelle wird in einem Workshop jährlich aktualisiert.

Das Qualitätsmanagement-Personal ist organisatorisch außerhalb des Laborbereichs als Sachgebiet dem Referat 91 zugeordnet.

Landesarzt für Menschen mit Behinderungen

Birgit Berg, Ref. 94



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 samt den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) darin in diesem Gesetz angesiedelt wurden.

2001 wurde die Funktion Landesarzt mit veränderten, stark planungsorientierten Aufgaben als § 62 in den Teil 1 des Sozialgesetzbuch (SGB) IX – Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen – überführt. Im Zentrum steht seither die kostenträgerunabhängige, fachärztliche Beratungs- und Empfehlungsfunktion zu medizinischen Aspekten von Behinderungen und strukturellen Verbesserungen von Partizipation, Inklusion und Versorgung der Menschen mit (drohenden) Behinderungen als Arbeitsfeld von Public Health. Dagegen wurden gutachterliche Aufgaben zurückgeführt auf besonders schwierig gelagerte einzelne Fälle nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten und fachliche Anfragen von den Landesbehörden, die für das Gesundheitswesen und die Sozialhilfe zuständig sind.

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

Das Sachgebiet Landesarzt ist mit den Sachgebieten Gesundheitsförderung und Zielgruppenspezifische Prävention zu einem Referat zusammengefasst und bietet damit die ganze Bandbreite von gesundheitsförderlichen Settingansätzen über primär-, sekundär- und tertiärpräventive Konzepte und Empfehlungen. Mit der Referatsleitung ist die Funktion des Landesarztes verbunden. Als Synergieeffekte werden sowohl inklusive Konzepte in die fachliche Arbeit zu Gesundheitsförderung, Gesundheitsplanung und Prävention im Feld Öffentliche Gesundheit/Public Health als auch Impulse aus diesen Bereichen in die Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen eingebracht. Damit wird der Zielsetzung von Gesundheitsleitbild und Landesinklusionsplan Baden-Württemberg inhaltlich und strukturell entsprochen.

Das in Teil 2 des SGB IX überführte primär auf die Arbeitswelt sowie auf erworbene chronische Krankheiten des höheren und hohen Lebensalters ausgerichtete Schwerbehindertenrecht (Schwerbehindertenausweis, Schwerbehindertenvertretungen 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 Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (SM) und vom Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (KM) per Erlass geregelt (siehe Textblock).

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 in der Förderung, Behandlung und Assistenz betroffener Kinder und ihrer Familien, wie sie in der Rahmenkonzeption Frühförderung und der Landesrahmenvereinbarung Frühförderung Baden-Württemberg formuliert ist.

Der „Infodienst Frühförderung Baden-Württemberg“ mit aktuellen Fachinformationen zu Frühförderung und Inklusion wendet sich an Fachleute in Ministerien, Landrats- und Bürgermeisterämtern, Interdisziplinären und Sonderpädagogischen Frühförderstellen (BFF), Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), an nieder-

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 Frühförderung Baden-Württemberg
- Öffentlichkeitsarbeit, Literaturlauswertung
- Beratung der zuständigen Ministerien
- Medizinischer Bereich: Prüfung der fachlichen Voraussetzungen bei Erstaufnahme einer Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) in die Landesförderung

gelassene Kinder- und Jugendärzte, Selbsthilfverbände, Fachverbände, freie Träger, Elternvertreter sowie interessierte im Thema tätige Einzelpersonen. Die Nachfrage steigt fortlaufend, Rückmeldungen der Bezieher sind positiv. Im Internet ist er unter www.gesundheitsamt-bw.de bei Eingabe des Webcodes LGA005 unter „Suche“ aufrufbar.

Häufig nachgefragt ist auch der im Internet aufrufbare Wegweiser Frühförderung Baden-Württemberg, ein nach Kreisen sortiertes Verzeichnis aller Frühförderstellen, SPZ, Kliniken und weiterer Institutionen in der Frühförderung. Es richtet sich in erster Linie an Eltern zur lokalen Orientierung (mehr: www.gesundheitsamt-bw.de bei Eingabe des Webcodes LGA006 unter „Suche“).

Landesweite jährliche Termine zu Fachaustausch und Netzwerkarbeit

- 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 Fachaustausch aller Fachkräfte der IFF, SPZ, Kinderkliniken, Kostenträger, Verbände u. a. in Zusammenarbeit mit dem Pädagogischen Bereich.

Die Beratung der IFF und weiterer Beteiligter, die Mitarbeit in Gremien und aktuellen Arbeitsgruppen auf Landesebene zu gesundheitlichen, interdisziplinären Belangen der Frühförderung und Inklusion von Kindern

mit Behinderungen oder Entwicklungsauffälligkeiten und der Austausch mit Selbsthilfe- und Fachverbänden erfolgen durchgängig. Dabei dreht sich vieles um die Kernfrage, wie die beste entwicklungsförderliche und inklusive Balance zwischen einerseits allgemeiner Settingverbesserung (z. B. verfügbares Personal in Kitas, Haltung gegenüber Heterogenität, Überprüfung von Kulturen und Praktiken) und andererseits individueller Assistenz zu finden ist – sowohl für ein einzelnes Kind als auch für die konzeptionelle Weiterentwicklung von Krippen, Kitas, Frühförderstellen und mehr.

Themenauswahl Frühförderung

- Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung Frühförderung (LRV IFF), z. B. Zugangswege
- Interdisziplinärer Förder- und Behandlungsplan nach LRV IFF, Zusammenarbeit mit externen Partnern
- Inklusion Kitas, Zugangsverfahren, Zusammenarbeit, Übergang Kita – Schule
- Nahtstellen Frühförderung und Schule, Einschulungsuntersuchung
- Ambulante Kinderkrankenpflegedienste und Kitas, Heilmittelrichtlinien
- Kontrollverfahren Sozialhilfe bei Heilpädagogik in IFF
- Frühgeborenenmedizin und Frühförderung
- Frühe Hilfen/Kinderschutz und Frühförderung
- Migration und Frühförderung, Flüchtlingskinder
- Barrierefreiheit in IFF
- Inklusive Arbeitsweisen von IFF

Seitdem die Landesrahmenvereinbarung Frühförderung in der Praxis erprobt und gelebt wird, steht für die ÜAFF BW die Mitarbeit an der Aktualisierung der Rahmenkonzeption Frühförderung an, wie auch im Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Baden-Württemberg bereits benannt. Bei dieser Aktualisierung werden insbesondere die Themen Vernetzung mit den Frühen Hilfen und dem Kinderschutz sowie Zusammenarbeit mit Kitas und Krippen für die Frühförderung relevant sein.

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, Selbsthilfverbände, Fachverbände, Land- und Stadtkreise, kommunale Behindertenbeauftragte und weitere sowohl in Einzelfragen als auch durch fallübergreifende Mitarbeit in Arbeitsgruppen,

Gremien und dem Landesbehindertenbeirat Baden-Württemberg.

Die gesetzlich formulierten 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. Während das Neugeborenenhörscreening mittlerweile eine etablierte Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ist, wenn auch noch ohne ein flächendeckendes Nachverfolgungssystem, läuft die Kampagne zur Vermeidung des Schütteltraumas bei Babys weiter mit neu aufgelegten Elternflyern einschließlich örtlichen Ansprechpartnern für akute oder chronische Überlastungssituationen, nachdem die Kampagne seitens der beteiligten Krankenkasse wegen der großen Akzeptanz in Baden-Württemberg auf ganz Deutschland ausgeweitet wurde. (Mehr: www.gesundheitsamt-bw.de bei Eingabe des Webcodes LGA007 unter „Suche“)

Zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen kann auch die bessere Bereitstellung von Fachleuten erfolversprechender neuerer Interventionsformen gehören. Ein Beispiel dafür sind board-zertifizierte Fachleute für die Anwendung von Angewandter Verhaltensanalyse, auch unter ABA (Applied Behaviour Analysis) als Interventionsmethode bei Autismus-Spektrum-Störungen bekannt. Der Landesarzt hat daran mitgewirkt, qualifizierte Informationen zu dieser Methode zugänglicher zu machen. Mittlerweile gibt es einen zertifizierten Ausbildungsgang zu ABA an einem anerkannten rheinland-pfälzischen Weiterbildungsinstitut.

Zur Fachberatung gehören auch zwei Fachkommissionen auf Landesebene: die Landeskommision für Menschen mit Hörbehinderung und die Landeskommision für sehbehinderte und blinde Menschen. In beiden Landeskommisionen, die insbesondere der Problemanzeige und Problemlösung durch den Austausch zwischen Selbsthilfeverbänden, Kostenträgern, Wissenschaft, Schulbereich und weiteren „stakeholdern“ dienen, wurden die nebenamtlichen Landesärzte zu Vorsitzenden gewählt. Auch in der Arbeit der Landeskommisionen und den dort diskutierten Fragen ist der Umbruch aus einer Tradition der Dominanz von Einrichtungszuordnungen und professionellen Entscheidungen hin zu einer Kultur, die den jeweiligen Menschen selbst und seine Präferenzen in den Mittelpunkt stellt samt der mit ihm selbst getroffenen Entscheidungen zu Schularart, Wohnform, Arbeiten und technischer oder persönlicher Assistenz sehr gut erkennbar.

In Baden-Württemberg sind für die Sinnesbehinderungen in „Hören“ und „Sehen“ im Jahr 2015 drei

nebenamtliche fachärztliche Landesärzte tätig. Ein Universitätsprofessor und eine Universitätsprofessorin darunter sind im Hauptamt Leitung einer Sektion an Universitätskliniken (Heidelberg, Ulm), 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, Wohngruppen
- Inklusion in Kitas und Schulen
- Gebärdendolmetscher und gehörlose Eltern
- Medizin und Kitas, Schulen
- ADHS, Autismus, Epilepsie, Behinderungsformen, Interventionsformen
- Sexueller Missbrauch und Behinderung
- Pränatale Diagnostik

Beratung statt Gutachten

Mit der Einführung des SGB IX im Jahr 2001 wandelte sich der Baustein Gutachten zur Eingliederungshilfe nach SGB XII in der Funktion Landesarzt von zuvor eigener, zentralisierter Erledigung nach Aktenlage hin zu dezentraler, wohnortnaher Erstellung von Einzelfallgutachten durch sachverständige Fachärzte/Fachpersonen vor Ort, wie sie im SGB IX in § 14 und auch in § 24 der Eingliederungshilfeverordnung vorgesehen ist. Das SGB IX sieht hierzu vor, dass dem antragstellenden Menschen drei wohnortnahe Sachverständige vorgeschlagen werden und der Auswahl durch den Antragsteller dann Rechnung getragen werden soll. Der Landesarzt war seither nur Ansprechpartner in besonders schwierig gelagerten Fällen. In den letzten Jahren werden zunehmend mehr die den antragstellenden Menschen mit Behinderung behandelnden Fachärzte direkt einbezogen. Dieses Vorgehen ist bereits für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung im Rahmen des SGB VIII seit vielen Jahren durch die Beauftragung der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater üblich. Es führt zur Einsparung zusätzlicher stigmatisierender ärztlicher Vorstellungen eines Kindes beim ÖGD allein zum Zweck einer Begutachtung. Zudem kennt der behandelnde Facharzt das Kind in der Regel viel besser als ein Arzt des ÖGD und die zeitraubende Anforderung von Arztberichten und schriftlichen Befunden entfällt. Die Aktualisierung tradierter Verfahrensabläufe und Praktiken gegenüber Kindern mit Behinderungen steht auch im Licht der Kinderrechts- und der Behindertenrechtskonvention

an. Sie beinhaltet auch die Anforderung, notwendige Hilfen rasch und niedrigschwellig verfügbar zu machen und sie nicht mehr als Katalog festfügter Angebote, denen ein Kind zugeordnet wird, sondern als möglichst individuell zugeschnittene technische oder persönliche Assistenz bzw. Entwicklungs- und Teilhabeförderung zu ermöglichen. Im Kontext von UN-Behindertenrechtskonvention, SGB IX und Inklusion wird damit die traditionelle Zweitbeurteilerrolle der Ärzte des ÖGD in der Eingliederungshilfe für den Kostenträger Sozialhilfe als zukunftsfähige Verfahrensform hinterfragt. Für den Kostenträger Jugendhilfe besteht sie bereits nicht mehr. Die starke zeitliche Inanspruchnahme durch diese Zweitbeurteilungen bereits vorliegender schriftlicher Aussagen und Formblätter niedergelassener Fachärzte begrenzt für viele Gesundheitsämter die personellen Ressourcen, in größerem Umfang Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Kindern und Jugendlichen gemeinsam mit anderen Fachleuten und Bürgern im Kreis zu gestalten und dauerhaft zu verankern. Zudem sind die erforderlichen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie für die sachverständige Zweitbeurteilung im ÖGD nur in geringer Zahl vorhanden.

Im Bereich Sehen ist eine Geldleistung für einen augenärztlich definierten Personenkreis vorgesehen (Landesblindenhilfegesetz) und der nebenamtlich tätige Landesarzt für Sehbehinderte und Blinde an der Universität Heidelberg ist neben seiner Tätigkeit als Vorsitzender der Landeskommission auch Obergutachter für schwierige Fälle in der Landesblindenhilfe. Erstbeurteilend sind die behandelnden Augenärzte. Die jährliche Dienstbesprechung zur ärztlichen Rolle in der Landesblindenhilfe mit den zuständigen Sachbearbeitern und Ärzten der Sozial- und Gesundheitsämter in den Landrats- und Bürgermeisterämtern dient der Klärung schwieriger Fragen und dem gegenseitigen Fachaustausch, um auch in diesem Bereich die Zahl der Zweitgutachten und den Prüfungsaufwand niedrig zu halten und Weiterleitungen zu vermeiden.

Weitere Informationen im Internet

Mehr zu Fachinformationen, Schütteltraumakampagne, mehrsprachigen Faltblättern, Wegweiser Frühförderung, gesetzlichen Grundlagen und Links nach Aufgabenfeldern sortiert im Internet (www.gesundheitsamt-bw.de bei Eingabe des Webcodes LGA008 unter „Suche“).

Staatlicher Gewerbearzt

Peter-Michael Bittighofer, Ref. 96



Berufskrankheiten

Der Staatliche Gewerbearzt wirkt am Berufskrankheiten (BK)-Verfahren entsprechend dem Sozialgesetzbuch (SGB) VII, § 9, und der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) mit. Seine Mitwirkung hat zwei Funktionen:

- Alle im Land gemeldeten BK sollen ihm vorgelegt werden (§ 4 Abs. 2 BKV): Da die Erstanzeigen von BK zum größten Teil an die Unfallversicherungsträger geschickt werden, muss entsprechend BKV der Staatliche Gewerbearzt von dort über den BK-Fall informiert werden. 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, d. h. 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.

Nur ein Teil der BK-Akten wird noch von den Gewerbeärzten beurteilt. Die meisten gemeldeten BK-Fälle werden von ihm lediglich in einer Datenbank registriert. Die Daten im Jahresbericht beziehen sich zum Teil auf die registrierten BK, zum Teil auf die ärztlich bearbeiteten Fälle. Bei der bestehenden Personalsituation ist es auch nicht mehr möglich, Zusammenhänge zu erstellen.

Die Vereinbarung zwischen dem Landesverband Südwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-

Württemberg über die Bearbeitung von BK-Feststellungsverfahren erlaubt es aber den Gewerbeärzten, entsprechend ihren zeitlichen Möglichkeiten einen Teil der vorgelegten BK-Fälle zu bearbeiten.

- **Registrierte BK-Fälle (Anlagen 1a-1c):** Die Anzahl der erstmalig beim Gewerbearzt 2015 registrierten BK-Fälle betrug insgesamt 6 023. Davon waren 5 889 BK entsprechend der BK-Liste (Fälle nach § 9[1] SGB VII) und 134 „sonstige“ nicht in der BK-Liste aufgeführte Fälle, z. B. sog. „Quasi-BK“ (Fälle nach § 9[2] SGB VII).

Krankheiten durch physikalische Einwirkungen und Hautkrankheiten sind mit jeweils über einem Drittel der Gesamtzahl vertreten. Gei den Krankheiten durch physikalische Ursachen gehören zwei der häufigsten BKen: Die Lärmschwerhörigkeit (BK 2301) und die Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (LWS-Krankheiten; BK 2108).

Die Anzahl der im Jahr 2015 vom Gewerbearzt abgeschlossenen BK-Fälle unterscheidet sich besonders bei der Anzahl der Hautkrankheiten von der Zahl der registrierten Fälle. Dies hängt mit der deutlich angestiegenen Zahl von Hautkrankheiten zusammen, die dem Gewerbearzt 2015 zugeschickt wurden (2014 ca. 1 500, 2015 ca. 2 050). Die Zahl der abgeschlossenen BK-Fälle entspricht ungefähr der im Vorjahr registrierten.

- **Fallausgang (Anlage 2):** Die Gewerbeärzte sehen nur noch einen Teil der registrierten Berufskrankheiten. Vor allem werden die „akuten“ Krankheiten, bei welchen die noch bestehenden Arbeitsbedingungen zur Erkrankung geführt haben, bearbeitet, weil hier noch durch Prävention die Arbeitsplatzverhältnisse gebessert werden können. Dies sind beispielsweise die Hautkrankheiten und die obstruktiven Atemwegserkrankungen. Die Frage nach der Kausalität der gemeldeten Krankheiten steht im Vordergrund.

Der Anteil der gemeldeten Erkrankungen, die als berufsbedingt angesehen werden, beträgt 55 %. Davon werden 16 % als Versicherungsfall oder als Leistungsfall (Rente) anerkannt. 45 % wurden abgelehnt, davon konnte in 9,5 % eine Entscheidung über die Kausalität mangels Mitwirkung des Erkrankten oder mangels ausreichender Beweise nicht getroffen werden.

- **BK-Hitliste (Anlagen 3a-3c):** Viele Jahre waren es immer die gleichen Berufskrankheiten, welche auf der Liste standen. Durch die Novellierung der

BKV hat sich jetzt die Hitliste verändert. Die fünf am häufigsten beim Gewerbearzt registrierten BKen sind Hautkrankheiten, Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung, Lärmschwerhörigkeit, Krankheiten der LWS und allergisch verursachte obstruktive Atemwegskrankheiten. Diese Krankheiten machen zusammen fast zwei Drittel aller BK-Fälle aus.

Die Hitliste der Krankheiten, die ärztlich bearbeitet werden, umfasst jetzt auch die Fälle von Plattenepithelkarzinomen und aktinischen Keratosen, die gleich auf den zweiten Platz gerückt sind. Nicht jeder von den Gewerbeärzten bearbeiteten BK-Fällen ist berufsbedingt. Im Durchschnitt sind es gerade ca. 53 %. Bei den Hautkrankheiten 73 %, beim Hautkrebs 65 %, von den allergisch bedingten obstruktiven Atemwegs-BK sind es 41 %, und 29 % bei den toxisch-irritativ bedingten Atemwegskrankheiten. Der Anteil bei den malignen Krankheiten der ableitenden Harnwege beträgt nur noch knapp 9 %.

Die in Baden-Württemberg angezeigten Berufskrankheiten gibt der Länderindikator 3.32 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für das Jahr 2014 mit 7 065 Fällen an (nur gewerbliche Berufsgenossenschaften), davon 2 993 Hauterkrankungen (BK 5101). Diese 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 (die Zahlen für 2015 liegen noch nicht vor). Bei den Hautkrankheiten ist es nur die Hälfte der BK-Fälle, die dem Gewerbearzt zugeschickt worden ist.

- **BK-Trend (Anlage 4):** Die Zahlen der registrierten BKen sind über die Jahre hin schwankend. Durch die neue BK 5103 Hautkrebs und eine Zunahme der den dem Gewerbearzt zugeschickten Fälle von BK 5101 (Hautkrankheiten) ist es 2015 zu einem deutlichen Anstieg um ein Drittel gekommen.
- **Haut- und Atemwegskrankheiten (Anlagen 5a-c):** Die Entwicklung von „akuten“ BK, deren Ursache erst kurze Zeit zurückliegt und bei welchen die schädigende Exposition zum Bearbeitungs-Zeitpunkt noch besteht, ist besonders interessant. Hier manifestieren sich in der Gegenwart bestehende Arbeitsschutzmängel. Die Zahlen der gemeldeten Hautkrankheiten hängt davon ab, welche BK-Fälle die Unfallversicherungsträger dem Gewerbearzt zuschicken. Der Anteil ist 2015 deutlich um fast 60 % gewachsen. Bei den obstruktiven Atemwegskrankheiten lag der Höhepunkt 1996, sie liegen jetzt konstant bei ca. 400 Fällen.
- **Asbestassoziierte Krankheiten (Anlagen 6a und b):** Die Beobachtung der Statistik bei den durch Asbest bedingten BK ist von besonderem Interes-

se. Asbest ist seit vielen Jahren als Arbeitsstoff verboten. Die berufliche Exposition 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. Das Bronchialkarzinom bei Asbestose zeigt seit einigen Jahren einen Zuwachs. Zusammen erreichten die vier asbestassoziierten Krankheiten 569 Fälle.

- **Liste der Berufskrankheiten (Anlage 8):** Hier sind die Zahlen aller im Jahr 2015 dem Gewerbearzt vorgelegten BK zusammengestellt. Der Bergbau steuert in Baden-Württemberg traditionell nur wenige Berufskrankheiten bei. Verfahren nach dem Fremdrentengesetz werden auftragsgemäß ebenfalls vom Gewerbearzt begutachtet, soweit sie ihm vorgelegt werden.

Dienstgeschäfte

- **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 (siehe auch Anlage 10).

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

- **Betriebsbegehungen (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.
- **Beratungsleistungen (Anlage 10):** Die Gewerbeärztinnen und -ärzte werden von den Gewerbeaufsichtsstellen des Landes angerufen, wenn arbeitsmedizinischer Rat gefragt ist. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Anfragen, insbesondere von Betriebsärzten, Betriebsräten oder auch Beschäftigten, die mündlich oder schriftlich geklärt werden

und wozu bisweilen zeitaufwendige Recherchen erforderlich sind. Durch die zunehmende Personalknappheit im Laufe der letzten Jahre hat auch die Zahl der Beratungsfälle abgenommen.

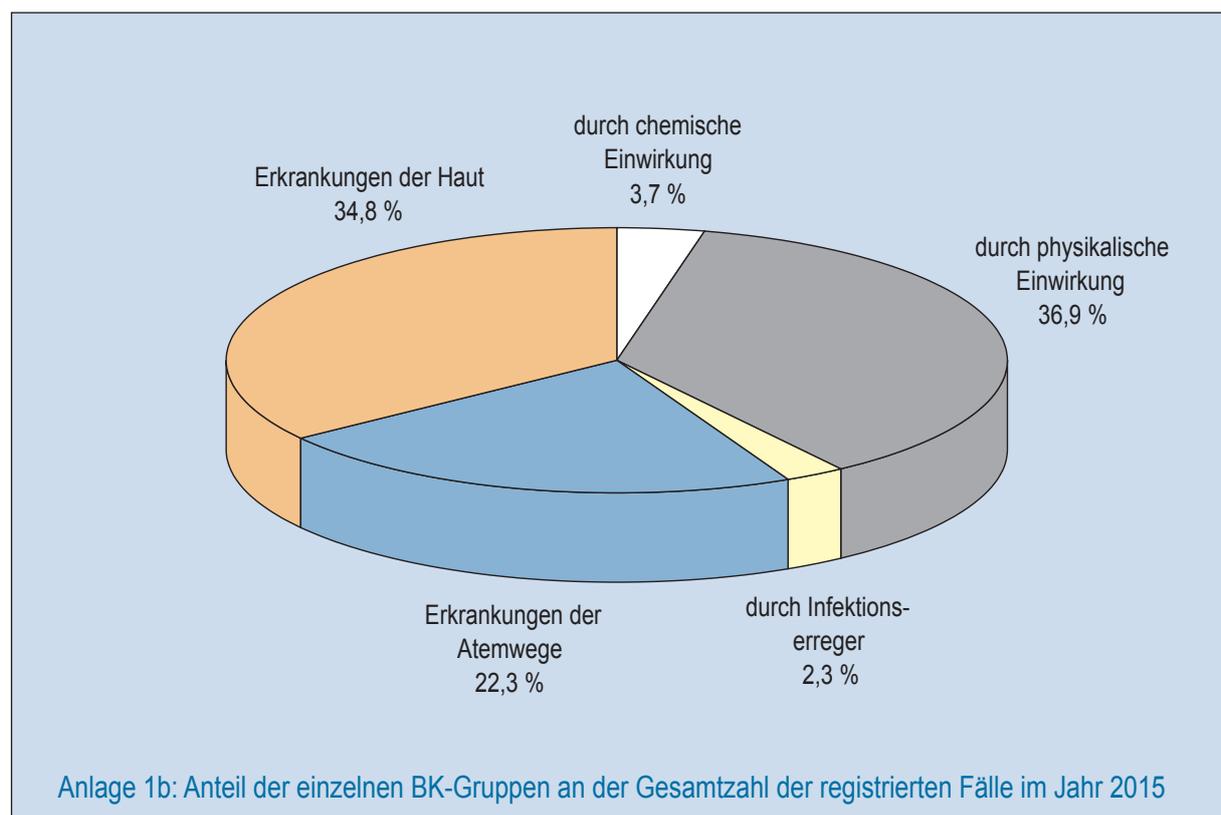
Ermächtigungen

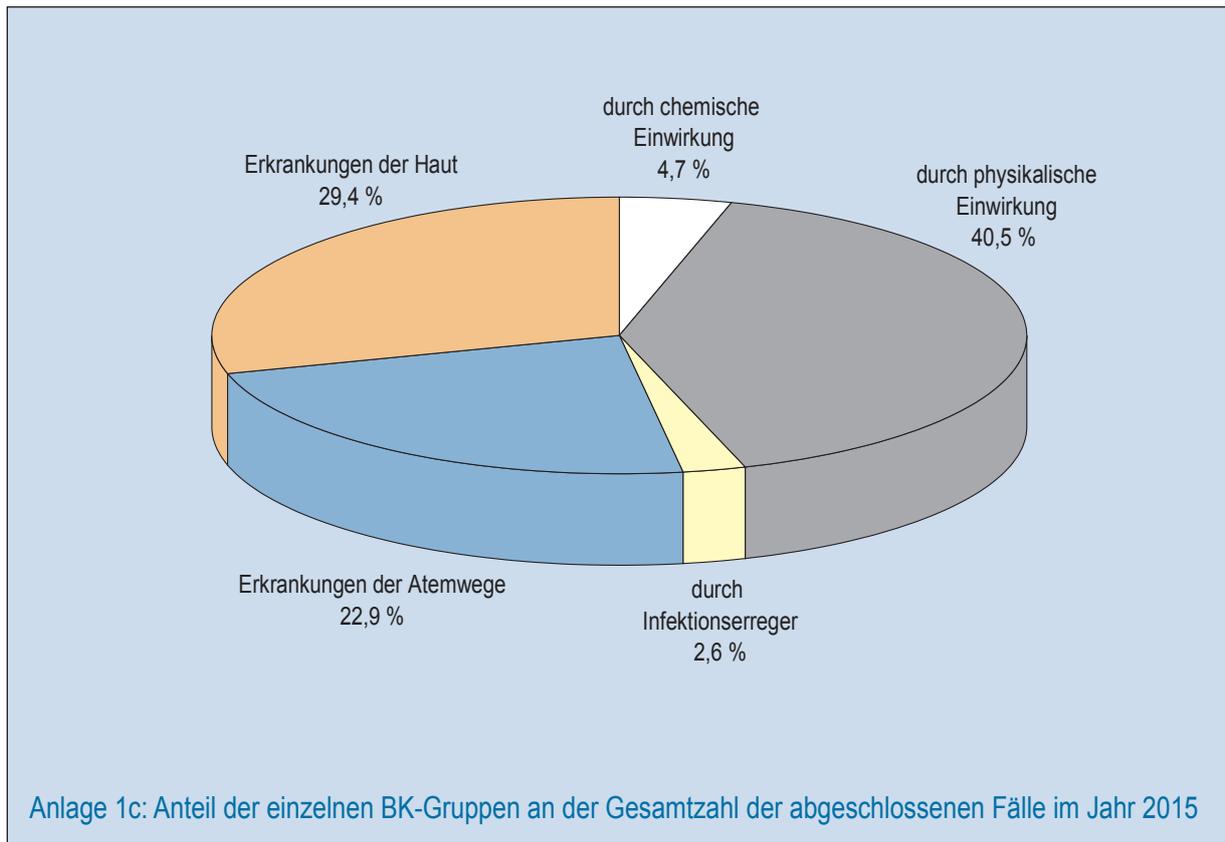
- **Ermächtigungen (Anlagen 11a und b):** Ermächtigungen werden für die Vornahme von speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen erteilt. Bei staatlichen Vorschriften ermächtigt der

Staatliche Gewerbearzt. Die Zahl der Ermächtigungsvorgänge ist nach dem starken Rückgang 2005 in den letzten Jahren konstant niedrig geblieben. Wegen des Wegfalls staatlicher Ermächtigungen nach Gefahrstoffverordnung und Biostoffverordnung im Jahr 2005 und der Ermächtigungen nach berufsgenossenschaftlichen Vorschriften 2008 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 BK-Fälle im Jahr 2015

Nr.	BK	Anzahl registriert	%	Anzahl abgeschlossen	%
1	durch chemische Einwirkung	216	3,7	237	4,7
2	durch physikalische Einwirkung	2 171	36,9	2 044	40,5
3	durch Infektionserreger	135	2,3	130	2,6
4	Erkrankungen der Atemwege	1 316	22,3	1 157	22,9
5	Erkrankungen der Haut	2 051	34,8	1 484	29,4
Summe		5 889	100,0	5 052	100,0
Sonstige		134		134	2,6
Gesamtsumme		6 023		5 186	





Anlage 2: Kausalität in den BK-Hauptgruppen – Entscheidungen der Gewerbeärzte im Jahr 2015

BK-Gruppe	% in den Klassen						% in Gruppen			% ärztl. bearb.
	1	2	3	4	5	6	1-2	1-3	1-6	
1 chemische Einwirkung	7,3	0,9	0,4	85,8	2,2	3,4	8,2	8,6	100,0	100,0
2 physikalische Einwirkung	4,1	14,3	0,0	71,4	0,0	10,2	18,4	18,4	100,0	2,4
3 Infektionen	5,4	43,1	10,0	33,1	1,5	6,9	48,5	58,5	100,0	100,0
4 Atemwegskrankheiten	8,3	7,9	15,7	58,2	0,6	9,3	16,2	31,9	100,0	44,7
5 Hautkrankheiten	1,4	13,3	56,4	18,7	0,5	9,7	14,7	71,2	100,0	99,8
Durchschnitt (1-5)										
1 BK rentenpflichtig anerkannt	3,7									
2 BK anerkannt („dem Grunde nach“)		12,6								
3 berufsbedingt, keine BK-Anerkennung			38,6							
4 BK abgelehnt, kein Zusammenhang				35,5						
5-6 keine Entscheidung möglich					9,5					
1-2 anerkannt							16,3			
1-3 berufsbedingt								55,0		
Anteil ärztlich bearbeitet										47,7

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

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

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

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

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

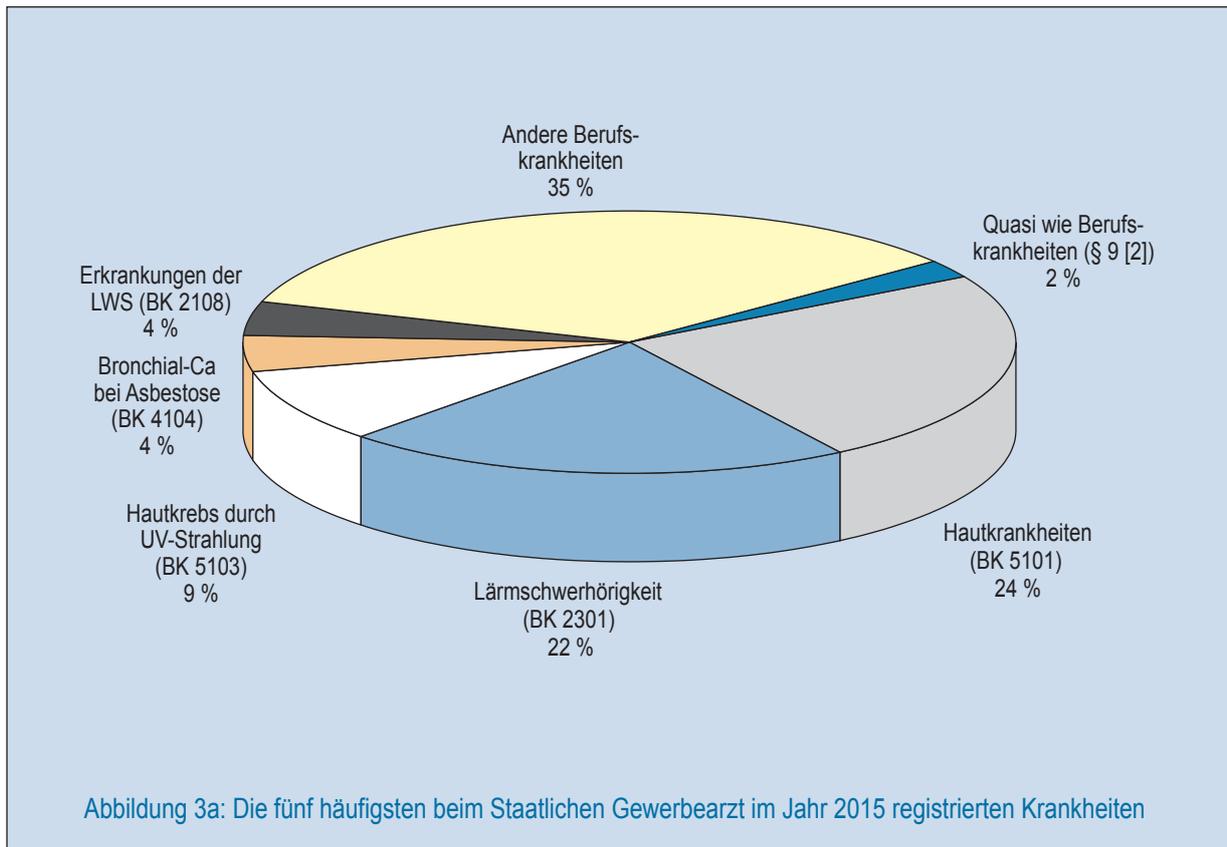
Klasse 6: Mangels Mitwirkung des Versicherten keine Entscheidung möglich

Zusammenfassende Bezeichnungen (siehe auch Anlage 8):

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

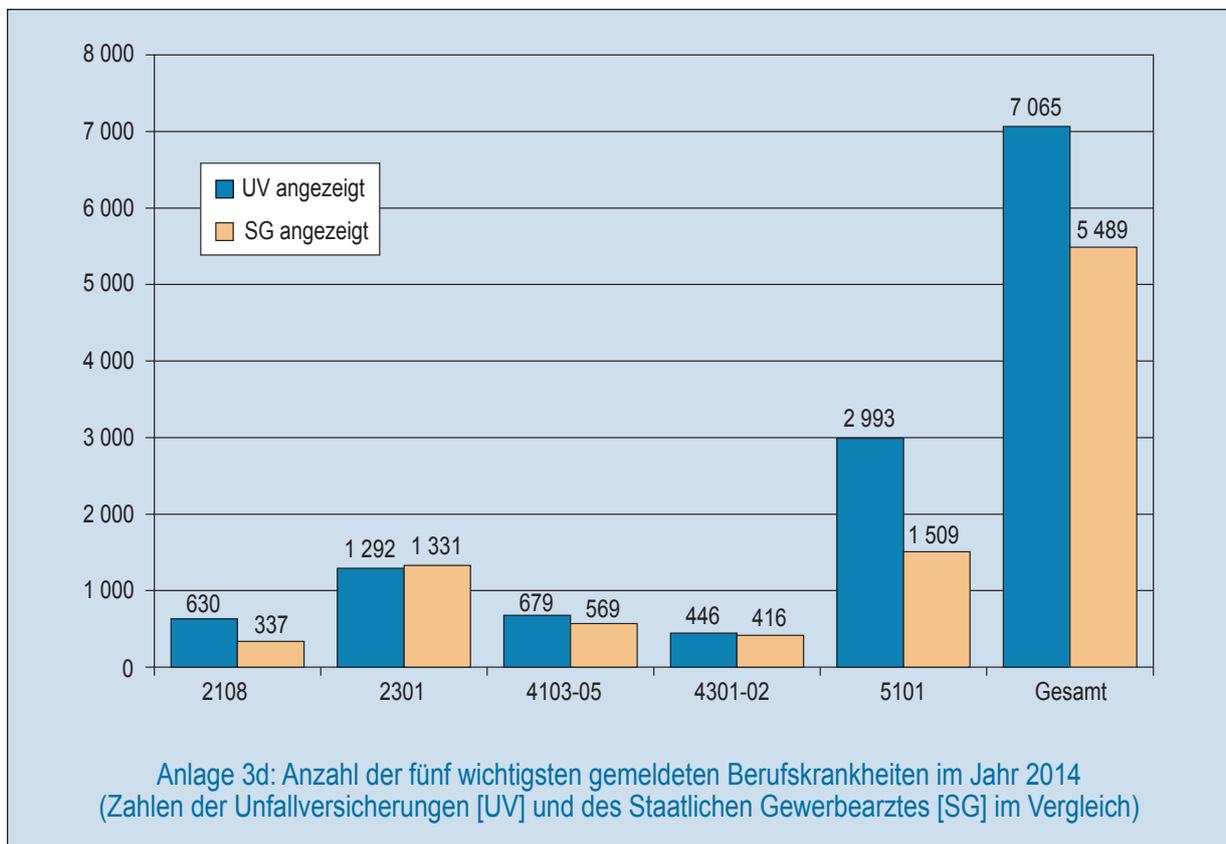
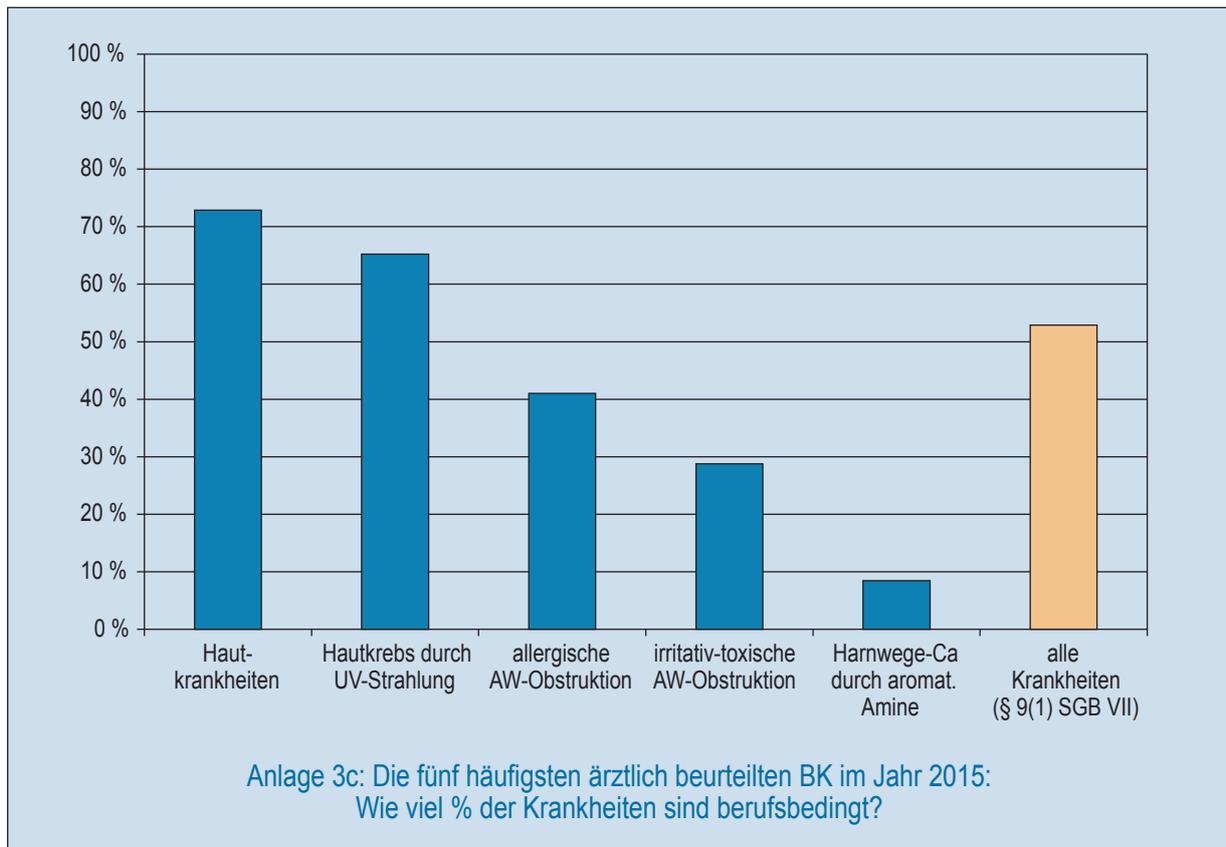
Klassen 1-3 = „berufsbedingt“ (BK, mit oder ohne Entschädigungspflicht anerkannt oder wahrscheinlich berufsbedingte Krankheit ohne Anerkennung als BK)

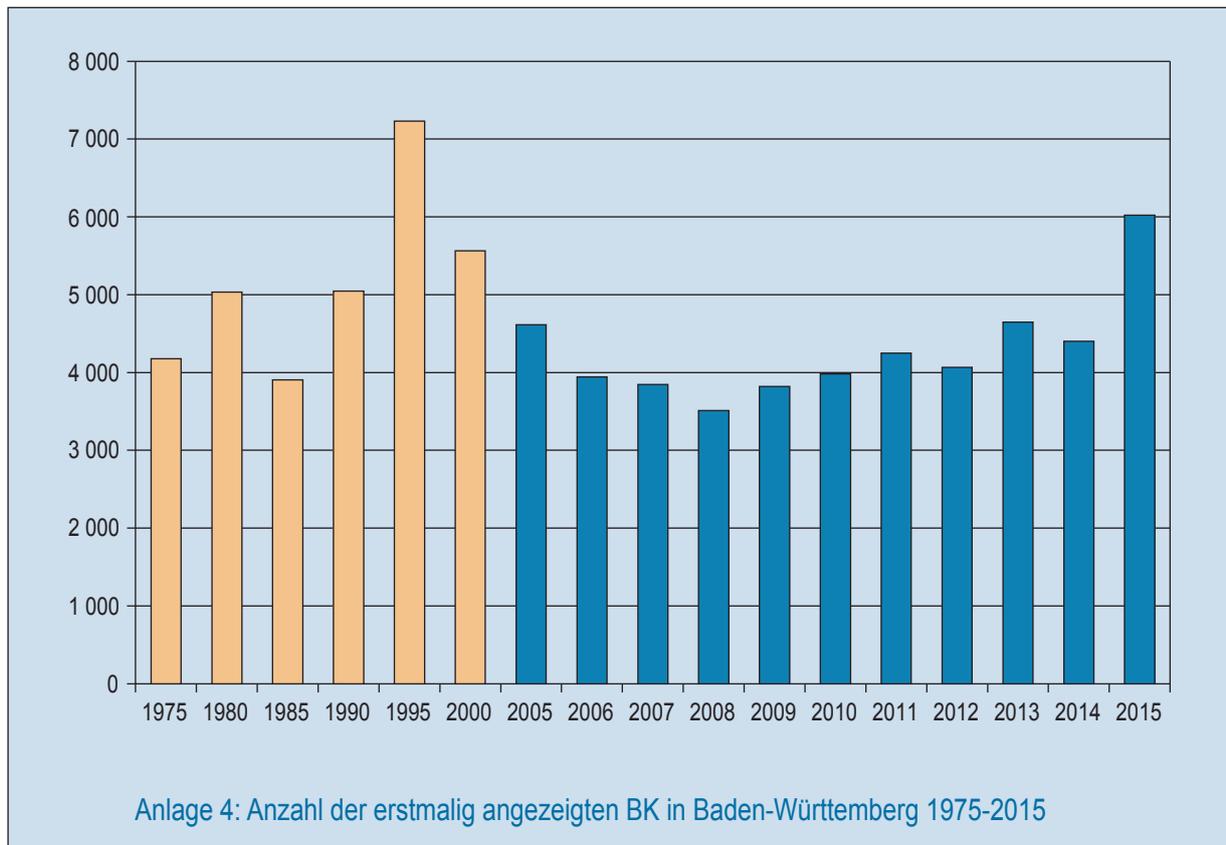
Klassen 1-6 = „begutachtet“ (angezeigte Krankheit, die der Gewerbearzt zur Kenntnis genommen oder zu der er eine Stellungnahme verfasst hat)



Anlage 3b: Die fünf häufigsten BK, die vom Staatlichen Gewerbearzt im Jahr 2015 ärztlich beurteilt wurden

BK-Nr.	Krankheit	n	%	% -Anteile in den Klassen						bb (1-3)
				1	2	3	4	5	6	
5101	Hautkrankheiten	1 214	47,8	0,8	4,0	68,0	16,2	0,6	10,3	72,9
5103	Hautkrebs durch UV-Strahlung	259	10,2	4,2	57,1	3,9	28,6	0,0	6,2	65,3
4301	allerg. AW-Obstruktion	234	9,2	5,1	12,4	23,5	44,4	0,0	14,5	41,0
4302	irritativ-toxische AW-Obstruktion	146	5,8	7,5	4,1	17,1	64,4	0,7	6,2	28,8
1301	Harnwege-Ca durch aromat. Amine	83	3,3	8,4	0,0	0,0	88,0	1,2	2,4	8,4
alle Krankheiten (§ 9 Abs. 1 SGB VII)		2 539	100,0	3,7	12,5	36,7	37,5	0,7	8,8	52,9

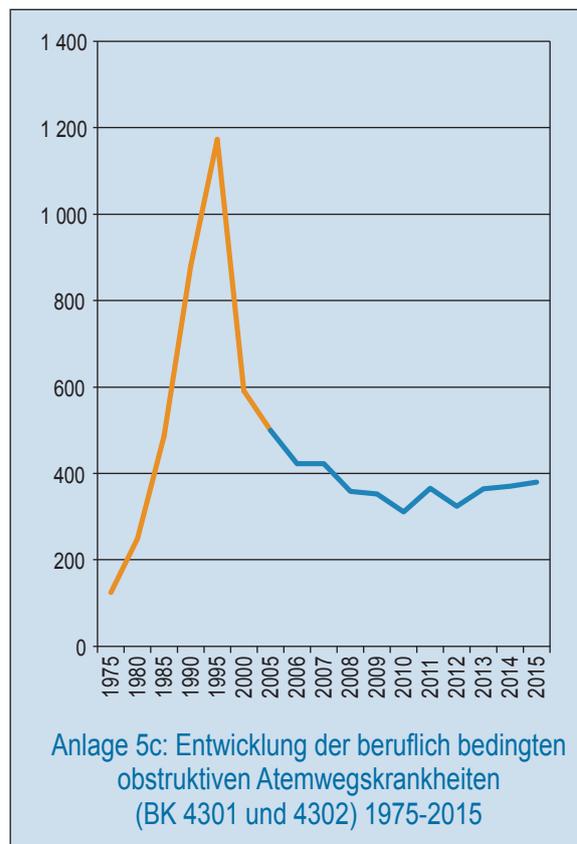
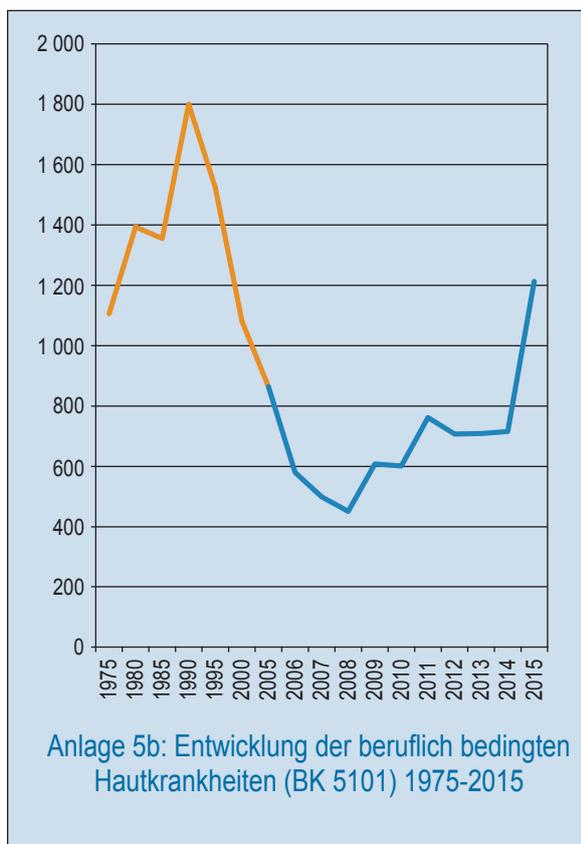




Anlage 5a: Entwicklung von BK-Anzeigen in Baden-Württemberg 1975-2015

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
2015	1 214	72,9	0,8	380	36,3	6,1

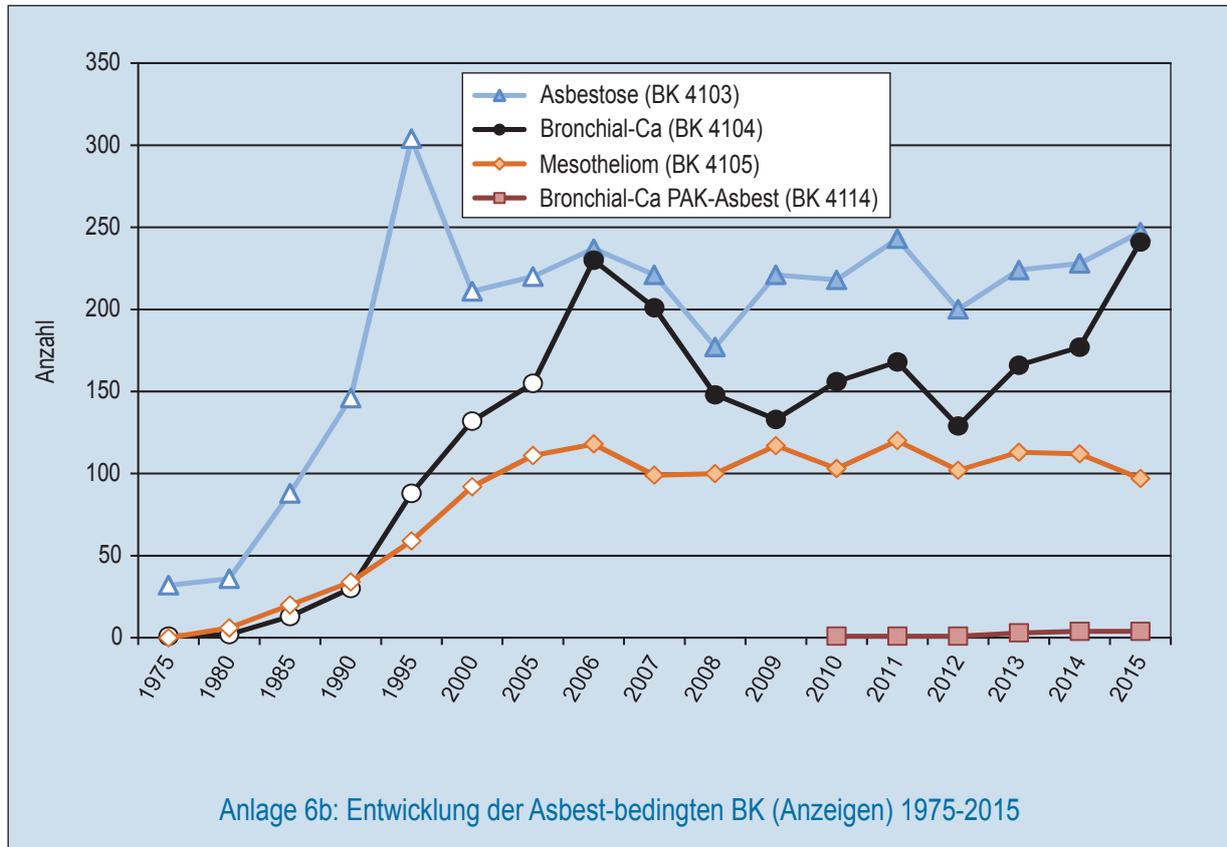
bb = berufsbedingt, ep = entschädigungspflichtig anerkannt, AW = Atemwegskrankheiten



Anlage 6a: Entwicklung der asbestbedingten BK (Anzeigen) 1975-2015

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	
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	1
2013	224	49,1	169	18,9	113	74,3	3
2014	228		177		112		4
2015	247		241		97		2

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



Anlage 7: Dienstgeschäfte und Tätigkeiten des Staatlichen Gewerbeärztes im Jahr 2015

Position	Tätigkeit	Zuständigkeiten		Summe (4)
		Gewerbeaufsicht (1+3)	Bergaufsicht (2)	
1	Außendienst			
1.1.	Dienstgeschäfte	33		33
1.2.	Tätigkeiten			
1.2.1.	Betriebsbesichtigungen, Überprüfungen	11		11
1.2.2.	Besprechungen	20		20
1.2.3.	Vorträge (dienstlich)	10		10
1.2.4.	sonstige Tätigkeiten	0		0
1.2.5.	ärztliche Untersuchungen	11		11
1.2.6.	Messungen	3		3
1.2.7.	Beanstandungen*			0
2	Innendienst			3 281
2.1.	Gutachten, Stellungnahmen, Beratungen			3 193
2.1.1.	Stellungnahmen zu Berufskrankheiten und anderen berufsbedingten Erkrankungen**	2 545		2 545
2.1.2.	Stellungnahmen bezügl. ASiG*			0
2.1.3.	sonstige Gutachten und Stellungnahmen*			0
2.1.4.	Beratung in arbeitsmedizinischen Fragen	648		648
2.2.	Ermächtigung von Ärzten			40
2.2.1.	Ermächtigungen durch Staatl. Gewerbearzt	14		14
2.2.2.	Stellungnahme zu Ermächtigungen	0		0
2.2.3.	Fristverlängerungen	26		26
2.3.	ärztliche Untersuchungen			48
2.3.1.	Untersuchungsanlass			
2.3.1.1.	vorgeschieb. Vorsorgeuntersuchungen	48		48
2.3.1.2.	Berufskrankheiten-Untersuchungen	0		0
2.3.1.3.	sonstige Untersuchungen	0		0
2.3.2.	Untersuchungsinhalt			
2.3.2.1.	körperliche Untersuchungen	48		48
2.3.2.2.	Röntgenuntersuchungen	0		0
2.3.2.3.	Elektrokardiogramme	11		11
2.3.2.4.	Lungenfunktionsuntersuchungen	15		15
2.3.2.5.	Blutuntersuchungen	48		48
2.3.2.6.	Urinuntersuchungen	48		48
2.3.2.7.1.	Hautuntersuchungen	48		48
2.3.2.7.2.	Hautteste	0		0
2.3.2.8.	sonstige medizin.-techn. Untersuchungen	0		0
2.4.	Analysen			
2.4.1.	biologisches Material	0		0
2.4.2.	Arbeitsstoffe	0		0
2.4.3.	Raumluftproben	0		0
2.4.4.	sonstige Analysen	0		0

* Tätigkeiten werden statistisch nicht erfasst.

** ärztlich bearbeitete BK-Fälle

Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2015

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				
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
1306	Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol)												0	0	0
1307	Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen												0	0	0
1308	Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen												0	0	0
1309	Erkrankungen durch Salpetersäureester												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
1312	Erkrankungen der Zähne durch Säuren	10											10	0	0
1313	Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon												0	0	0
1314	Erkrankungen durch para-tertiär-Butylphenol												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	12	2	1									12	2	1
1316	Erkrankungen der Leber durch Dimethylformamid												0	0	0
1317	Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische	13						1					14	0	0
1318	Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol	50	6	5									50	6	5

Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2015

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					
1319	Larynxkarzinom durch intensive und mehrjährige Exposition gegenüber schwefelsäurehaltigen Aerosolen. 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.	5												5	0	0
2	Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten															
21	Mechanische Einwirkungen															
2101	Erkrankungen der Sehnscheiden oder des Sehnenleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelfasern, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	3												3	0	0
2102	Meniskusläsionen nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten	4	1											4	1	0
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen													0	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													0	0	0
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck													0	0	0
2106	Druckschädigung der Nerven													0	0	0
2107	Abrissbrüche der Wirbelfortsätze	1												1	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	6												6	0	0

Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2015

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.						Summe			
		beg.	bb. best.	beg.	bb. best.	beg.	bb. best.	beg.	bb. best.	beg.	bb. best.	beg.	bb. best.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	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	1											1	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	1											1	0	0
2111	Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit	1											1	0	0
2112	Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13 000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht	3											3	0	0
2113	Druckschädigung des Nervus medianus im Carpalunnel (Carpaltunnel-Syndrom) durch repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder durch Hand-Arm-Schwingungen	7	1										7	1	0
2114	Gefäßschädigung der Hand durch stoßartige Kräfteinwirkung (Hypothenar-Hammer-Syndrom und Thenar-Hammer-Syndrom)														
22	Druckluft														
2201	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft												0	0	0
23	Lärm														
2301	Lärmschwerhörigkeit	11	6										11	6	0
24	Strahlen														
2401	Grauer Star durch Wärmestrahlung														
2402	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen	12	2	2									12	2	2

Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2015

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich											
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		Summe					
		beg.	bb.	beg.	bb.	best.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	bb.	best.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
3	Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten												
3101	Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrts- pflege oder in einem Labor tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war	70	41	4						70	41	4	
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	48	28	3						48	28	3	
3103	Wurmkrankheiten der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Strongy- loides stercoralis									0	0	0	
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	12	7							12	7	0	
4	Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells												
41	Erkrankungen durch anorganische Stäube												
4101	Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)	3	2	1						3	2	1	
4102	Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuber- kulose)									0	0	0	
4103	Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkran- kungen der Pleura	10	5	1						10	5	1	
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 Fasen/jahren (25×10^6 [Fasern/m ³] x Jahre)	15	2	2						15	2	2	
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Peri- cards	9	6	6						9	6	6	
4106	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Verbin- dungen	2								2	0	0	
4107	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen	16								16	0	0	

Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2015

Nr. BK	Zuständigkeitsbereich												Summe bb. best.
	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	
4108	0	0	0	0						0	0	0	0
4109	4									4	0	0	0
4110										0	0	0	0
4111							1			1	0	0	0
4112	25									25	0	0	0
4113	5									5	0	0	0
4114	2									2	0	0	0
4115	14	1	1							14	1	1	1
42	Erkrankungen durch organische Stäube												
4201	24	8	6							24	8	6	6
4202										0	0	0	0
4203	7	3	3							7	3	3	3

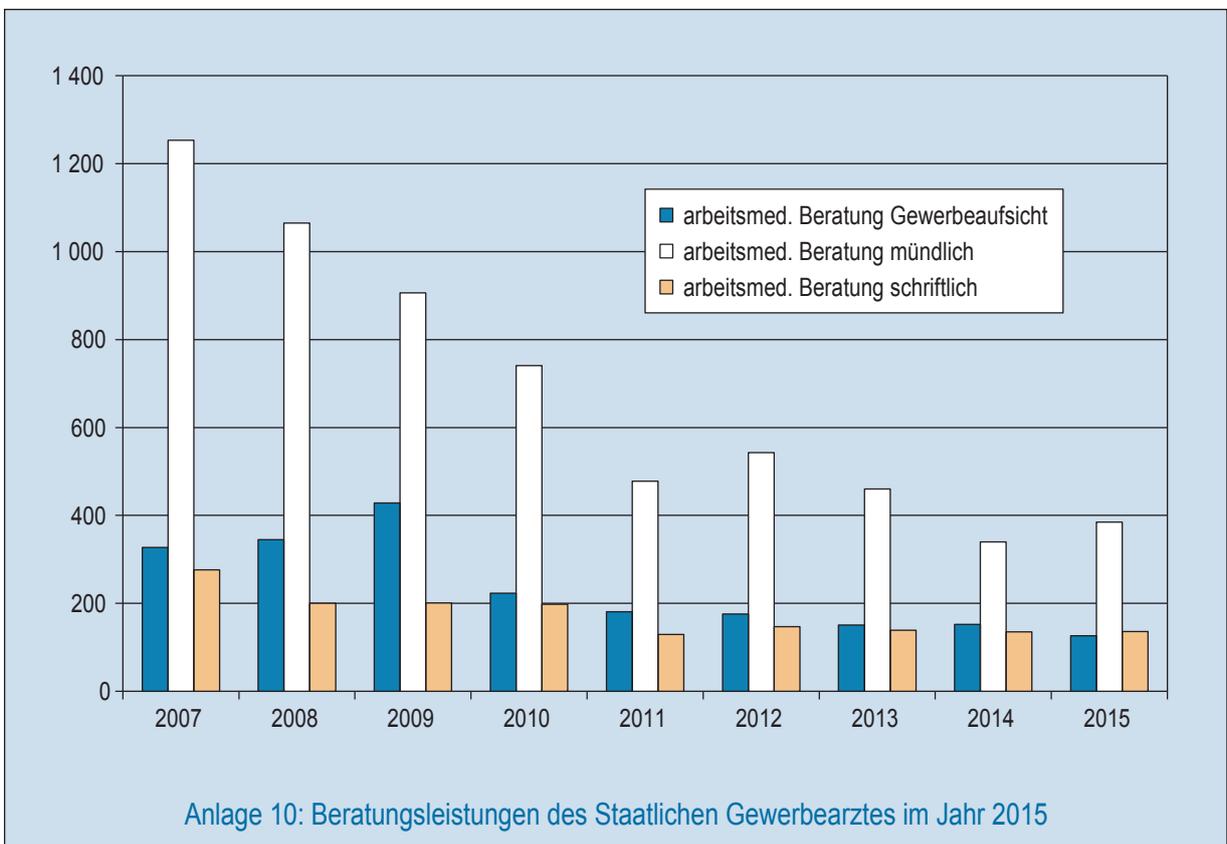
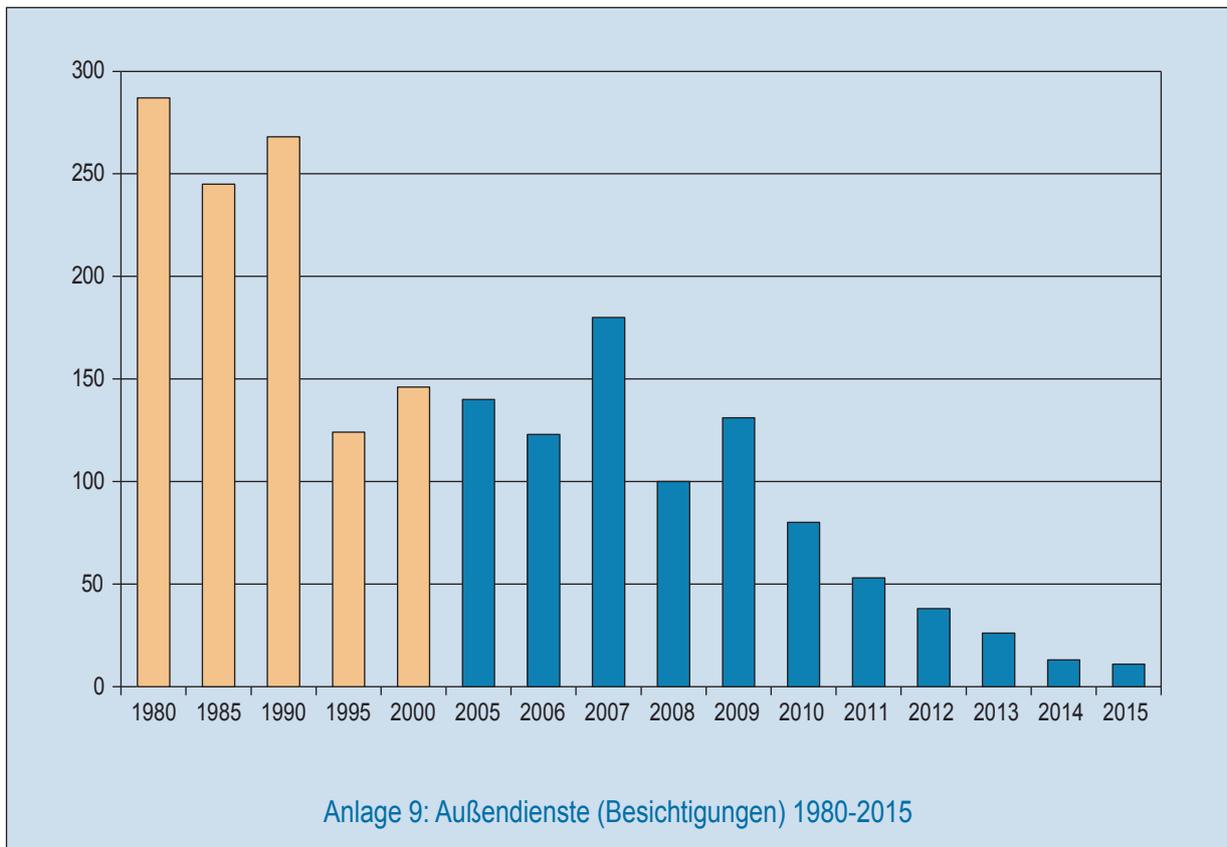
Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2015

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich											
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		Summe					
		beg.	bb.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	best.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen												
4301	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	234	96	12					234	96	12		
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	146	42	11				146	42	11			
5	Hautkrankheiten												
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	1 214	885	10				1 214	885	10			
5102	Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe	8						8	0	0			
5103	Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung	259	169	11				259	169	11			
6	Krankheiten sonstiger Ursache												
6101	Augenzittern der Bergleute							0	0	0	0		
Berufskrankheiten nach § 9(1) SGB VII		2 413	1 325	90	0	0	2	0	2 415	1 325	90		
9999	Berufskrankheit nach § 9(2) SGB VII	123	19	4				123	19	4			
0	Kein begründeter Verdacht auf Berufskrankheit	7						7	0	0			
insgesamt		2 543	1 344	94	0	0	4	0	2 545	1 344	94		

beg. = begutachtet = im Berichtsjahr abschließend begutachtete Erstanzeigen

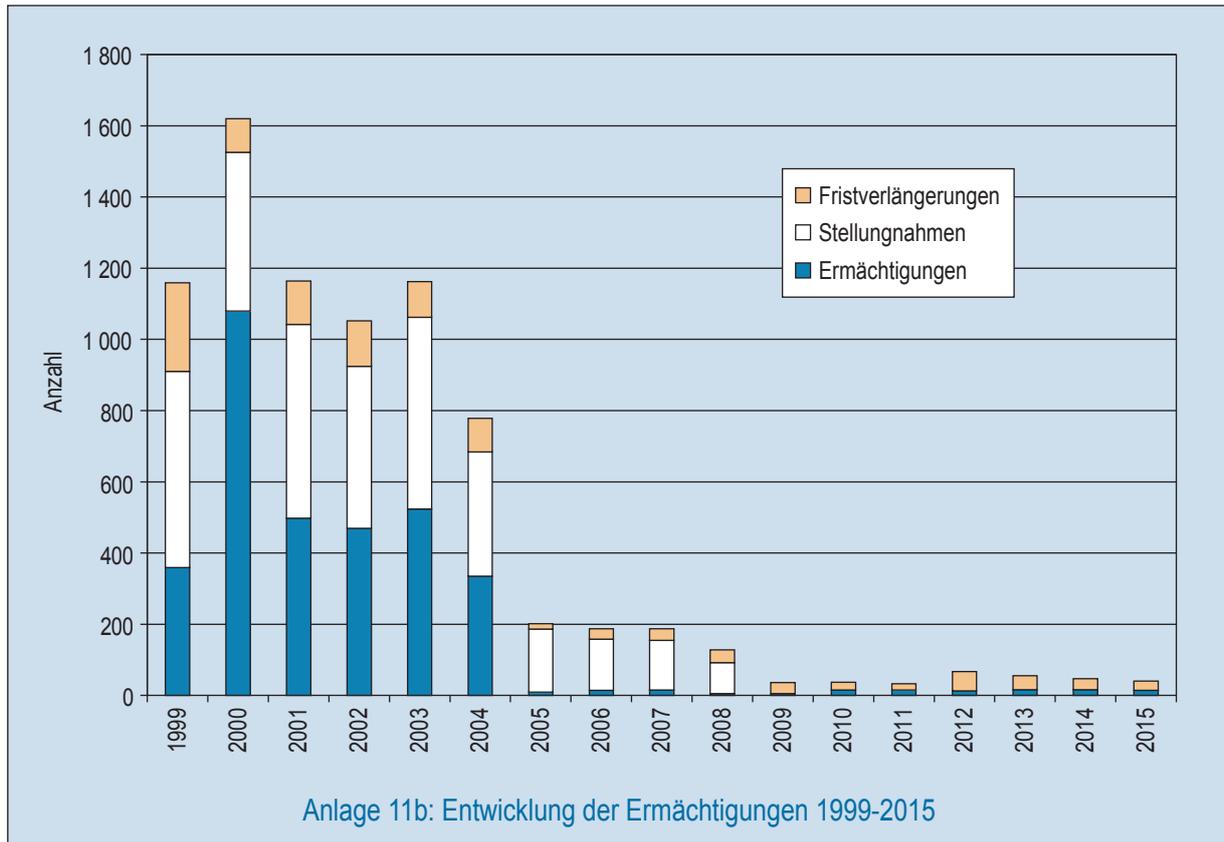
bb. = berufsbedingt = Zusammenhang zwischen Erkrankung und beruflichen Einflüssen festgestellt

best. = bestätigt = den Unfallversicherungsträgern zur Anerkennung als entschädigungspflichtige BK vorgeschlagen



Anlage 11a: Entwicklung der Ermächtigungen 1999-2015

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
2015	14	0	26	40



Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen

Gerhard Schübler, Friedbert Prax, Ref. 92



Schutz durch Rechtsverfahren: die Gesundheit der Bevölkerung

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

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

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) ist Approbationsbehörde für das gesamte Land. Von ihm erhalten Deutsche und EU-Angehörige nach Abschluss ihrer Ausbildung die Approbation, also die umfassende Berufszulassung für eine entsprechende Tätigkeit im gesamten Bundesgebiet. Andere ausländische Staatsbürger mit einschlägiger Ausbildung erhielten 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 müssen, 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 Studenten dieser Fachrichtungen vom Regierungspräsidium (RP) z. B. die Anrechnungen verwandter Studienleistungen, die Zulassungen zu den einzelnen Prüfungen an den jeweiligen Universitäten des Landes und bei Bestehen die staatlichen Prüfungszeugnisse. Bei den Pflegeberufen (z. B. in der Krankenpflege und Altenpflege), bei den medizinischen Fachberufen (z. B. in der Physiotherapie/Massage und Ergotherapie) sowie bei den sozialen Berufen (z. B. in der Jugend- und Heimerziehung oder Heilpädagogik) genehmigt und betreut in fachlicher Hinsicht das Referat für den Bereich des Regierungsbezirks die entsprechenden Schulen/Ausbildungsstätten, nimmt bei den Absolventen die Prüfungen ab und erteilt ihnen bei Bestehen oder bei vergleichbarer ausländischer Ausbildung die Erlaubnis zum Führen der geschützten Berufsbezeichnung. Das Referat erteilt in den akademischen und nicht-

akademischen Gesundheits-, Sozial- und Pflegeberufen insgesamt ca. 7 500 Approbationen und Berufserlaubnisse sowie Berufs- und Berufsbezeichnungserlaubnisse pro Jahr. Im Jahr 2015 wurden rund 3 000 Approbationen und rund 350 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 3 200 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 1 200 Pflegekräfte für die ambulante und stationäre Pflege und Betreuung von alten und pflegebedürftigen Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen staatlich anerkannt. Bei den bundesrechtlich geregelten nicht-akademischen Gesundheitsberufen Medizinisch-technischer Assistent, Pharmazeutisch-technischer Assistent, Physiotherapeut, Masseur/Medizinischer Bademeister, Diätassistent, Ergotherapeut, Logopäde wurden insgesamt rund 700 Berufserlaubnisse, in den landesrechtlich geregelten sozialen Berufen Jugend- und Heimerziehung, Arbeitserziehung, 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 RP als staatliche Prüfungsbehörde zuständig für die Koordinierung und Festsetzung der Prüfungstermine, Besetzung der Prüfungsausschussvorsitzenden, Berufung der Prüfungsausschüsse, Sichtung und Auswahl sowie ggf. Überarbeitung der schriftlichen Klausuren, Zulassung der Prüflinge einschließlich Sichtung der Unterlagen und Entscheidung über mögliche Härteanträge, Entscheidung über Anträge auf Rücktritt von der Prüfung nach erfolgter Zulassung, Fertigung der Urkunden, Vorsitz bei den Abschlusssitzungen 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 RP besteht hier u. a. in einem Abgleich der Ausbildungsinhalte des Studiums für die Erlangung der integrierten Berufsausbildung mit den von den jeweiligen Verordnungen vorgeschriebenen Ausbildungsinhalten.

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

verordnung für den Beruf des Altenpflegers und ergänzender landesrechtlicher Verordnungen sicher zu stellen. Um die staatlichen Zuschüsse der Privatschulfinanzierung zu erhalten, muss sich die neue Schule drei Jahre lang bewähren, d. h. sie muss sich selbst finanzieren und die Ausbildung ohne staatlichen Zuschuss durchführen. Wenn die Schulaufsichtsbehörde am Ende des ersten Ausbildungsdurchgangs und nach Abnahme der ersten Abschlussprüfung feststellt, dass die Schule sich bewährt hat und der Schulträger uneingeschränkt geeignet ist, die Schule weiterhin zu betreiben, erhält die Schule eine förmliche Anerkennung als Privatschule nach dem Privatschulgesetz und die staatlichen Zuschüsse können fließen. Im eingespielten und normalen Ablauf der Ausbildung werden jährlich wiederkehrend im Laufe des dritten Ausbildungsjahres die einzelnen Schüler für die staatliche Abschlussprüfung zugelassen. 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 Vorsitzendentätigkeit ermöglicht einen unverzichtbaren Einblick in das Geschehen bei den Schulen vor Ort und ist auch repräsentativer Teil der dem RP obliegenden Schulaufsicht. Bei Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen erhalten die Prüfungsteilnehmer kurze Zeit später die Erlaubnisurkunden, um ihren Beruf als staatlich anerkannte Fachkräfte ausüben zu können. Aufgrund der seit Jahren gewachsenen kontinuierlichen, verlässlichen und vertrauensvollen Begleitung und Beratung der Schulen und der Auszubildenden besteht ein sehr gutes Einvernehmen mit den Berufsfachschulen.

Schutz durch Rechtseingriffe – Entzug der Approbation/Berufsurkunde

Erst mit der Approbation darf der akademische Heilberuf (z. B. Arzt, Zahnarzt, Apotheker) ausgeübt und die Berufsbezeichnung geführt werden. In den nicht-akademischen Berufen darf ohne die Berufsbezeichnungsurkunde die jeweilige Berufsbezeichnung nicht

geführt werden; der Gesundheitsfach- oder Pflegeberuf sowie der soziale Beruf könnte somit nur eingeschränkt ausgeübt werden. Die Bundesärzteordnung sieht beispielsweise für Ärzte vor, dass eine Approbation neben dem Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen u. a. nur dann erteilt werden darf, wenn der Antragsteller „sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen 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 schließen 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 zum Zeitpunkt der Prognoseerstellung.

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

„In gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs geeignet“ ist nur der Arzt, der auch physisch und psychisch in der Lage ist, den Beruf vollumfänglich auszuüben. Wer dies nicht ist, stellt unter Umständen selbst eine Gefahr für Gesundheit und Leben seiner Patienten dar. Relevant wird dies insbesondere in den Fällen, in denen ein Arzt trotz einer bei ihm selbst möglicherweise vorhandenen Suchterkrankung oder psychischen Erkrankung den Beruf weiterhin ausübt. Suchterkrankungen werden meistens im Zusammenhang mit der Mitteilung von Verkehrsstraftaten bekannt. In diesen Fällen entsteht häufig Zweifel an der gesundheitlichen Berufseignung des Arztes. Zur Klärung dieser Zweifel kann eine amts- oder fachärztliche Begutachtung auf Kosten des Arztes angeordnet werden, von deren Ergebnis das weitere Vorgehen abhängt. Häufig werden von den Gutachtern Therapievorschlüsse gemacht und es werden – etwa bei Alkoholerkrankungen – Kontrollen vorgeschlagen, die die Abstinenz belegen. Bei deren Einhaltung kann dem Arzt die Approbation belassen werden.

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

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

in die Lebensplanung bzw. Lebensführung des betroffenen Arztes ein, der dann den Beruf nicht mehr ausüben darf.

Im Bereich der Pflegeberufe, Gesundheitsfachberufe und sozialen Berufe ist im Gegensatz zu den akademischen Heilberufen ein „Ruhen“ 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 Ruhen 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 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 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 2015

Erteilte Erlaubnisse Altenpfleger	603
Erteilte Erlaubnisse Gesundheits- und Krankenpfleger	852
Erteilte Berufserlaubnisse Jugend- und Heimerzieher	175
Zulassungsanträge für die medizinischen Prüfungen	4 740
Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung	1 412
Approbationen und Berufserlaubnisse an Ärzte mit ausländischer Ausbildung	770
Erteilung Berufserlaubnisse an Physiotherapeuten	298

Die Kennzahlen des Referats 92 haben gegenüber dem Vorjahr erneut zugenommen und bewegen sich weiterhin auf sehr hohem Niveau. Insgesamt hat das Referat 7 416 Berufserlaubnisse (Vorjahr: 7 449) 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 (875 Berufserlaubnisse gegenüber 590 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 unter dem Niveau des Jahres 2014. Die Zahl von 564 gegenüber 669 im Vorjahr unterschreitet deutlich die Zahl der Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung (1 411). Deutlich macht sich das Anerkennungs-gesetz 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 bewegen sich auf

dem Niveau des Vorjahres, da der Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung als neuer Prüfungsabschnitt hinzugekommen ist. Dies ist Folge der Änderung der Approbationsordnung für Ärzte mit einer Auftrennung des „Hammerexamens“ in eine schriftliche Prüfung vor dem PJ und eine mündliche Prüfung nach dem PJ. Die Zahl der „Certificates of Good Standing“ bewegt sich auf dem Niveau des Vorjahres (437 gegenüber 418 im Vorjahr). Dies belegt dennoch das weiterhin bestehende Interesse von Ärzten an einer Berufsausübung im Ausland.

Laufende Projekte



46 Projekte (Vorjahr: 43) ergänzten 2015 die laufenden Arbeiten des LGA und hoben einzelne Arbeitsschwerpunkte heraus. Sie sind zeitlich befristet und werden im Rahmen jährlicher Zielvereinbarungen zwischen dem Fachressort, dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg und dem Regierungspräsidium Stuttgart abgestimmt.

Projektkriterien

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

1. Verbesserung des Gesundheitsschutzes

Projekttitlel	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Zoonosen			
Fieber-Konsiliarlabor: Fachaufgaben (DMP)	01/14 - 12/2016	RKI	Ref. 93
Q-Fieber-Konsiliarlabor: Netzwerkprojekt des RKI-Netzwerkes Zoonosen (DMP)	01/2014 - 12/2016	RKI	Ref. 93
Chronisches Q-Fieber beim Menschen (DMP)	10/2013 - 09/2015	BMBF	Ref. 93
Untersuchungen auf Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae für die HIV/STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter	01/2015 - 12/2016		Ref. 93
Ökologie von Zecken als Überträger von Krankheitserregern in BW (DMP)	03/2012 - 05/2015	LUBW	Ref. 93
Durch Wasser übertragene Krankheiten			
Epidemiologie der Legionellose in BW	12/2015 - 12/2015		Ref. 93
Hygiene in medizinischen Einrichtungen			
Evaluation der Umsetzung des MRE-Netzwerkes in BW (DMP)	01/2012 - 12/2017	Krankenkassen BW	Ref. 93
Leitfaden Krankenhaushygiene für den ÖGD	03/2014 - 12/2016		Ref. 93
Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der fachlichen Inhalte der Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für Hygieneberufe	12/2014 - 12/2017		Ref. 91
Berufspraktische Ausbildung und Prüfung von Hygienekontrollleuren	10/2015 - 12/2016		Ref. 91 in Zusammenarbeit mit den Ref. 93, 95 + 96
Gesundheit und Wohnen			
FUNGISCOPE – Identifizierung von Schimmelpilzen als seltene Infektionserreger (DMP)	10/2010 - 12/2015	Zentrum für klinische Forschung der Universität Köln	Ref. 96

Projekttitlel	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Erkennen und Bewerten von gesundheitsrelevanten Hygienefaktoren in Innenräumen	01/2012 - 12/2018		Ref. 96
Organisatorische Unterstützungsleistungen im Rahmen der Geschäftsstelle des WHO CC	04/2007 - 09/2018		Ref. 96
Sonstiger Infektionsschutz			
Public Health-Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Flüchtlingsversorgung in Baden-Württemberg	11/2015 - 12/2016		AP9
Gefahrenlagen für die Gesundheit durch biologische Risiken			
Sofortprogramm Ebola	10/2014 - 06/2015		Ref. 95 in Zusammenarbeit mit Ref. 93

2. Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung

Projekttitlel	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Suchtprävention			
Be smart – Don't start (im Rahmen der Tabakprävention)	01/2001 - 08/2015		Ref. 94
Kampagne „Spielverderber“ (DMP)	01/2008 - 12/2016	SM	Ref. 94
Materialienkoffer zur Prävention der Glücksspielsucht – Übernahme und Anpassung auf baden-württembergische Verhältnisse (DMP)	11/2014 - 12/2016	SM	Ref. 94
Erstellung einer Broschüre zum Thema „Alkoholfrei in der Schwangerschaft“ (DMP)	11/2013 - 12/2018	SM	Ref. 94
Hilfen für süchtige und suchtgefährdete Menschen – Hepa & Co (DMP)	12/2012 - 12/2017	SM	Ref. 94
Schutz vor umweltbedingten Gesundheitsgefährdungen			
Informationskampagne zur Verhinderung von Gehörschäden bei Jugendlichen durch Beschallung mit Musik aus Tonträgern	11/2014 - 12/2016	SM	Ref. 96
„Hautkrebs durch natürliche Hautstrahlung“ – Auswertung der in BW im Jahr 2015 beim staatlichen Gewerbearzt gemeldeten Feststellungsverfahren zu BK 5103	10/2015 - 06/2017		Ref. 96
Impfschutz			
Impfschutz und Maßnahmen zum WHO-Ziel: Eliminierung von Masern und Röteln	01/2009 - 12/2017		Ref. 95
Gesundheitsförderung			
Gesund aufwachsen und leben in BW mit Neuausrichtung zu einer stärkeren Bürgerbeteiligung (DMP)	08/2013 - 12/2016	SM	Ref. 94
Zentrum für Bewegungsförderung BW (DMP)	01/2014 - 12/2018	SM	Ref. 94
Koordinationsstelle gesundheitliche Chancengleichheit (DMP)	01/2014 - 12/2016	SM	Ref. 94
Qualitätssicherung unter Nutzung der Kooperationsstruktur des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit (DMP)	08/2014 - 02/2015	BZgA	Ref. 94
Projektmanagement Modellprojekt Sektorübergreifende Versorgung (DMP)	10/2015 - 09/2017	SM	Ref. 94

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Betriebliches Gesundheitsmanagement			
Erstellung einer Homepage für Angebote im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM)	06/2010 - 06/2016		Ref. 96
Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Landesverwaltung im Rahmen der Gesundheitsstrategie (DMP)	07/2013 - 12/2015	SM	Ref. 96

3. Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Verbesserung der Förderung von Schulkindern im Zusammenhang mit den Einschulungsuntersuchungen			
Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse der verbindlichen Sprachstandsdiagnostik (DMP)	09/2008 - 12/2016	KM	Ref. 95
Mund- und Zahngesundheit			
Vorbereitung und Durchführung der landesweiten epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe	01/2015 - 12/2016		Ref. 95

4. Unterstützung des Gesundheitsdialogs BW

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Gesundheitsatlas BW – Fortsetzung in der dritten Ausbaustufe (DMP)	12/2013 - 12/2017	SM	Ref. 95
Fachplan Gesundheit mit Bürgerbeteiligung (DMP)	10/2014 - 12/2016	SM	Ref. 94

5. Anpassung der Managementsysteme

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Anpassung des Laborbereichs an aktuelle Anforderungen			
Entwicklung neuer Module für das QM-System im Laborbereich	07/2012 - 06/2016		Ref. 91 in Zusammenarbeit mit den Ref. 93 + 96
Evaluation der Veranstaltungen im Bereich Hygiene zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebots	01/2014 - 12/2015		Ref. 91
Testumgebung Laborinformations- und Managementsystem (LIMS)	01/2012 - 06/2016		Ref. 91
Relaunch und CMS-Versionswechsel LGA-Internetauftritte	09/2013 - 12/2016		Ref. 91
Weiterentwicklung der KLR im Laborbereich	07/2013 - 12/2016		Ref. 91
Erstellung eines Räumungs- und Evakuierungskonzepts ("Business Continuity Management") für das Dienstgebäude N135	10/2013 - 12/2015		Ref. 91

Sonstiges

Projekttitlel	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Interne Dienstleistungen des Landesbetriebs LGA für Ref. 92	01/2015 - 05/2015		Ref. 91
Interne Dienstleistungen des Landesbetriebs LGA für LEA	01/2015 - 12/2016		Ref. 91 + 96
Interne Dienstleistungen des Landesbetriebs LGA für den RPS-internen Stab Katastrophenschutz	01/2015 - 12/2015		Ref. 91 + 96
Fachsymposium anlässlich 25 Jahre LGA	10/2015 - 07/2016		AP9 + Ref. 91
Fortführung des GPO-Prozesses im Ref. 92	11/2015 - 12/2016		Ref. 92 + 91

BMBF = Bundesministerium für Bildung und Forschung

BZgA = Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

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 Informationstransfer,
- verschiedene Berufsgruppen im Umgang mit Hygiene in medizinischen Einrichtungen.

Eine aktuelle Übersicht enthält der Veranstaltungskalender im Internet (www.gesundheitsamt-bw.de bei Eingabe des Webcodes LGA009 unter „Suche“). Dort können Anmeldungen auch online erfolgen.

Veranstaltungen 2015 ÖGD – Landesarzt für Menschen mit Behinderungen – medizinischer Arbeitsschutz

Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Laborworkshop Molekularbiologie	10.02.2015	Ref. 93
Laborworkshop Diagnostik der Tuberkulose	09.03.2015	Ref. 93
Laborworkshop Mikrobiologische Grundlagen zur Diagnostik von Gastroenteritiden und intestinalen Parasiten	17.03.2015	Ref. 93
Fachtagung Methoden und Befundbewertung im Wasselabor	23.03.2015	Ref. 93
3. Interdisziplinäres Symposium Multiresistente Erreger	14.-15.10.2015	Ref. 93
Dienstbesprechung Tuberkulose	30.11.2015	Ref. 93

Gesundheitsförderung und Prävention

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Konferenz Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität	11.02.2015	Ref. 94
Netzwerktreffen Fachplan Gesundheit	13.02./24.04./24.06./18.09./11.11.2015	Ref. 94
Dienstbesprechung Kommunale Gesundheitskonferenzen	27.02./08.10.2015	Ref. 94
Dienstbesprechung für Aids-/STI-Fachkräfte	11.03./07.10.2015	Ref. 94
Kick-off-Veranstaltung Prävention der Glücksspielsucht in Baden-Württemberg	17.04.2015	Ref. 94
Workshop Alkoholfrei in der Schwangerschaft	19.05.2015	Ref. 94
Workshop Gesund älter werden für alle	10.06.2015	Ref. 94

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Dienstbesprechung Kommunale Gesundheitskonferenzen	30.06.2015	Ref. 94
Be smart – Don't start Baden-Württemberg: Abschlussveranstaltung mit den Siegerklassen des Kreativwettbewerbs zur Kampagne 2014/2015	09.07.2015	Ref. 94
Landesnetzwerk gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung	15.07.2015	Ref. 94
Netzwerk Neue Festkultur	15.07.2015	Ref. 94
Fachtagung Bewegt älter werden in Baden-Württemberg. Erfahrungen und Perspektiven von Städten und Gemeinden	23.07.2015	Ref. 94
Netzwerktreffen Modellprojekt Sektorübergreifende Versorgung	20.10.2015	Ref. 94
Landesfachkonferenz Gesundheitsförderung	26./27.10.2015	Ref. 94
Landesnetzwerk gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung	30.11.2015	Ref. 94
Fachtagung Armut geht uns alle an! Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter fördern	09.12.2015	Ref. 94

Landesarzt für Menschen mit Behinderungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Einführung Frühförderung Baden-Württemberg für Fachleute		
• Teil 2	16.-18.03. 2015	Ref. 94
• Teil 1	16.-18.11.2015	Ref. 94
Leiterkonferenz Interdisziplinäre Frühförderstellen Baden-Württemberg	20.05.2015	Ref. 94
Dienstbesprechung Ärztliche Rolle in der Landesblindenhilfe	02.06.2015	Ref. 94
Symposion Frühförderung Baden-Württemberg	22.10.2015	Ref. 94

Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Datenerfassung und Verwaltung von IfSG-Meldedaten	22.01.2015	Ref. 95
ESU-Software ISGA: Anwendertreffen	24.02.2015	Ref. 95
ESU-Software Octoware: Anwendertreffen	18.03.2015	Ref. 95
Dienstbesprechung zur Qualitätssicherung in der ESU	14./15.4.2015	Ref. 95
Dienstbesprechung zum Qualitätsmanagement in Ausbruchssituationen und im IfSG-Meldewesen	30.04.2015	Ref. 95
Hörtestung im Rahmen der ESU	08.07./02.12.2015	Ref. 95
Abschluss-/Aufaktveranstaltung zur ESU	15.09./16.09.2015	Ref. 95
Aufaktveranstaltung Landesweite Begleituntersuchungen zur zahnärztlichen Gruppenprophylaxe	22.09.2015	Ref. 95
Fachveranstaltung Asyl und Gesundheit	22.10.2015	Ref. 95

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Datenerfassung und Verwaltung von Tuberkulose-Melddaten	18.11.2015	Ref. 95
Gemeinsame Dienstbesprechung von LGA und CVUA S zu lebensmittel-assoziierten Infektionen	25.11.2015	Ref. 95
Praktikum Infektionsepidemiologie für Hygienekontrolleure	30.11.-04.12.2015	Ref. 95
Dienstbesprechung zum Qualitätsmanagement in Ausbruchssituationen und im IfSG-Meldewesen	03.12.2015	Ref. 95

Medizinischer Arbeits- und Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Arbeitsmedizinische Kolloquien		
• Nr. 96: BEM und chronische Krankheiten	27.02.2015	Ref. 96
• Nr. 97: Positivliste	17.04.2015	Ref. 96
• Nr. 98: Arbeitsmedizinische Fragen bei der Betreuung von Asylbewerbern	27.11.2015	Ref. 96
• Nr. 99: ArbmedVV, AMR und AME – was gibt es Neues?	11.12.2015	Ref. 96
32. Arbeitsmedizinischer Qualitätszirkel: Positivliste, eine Hilfestellung des Leitfadens „Mutterschutz im Krankenhaus“	14.10.2015	Ref. 96
Umweltmedizinische Kolloquien		
• Nr. 23: Gesundheitliche Bewertung von Schimmelpilzen im Innenraum	22.04.2015	Ref. 96
• Nr. 24: Was juckt mich schon wieder? Ektoparasiten und Prozessions-spinner	25.11.2015	Ref. 96
Mykologie		
Fortbildung zum Ringversuch „Innenraum- und lebensmittelrelevante Schimmelpilze“ (RV 26 und 27)	05./06.03.2015	Ref. 96
Nachweis und Identifizierung von Schimmelpilzen in Innenräumen und Lebensmitteln:		
• Fortgeschrittenen-Kurs 1: die Gattung Aspergillus	05.-06.05.2015	Ref. 96
• Anfängerkurs	07.-09.05.2015	Ref. 96
• Fortgeschrittenen-Kurs 2: die Gattung Aspergillus	03.-04.11.2015	Ref. 96

Sonstiges

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Amtsärztliche Fortbildung: Amtsärztliche Begutachtungen im gerichtsärztlichen Dienst sowie der Psychiatrie mit Fällen aus der Praxis	14.07.2015	Abt. 9

LGA-interne Veranstaltungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
LGA-Kolloquien		
• Anerkennung ausländischer Gesundheitsfachberufe	11.03.2015	Ref. 92
• Internet-Relaunch der ÖGD-Homepage	10.06.2015	Ref. 91
• Vorstellung des Aktionsplans "Für Akzeptanz und gleiche Rechte Baden-Württemberg" – Entstehungsprozess, Themenfelder, Umsetzung	15.07.2015	Ref. 94
• Ebola-Einsatz in Guinea, Conakry (Mai-Juni 2015); Q-Fieber im Sommer 2015 – Ausbrüche in Baden-Württemberg	23.09.2015	Ref. 95
• Arbeit und Psyche: Psychische Belastung durch die Arbeitsstätte; psychische Belastungen bei der Arbeit im LGA	11.11.2015	Ref. 96

Aus-, Fort- und Weiterbildung Hygiene**Berufsgruppe Hygienebeauftragte Ärzte**

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	09.-13.02./22.-26.06./ 21.-25.09./02.-06.11.2015	Ref. 91

Berufsgruppe Desinfektoren

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	23.02.-13.03./05.-23.10.2015	Ref. 91
Fortbildungskurs	20.-21.04.2015	Ref. 91

Berufsgruppe Hygienefachkräfte

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Lehrgang A		
Grundlagen der Krankenhaushygiene	12.01.-20.02.2015	Ref. 91
Sozialwissenschaftliche Grundlagen	02.-13.03./21.09.-02.10.2015	Ref. 91
Grundlagen der Mikrobiologie		
• Teil 1	16.-27.03.2015	Ref. 91
• Teil 2	08.-19.06.2015	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation, Themenbereich 5	13.-17.04./18.-22.05.2015	
Grundlagen der technischen Krankenhaushygiene und des Krankenhausbaus		
• Teil 1	05.-16.10.2015	Ref. 91
• Teil 2	02.-13.11.2015	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation	26.-30.10.2015	Ref. 91

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Lehrgang B		
Grundlagen der technischen Krankenhaushygiene und des Krankenhausbaus		
• Teil 1	12.-23.01.2015	Ref. 91
• Teil 2	08.-09.06.2015	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation, Themenbereich 5	23.-27.02./09.-13.05.2015	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation	16.-27.03.2015	
Sozialwissenschaftliche Grundlagen	13.-24.04./22.06.-03.07.2015	
Grundlagen der Krankenhaushygiene	14.09.-23.10.2015	Ref. 91
Grundlagen der Mikrobiologie		
• Teil 1	09.-20.11.2015	Ref. 91
• Teil 2	01.-11.12.2015	Ref. 91

Hygiene in Arzt- und Zahnarztpraxen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Hygiene in Zahnarztpraxen		
• Teil 1	13.-15.01./24.-26.02./29.09.-01.10.2015	Ref. 91
• Teil 2	03.-05.02./17.-19.03./13.-15.10.2015	Ref. 91
Hygiene in Arztpraxen		
• Teil 1	27.-29.01./27.-29.10.2015	Ref. 91
• Teil 2	10.-12.02./07.-19.11.2015	Ref. 91

Hygiene in Pflegeeinrichtungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	19.-23.01.2015	Ref. 91
Aufbaukurs 1	16.-20.02.2015	Ref. 91
Aufbaukurs 2	23.-27.03.2015	Ref. 91
Aufbaukurs 4	22.-26.06.2015	Ref. 91
Aufbaukurs 3	19.-23.10.2015	Ref. 91
Aufbaukurs 5	09.-13.11.2015	Ref. 91

Forschung und Lehre¹



Vorträge

Appelt M. Öffentlichkeitsarbeit, Grundmodul – orientierende Einführung. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg (SAMA), Karlsruhe, 09.10.2015.

Berg B. Baustelle Inklusion und die Arbeit des Landesarztes für Menschen mit Behinderungen Baden-Württemberg. Klausurtagung der AG der Schwerbehindertenvertretungen Baden-Württemberg, Herrenberg-Gültstein, 24.11.2015.

Berg B. Begutachtung von Kindern und Jugendlichen im ÖGD. Amtsärztetagung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (SM) 2015, Maurach, 24.07.2015.

Berg B. Präventionsnetzwerk Ortenaukreis – Die überregionale Perspektive. Kick Off Präventionsnetzwerk Ortenaukreis, Offenburg, 11.03.2015.

Berg B. Rechtliche Grundlagen der Begutachtung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des ÖGD. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Stuttgart, 04.05.2015.

Bittighofer PM. Arbeitsschutzkonzept – rechtliche Grundlagen, Gefährdungsbeurteilung, Hygiene, Explosionsschutz. DWA Landesverband Baden-Württemberg, Stuttgart, 09.07.2015.

Bittighofer PM. Die Biostoffverordnung. Curriculare Fortbildung Gewerbeaufsicht, Seewald-Göttelfingen, 15.06.2015.

Bittighofer PM. Gefährdung aus medizinischer Sicht. Curriculare Fortbildung Gewerbeaufsicht, Seewald-Göttelfingen, 19.07.2015.

Bittighofer PM. Hygiene bei Tätigkeiten im Abwasser. Lehrertagung der DWA LV Baden-Württemberg, Stuttgart, 26.03.2015.

Bittighofer PM. Psychische Belastungen durch Arbeitsstätten. Fachtagung „Anforderungen durch Arbeitsstätten“. Landesanstalt für Umweltschutz, IHK Karlsruhe, SM, Karlsruhe, 08.07.2015.

Bittighofer PM. Psychische Gesundheit – Leisten Unternehmer genug? Sicht der Politik. Arbeitgeber in Baden-Württemberg: Arbeitgeber im Dialog, Ulm, 19.11.2015.

Böhme MWJ. Aktivitäten zum Typ 2 Diabetes auf Landesebene Baden-Württemberg. 2. Diabetesregisterkonferenz RKI, Berlin, 17.11.2015.

Brockmann SO, Wagner-Wiening C, Eichner M. Considering sheep movements when predicting human Q fever cases. National Symposium on Zoonosis Research, Berlin, 15.-16.10.2015.

Brockmann SO, Schwehm M, Wagner-Wiening C, Kändler G, Eichner M. Forecasting the incidence of human Puumala virus cases in South West Germany. ESCAIDE, Stockholm, 11.-13.11.2015.

Fischer G. Feuchte und Schimmel im Innenraum – Umweltmedizinische Bewertung. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Aufbau- und Umweltmedizin, SAMA, Karlsruhe, 08.12.2015.

Fischer G. Gesundheitliche Bewertung von Schimmelpilzen in Innenräumen. Fachtagung „Schimmel im Neubau und Bestand“ – Altbau Plus e. V, Aachen, 23.10.2015.

Fischer G. Humanbiomonitoring in der Umweltmedizin. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Aufbau- und Umweltmedizin, SAMA Baden-Württemberg, Karlsruhe, 10.12.2015.

Fischer G. Schimmelpilzkontaminationen in Innenräumen – aktueller Stand der Leitfäden/Richtlinien und Bewertungsgrundlagen. Fachtechnische Fortbildung „Sicherheit auf Baustellen“, Gernsbach, 19.06.2015.

Fischer G. Schimmelpilzkontaminationen in Innenräumen – Analyse und Bewertung. Fortbildung für Sicherheitsbeauftragte, RP Stuttgart, 22.10.2015.

Fleischer J. Mikrobielle Belastung von Wasserzählern. DVGW Forum für technische Führungskräfte der Versorgungswirtschaft, Aalen, 18.11.2015.

Fleischer J. Pseudomonas aeruginosa in Hauswasserzählern. Dienstbesprechung der Wasserwirtschaftsverwaltung auf dem Gebiet des Grundwasser-

¹ ohne Aktivitäten im Rahmen LGA-eigener Veranstaltungen

schutzes und der Wasserversorgung, Kloster Schöntal, 29.04.2015.

Fleischer J. Pseudomonas aeruginosa in Hauswasserzählern. Wassermeistertagung, SchwarzwaldWASSER GmbH, Fluorn-Winzeln, 22.10.2015.

Fleischer J. Pseudomonas aeruginosa in Hauswasserzählern. Aktuelle Fragen beim Betrieb von Wasserversorgungen. 13. Trinkwasserfachtagung des Berufsverbandes der Hygiene-Inspektoren, Donaueschingen, 25.03.2015.

Fleischer J. Wasser – ein spezieller Lebensraum. Trinkwasserworkshop Biomerieux, Nürtingen, 13.02.2015.

Körber J. Hoher Stellenwert des Themas „Sexuell übertragbare Infektionen in Baden-Württemberg. Ausstellung „GROSSE FREIHEIT – liebe.lust.leben“, Göppingen, 27.04.2015.

Körber J. Lebensweisen/Lebensumstände und sexuell übertragbare Infektionen. Fachtag zum Projekt „Hilfen für süchtige und suchtfährdete Menschen“ (Hepa-Projekt), Heilbronn, 02.02.2015.

Körber J. Prävention sexuell übertragbarer Infektionen. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Stuttgart, 22.01.2015.

Körber J. Zwischenbericht zum Projekt „Hilfen für süchtige und suchtfährdete Menschen“ (Hepa-Projekt). AG Substitution, Stuttgart, 29.04.2015.

Kupczyk B. Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter – wirkungsvolle Zugangswege fördern. Workshop zum kommunalen Praxisdialog „Armut im Alter“, Köln, 25.03.2015.

Kupczyk B. Wie gelingt ein Bewegungstreff im Freien? Rahmenbedingungen und konkrete Umsetzungsschritte. Schulung zum/r Bewegungsbegleiter/in, Sportschule Steinbach, Steinbach, 26.03.2015.

Kupczyk B. Zusammenhang Armut und Gesundheit. AWO Bezirksverband Baden e. V., AG der Aktionswoche „Armut bedroht alle“, Karlsruhe, 01.04.2015.

Leher A. Aufgaben der GBE und Vorgehensweisen im Überblick. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Stuttgart, 03.07.2015.

Leher A. Daten der ESU für die GBE und den Gesundheitsatlas Baden-Württemberg. Dienstbesprechungen der KJGD im Regierungsbezirk Freiburg, Stuttgart und Tübingen, Freiburg/Stuttgart/Tübingen, 15.10./19.11./24.11.2015.

Leher A. Gesundheitsberichterstattung. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Reutlingen, 16.04.2015.

Leher A. Public Health im KJGD – Teil 1: ESU-Daten. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Stuttgart, 08.05.2015.

Leykamm B. Bilanz und Perspektiven der Gesundheitsförderung im ÖGD Baden-Württemberg.

18. Tagung der AG Gesundheitswesen, Heilbronn, 01.12.2015.

Leykamm B. Einführung in die Pilotgesundheitsdiologie – Strategische Einordnung. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Reutlingen, 29.09.2015.

Leykamm B. Gesundheitsförderung. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Stuttgart, 03.07.2015.

Leykamm B. Kommunale Gesundheitskonferenzen – Einblicke in aktuelle Entwicklungen. Forum Hospiz, Stuttgart, 05.05.2015.

Leykamm B. Kommunale Gesundheitskonferenzen – Einblicke in aktuelle Entwicklungen. Treffen der Koordinatoren für Hospiz, Freiburg, 13.05.2015.

Müller-Barthelmeh R. Ermächtigung von Ärzten zur Strahlenschutzuntersuchung – Organisation des Strahlenschutzes. Fortbildungszentrum für Technik und Umwelt, KIT Karlsruhe, Eggenstein-Leopoldshafen, 03.12.2015.

Oehme R. Zeckenübertragene Erkrankungen. Symposium Labor Limbach, Karlsruhe, 07.10.2015.

Pfaff G. Conclusions and recommendations of the third meeting of the European Regional Verification Commission, 2014. ECDC and WHO Regional Office for Europe joint meeting on elimination of measles and rubella, and prevention of congenital rubella syndrome in the WHO European region. Intercountry meeting on the updated verification process and requirements, Kopenhagen, 24.-25.03.2015.

Pfaff G. Ebola – Versuch einer ersten Bilanz aus reisemedizinischer Sicht. 18. Jahrestagung der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e. V., Dresden, 18.-19.09.2015.

Pfaff G. Ebola. Das erste Jahr des Ausbruchs und was wir hieraus für die Praxis gelernt haben. Ärztefortbildung des Gesundheitsamts gemeinsam mit der Kreisärzteschaft, Konstanz, 04.02.2015.

Pfaff G. Elektronische Übermittlung von Sterbefallmitteilungen. Amtsärztetagung des SM Baden-Württemberg, Maurach, 24.07.2015.

Pfaff G. Eliminierung von Masern und Röteln in der Europäischen Region: Gegenwärtiger Stand. WHO European Regional Verification Commission (RVC) Meeting mit dem Nationalen Verifizierungskomitee für die Eliminierung von Masern und Röteln und dem Bundesministerium für Gesundheit, Wien, 20.04.2015.

Pfaff G. Erste Erfahrungen zur Anwendung des ICDAS im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen. 65. Wissenschaftlicher Kongress Bundesverbände der Zahnärzte und der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Rostock, 23.-25.04.2015.

Pfaff G. Grundlagen des Impfens. Impfseminar gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer,

Bezirksärztekammer Südwürttemberg, Reutlingen, 12.09.2015.

Pfaff G. Host Nation Brief: Health Care Indicators and Public Health System. Biothreat Incident Action Planning Workshop, Stuttgart, 22.09.2015.

Pfaff G. Landesweite Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe – Stand der Vorbereitungen in Baden-Württemberg. 10. LAGZ-Forum, Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit, Schöntal, 23.07.2015.

Pfaff G. Masern aus Sicht des Landesgesundheitsamtes. Masern – Schwerpunkt Impfen. Fortbildung der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Stuttgart, 06.05.2015.

Pfaff G. Measles and rubella elimination in the European Region: Current status in the region and in Bulgaria. WHO European Regional Verification Commission (RVC) Meeting with The National Verification Committee on Measles and Rubella Elimination, Sofia, 19.03.2015.

Pfaff G. Measles and rubella elimination in the European Region: Current status in the region and in France. WHO RVC Meeting with The National Verification Committee on Measles and Rubella Elimination, Paris, 08.07.2015.

Shefer A, Pfaff G. Regional experience to date with verification of M/R elimination, European Region. Workshop on Measles and Rubella Elimination Verification. Satellite Meeting during the Protect, Innovate, Accelerate Conference, Sitges, 26.06.2015.

Pfaff G. Structure of Public Health in Germany and in Baden-Württemberg. Welcome Meeting, Jiangsu Delegation, Heidelberg, 21.09.2015.

Pfaff G. Update Impfen. Reise-, Kinder- und Erwachsenen-Impfungen. Kreisärzteschaften gemeinsam – Ost-Württemberger Fortbildungsreihe Aalen – Heidenheim – Schwäbisch Gmünd, Wental, 10.06.2015.

Pfaff G. Warum impfen einige Länder anders? 8. Nordwürttemberger Impftag, Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Stuttgart, 10.07.2015.

Pfaff G. Wie die Seuche den öffentlichen Gesundheitsdienst prägt. Wenn aviäre Influenzen, bovine Prionen und porcine Viren durchs Dorf ziehen. 20 Jahre Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover, 01.07.2015.

Reick D. Evaluation des MRE-Netzwerks Baden-Württemberg. Amtsärztetagung SM Baden-Württemberg 2015, Maurach, 23.-24.07.2015.

Reick D. Infektionshygienische Relevanz von Wassertanksystemen, nicht nur im medizinischen Bereich: Legionellen, Pseudomonaden und Co. Hygiene im Fadenkreuz, wissenschaftliches Symposium, München, 07.11.2015.

Sammet T. Gesundheitsdialog und Fachplan Gesundheit. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Reutlingen, 15.04.2015.

Sammet T. Intersectional Regional Planning of Health Care in Baden-Württemberg (Germany). Seminar: Introducing complexity into Health promotion, Rennes, 21.05.2015.

Schnell K. Der Erste Glücksspieländerungsstaatsvertrag und das Landesglücksspielgesetz Baden-Württemberg. Seminar: Prävention, Beratung und Therapie bei pathologischen Glücksspielern, Münsingen, 07.10./12.10.2015.

Schnell K. Recht & Politik beidseits der Grenze: Nachbarschaft, die Probleme schafft? Rechtliche Grundlagen in Baden-Württemberg. Binationale Tagung Kehl: Glücksspiel diesseits und jenseits des Rheins, Kehl, 18.06.2015.

Schnell K. Überblick über das pathologische Glücksspielen in Deutschland; Rechtliche Regelungen in Baden-Württemberg. Gemeinderatssitzung Appenweier, Appenweier, 07.12.2015.

Weidenfeller P. Aktuelle Fragen zum Umgang mit MRE-Trägerschaft. MRE-Netzwerk Heilbronn, Heilbronn, 15.07.2015.

Weidenfeller P. Amtliche Begehungen von Einrichtungen des Gesundheitswesens. 6. ICW Süd/HWX-Kongress, Würzburg, 06.03.2015.

Weidenfeller P. Antibiotikaresistente Erreger im Gesundheitswesen und bei der Betreuung schwerbehinderter Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen. Interdisziplinäres Symposium Schwerbehinderte MRE-Träger, Stuttgart, 10.12.2015.

Weidenfeller P. Aufgaben des ÖGD bei Baumaßnahmen im Krankenhaus. SAMA, Stuttgart, 18.04.2015.

Weidenfeller P. Hygiene in der Arztpraxis und beim ambulanten Operieren. SAMA, Stuttgart, 18.07.2015.

Weidenfeller P. Hygienebegehung von Kliniken und Arztpraxen. Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte, Karlsruhe, 08.05.2015.

Weidenfeller P. Isolierung infektiöser Patienten. SAMA, Stuttgart, 23.10.2015.

Weidenfeller P. Krankenhausbegehung. Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte, Karlsruhe, 30.01.2015.

Weidenfeller P. Raumluftechnische Anlagen im Krankenhaus. ÖGD-Fortbildung, SAMA, Tübingen, 19.02.2015.

Weidenfeller P. Umgang mit MRE-Trägerschaft im ambulanten Bereich. MRE-Netzwerk Karlsruhe, Karlsruhe, 02.12.2015.

Zöllner I. Infektionsepidemiologie. Kurs Krankenhaushygiene für Ärzte – Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, Stuttgart, 11.02., 24.06., 23.09., 04.11.2015.

Zöllner I. Visualisierung von wissenschaftlichen Daten. Seminar am Institut für Biologische Chemie und Ernährungswissenschaft, Stuttgart, 30.06.2015.

Buchbeiträge

Reick D, Weidenfeller P, Büttner F, Hartelt K. Das MRE-Netzwerk Baden-Württemberg. In: Eikmann, Christiansen, Exner, Herr, Kramer (Hrsg.). Hygiene in Krankenhaus und Praxis. 30. Erg.-Lfg. ecomed, 2015: 1-10.

Zeitschriftenartikel

Al-Deeb MA, Frangoulidis D, Walter MC, Kömpf D, Fischer SF, Petney T, Muzaffar SB. Coxiella-like endosymbiont in argasid ticks (*Ornithodoros muesebecki*) from a Socotra Cormorant colony in Umm Al Quwain, United Arab Emirates. *Ticks Tick Borne Dis* 2016; Feb;7(1): 166-71. doi: 10.1016/j.ttbdis.2015.10.012. Epub 2015 Oct 19.

Boehme MWJ, Buechele G, Frankenhauser-Mannuss J, Mueller J, Lump D, Boehm BO, Rothenbacher D. Prevalence, incidence and concomitant comorbidities of type 2 diabetes mellitus in South Western Germany – a retrospective cohort and case control study in claims data of a large statutory health insurance. *BMC Public Health* 2015; 15/855: 1-18, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/855>.

Boone I, Hassler D, Nguyen T, Splettstoesser WD, Wagner-Wiening C, Pfaff G. Tularaemia in southwest Germany: Three cases of tick-borne transmission. *Ticks and Tick-borne Diseases* 2015; 6: 611-614.

Böttcher S, Neubauer K, Baillot A, Rieder G, Adam M, Diedrich S. Stool screening of Syrian refugees and asylum seekers in Germany, 2013,2014: Identification of Sabin like polioviruses. *International Journal of Medical Microbiology* 2015; Volume 305, Issue 7: 601-606.

Fleischer J. Zum Schutz des wichtigsten Lebensmittels: Maßnahmen zur Vermeidung mikrobiologischer und chemischer Verunreinigungen von Trinkwasser. *Kommunal Topinform – das Kommunalmagazin für Baden-Württemberg und Bayern – Rubrik Landespiegel* 2015; ISSN 1616-4121: 4-7.

Frangoulidis D, Fischer SF. Q fever. *Dtsch Med Wochenschr* 2015; Aug;140(16): 1206-8. doi: 10.1055/s-0041-103640. Epub 2015 Aug 11. Review. German.

Geisel B, Widders G, Schmidt A, Seewald M, Poldrack R, Jessen F, Hofmann A, Kohlstock C, Schicht B, Spengler A (Länderarbeitskreis). Rahmen-Hygieneplan gemäß § 36 IfSG: Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge, Asylbewerber, Spätaussiedler und Obdachlose. 10/2015.

Heeg P, Brandt C, Eggers M, Gebel J, Geisel B, Gleich S, Ilchner C. Zur Prüfmethode und Anwendung viruzider Desinfektionsmittel. *Fragen und Antworten. Hygiene + Medizin* 2015; 40 (11): 467-470.

Jurke A, Bannert N, Brehm K, Fingerle V, Kempf VA, Kömpf D, Lunemann M, Mayer-Scholl A, Niedrig M, Nöckler K, Scholz H, Splettstoesser W, Tappe D,

Fischer SF. Serological survey of Bartonella spp., Borrelia burgdorferi, Brucella spp., Coxiella burnetii, Francisella tularensis, Leptospira spp., Echinococcus, Hanta-, TBE- and XMR-virus infection in employees of two forestry enterprises in North Rhine-Westphalia, Germany, 2011-2013. *Int J Med Microbiol* 2015; Oct; 305(7): 652-62. doi: 10.1016/j.ijmm.2015.08.015. Epub 2015 Aug 21.

Murajda L, Aichinger E, Pfaff G, Hellenbrand W. Public health management of invasive meningococcal disease in Baden-Wuerttemberg, Germany, 2012: adherence to guidance and estimation of resources required as determined in a survey of local health authorities. *BMC Public Health* 2015; 15: 371-378.

Pfaff G. Ebola als Herausforderung für das Gesundheitswesen in Deutschland. *Flugmedizin Tropenmedizin Reisemedizin* 2015; 22(2): 100-102.

Reick D. Hygiene im Kosmetikinstitut aus Sicht des Gesundheitsamtes. *Kosmetik international* 2015; 10: 26.

Poster

Budde N, Müller R, Holleczeck B, Stegmaier C, Zöllner I. Prostatakrebs: zeitliche Entwicklung altersspezifischer Inzidenz- und Mortalitätsraten im Saarland 1970-2011. 60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Krefeld, 06.-09.09.2015.

Geisel B. Der Leitfaden zur Hygiene in Kita, Krippe und Kindergarten mit tabellarischem Musterhygieneplan. 65. Wissenschaftlicher Kongress des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD); Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZGÖ), Rostock, 22.04.2015.

Graß HL, Geisel B. Die Todesbescheinigung als Informationsquelle für Schutzmaßnahmen im Umgang mit einem Verstorbenen. 66. Wissenschaftlicher Kongress des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD); Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZGÖ), Rostock, 22.04.2015.

Herrmann J, Harder J, Kluge S. Cholestatistische Hepatitis nach Einnahme von Diptamwurzelextrakt. 26. Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Freiburg, 26.-27.06.2015.

Kupczyk B. Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg. 20. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin, 05.-06.03.2015.

Obiegala A, Albrecht C, Wagner-Wiening C, Turni H, Ulrich RG, Pfeffer M. Leptospira spp. in shrews and rodents from locations with low and high hantavirus incidence rates in Baden-Wuerttemberg, Germany. National Symposium on Zoonosis Research, Berlin, 15.-16.10.2015.

Sammet T, Brücker M. Erarbeitung eines Fachplanes Gesundheit auf Ebene der Land- und Stadtkreise im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger. Statussymposium der Landesgesundheitskonferenz, Fellbach, 15.10.2015.

Terörde M, Zöllner I. Mortalität durch infektiöse und parasitäre Krankheiten in Deutschland 1998-2012. 65. Wissenschaftlicher Kongress Bundesverbände der Zahnärzte und der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Rostock, 23.-25.04.2015.

Ulrich L, Eichner M, Nöckler K, Piechotowski I, Wagner-Wiening C, Brockmann SO. Risk factors for human *Leptospira* infection. National Symposium on Zoonosis Research, Berlin, 15.-16.10.2015.

Wagner-Wiening C, Ley F, Herb E, Czekalla E, Aichinger E, Pfaff G. Cluster of patients with multidrug resistant *Klebsiella pneumoniae* in a neurological early rehabilitation unit, South West Germany 2015. ESCAIDE, Stockholm, 11.-13.11.2015.

Wagner-Wiening C, Lohr D, Wenzel JJ, Pfaff G. Hepatitis E transmissions via blood products: an underreported source of infection in Germany. ESCAIDE, Stockholm, 11.-13.11.2015.

Wagner-Wiening C, Fischer SF, Göhring-Zwacka E, Pfaff G, Bauer C. Risk factors for Q fever infection and illness, South West Germany 2014. ESCAIDE, Stockholm, 11.-13.11.2015.

Wagner-Wiening C, Leher A, Pfaff G. Windpocken bei Kindern und Jugendlichen, Baden-Württemberg 2013-2014. 4. Nationale Impfkongferenz, Berlin, 18.-19.06.2015.

Zöllner I, Wagner-Wiening C, Fischer S, Reick D. Diphtheria antibody seroprevalence among adults in Baden-Wuerttemberg. European Congress of Epidemiology 2015 – Healthy Living, Maastricht, 25.-27.06.2015.

Zöllner I, Köhler F, Langhans C. Einsatz nichtparametrischer Kontrollkarten zur Visualisierung von Infektionsdaten für die Surveillance in Baden-Württemberg. 65. Wissenschaftlicher Kongress Bundesverbände der Zahnärzte und der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Rostock, 23.-25.04.2015.

Zöllner I, Lorenz K. Mortalität in Baden-Württemberg nach Alter und Geschlecht 1990 und 2010. 60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Krefeld, 06.-09.09.2015.

Zöllner I, Köhler F, Lohr D, Langhans C, Aichinger E. Surveillance of infectious diseases in the South of Germany 2014. European Congress of Epidemiology 2015 – Healthy Living, Maastricht, 25.-27.06.2015.

Lehraufträge

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

Bittighofer PM. Das Berufskrankheitenverfahren. Aufbaukurs Sozialmedizin, SAMA, Stuttgart/Ulm.

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

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

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

Dreisigacker A. Lehrbeauftragte Öffentliches Dienstrecht, Tarifrecht, Personalvertretungsrecht. Verwaltungsschule LRA Esslingen.

Dreisigacker A. Vorlesung Öffentliches Dienstrecht. Einführungslehrgang Fakultät Steuer- und Wirtschaftsrecht. FHöV Ludwigsburg.

Fischer G. Vorlesung „Hygiene“ – Unterkurs. MTA-Schule Katharinen-Hospital.

Fischer G. Vorlesung „Mykologie“ – Mittelkurs. MTA-Schule Katharinen-Hospital.

Leher A. Vorlesung Epidemiologie, Statistik und GBE. Hochschule Esslingen.

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

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

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

Oehme R. Mikrobiologische Diagnostik in der Humanmedizin. Universität Hohenheim.

Pfaff G. Vorlesung Epidemiologie und Psychiatrische Epidemiologie. Evangelische Hochschule Ludwigsburg.

Wagner-Wiening C. Vorlesung Medizinische Virologie. MTA-Schule Stuttgart.

Wagner-Wiening C. Vorlesung Infektionsschutzgesetz. Landesakademie Baden-Württemberg für Veterinär- und Lebensmittelwesen.

Zöllner I. Vorlesung Epidemiologie und Statistik. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Vorlesung Surveillance. Universität Mainz.

Zöllner I. Vorlesung Statistik/Studienplanung/Analysemethoden. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Vorlesung Nutritional epidemiology, nutrition and health survey planning. Universität Hohenheim.

Gremienarbeit



Fachgremien

Abteilungsleitung 9

- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Fachbeirat Diabetes Baden-Württemberg
- Mitglied im Landesbeirat Krebsregister
- Mitglied im Vorstand des Ärzteverbandes Öffentlicher Gesundheitsdienst 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
- Arbeitsgruppe Zoonosen und Infektionsforschung der Telematikplattform Medizinische Forschungsnetze
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Entomologie und Acarologie
- Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)
 - Fachgruppe Infektionsimmunologie
 - Ständige Arbeitsgemeinschaft der Nationalen Referenz- und Konsiliarlabore
- DIN 19643: NA 119-07-16 AA Schwimmbeckenwasseraufbereitung
- Grundwasserbeirat Baden-Württemberg: Mitgliedschaft
- Landesarbeitsgruppe Borreliose und FSME Baden-Württemberg
- Netzwerk Biologische Gefahrenlagen
- ÖGD-Arbeitskreis Dokumentation und Weiterentwicklung von Hygienestandards in der Langzeit- und Altenpflege
- ÖGD-Qualitätszirkel Infektionsschutz
- Qualitätszirkel Tuberkulose
- Robert Koch-Institut (RKI): Netzwerke der Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien, Netzwerk Zoonosen (Sprecherin)
- Umweltbundesamt (UBA):
 - Arbeitskreis Mikrobiologie der Trinkwasserkommission
 - Schwimm- und Badebeckenwasserkommission
- Wasserhygiene-Arbeitskreis der Landesuntersuchungsämter (ALUA)

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

- AG Ambulante Pflege
- AG 12 gesundheitsziele.de – Alkoholkonsum reduzieren
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit

- Beirat der Sektion Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.
- Bundesweiter Arbeitskreis der Überregionalen Arbeitsstellen Frühförderung in den Ländern
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
 - Arbeitstreffen Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit
 - Bund-Länder-Gremium zur Koordinierung von Maßnahmen der Aids-Aufklärung
 - Länder-Kooperationskreis Suchtprävention
- Delegiertenversammlung der Landesarmutskonferenz (Gaststatus)
- 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 und der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheit
- Länderkoordinationsgremium Glücksspielsucht
- Landesarbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten
- Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen Baden-Württemberg
- Landesbehindertenbeirat Baden-Württemberg
- Landeskommision für Menschen mit Hörbehinderung Baden-Württemberg
- Landeskommision für sehbehinderte und blinde Menschen Baden-Württemberg
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
 - AG-Heimaufsicht
 - Arbeitsgruppe Aids/STI-Prävention
 - Arbeitsgruppe Substitution
 - Arbeitsgruppe Suchtprävention
 - Beirat für Akzeptanz und Gleichstellung
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg
 - Beraterkreis Sonderpädagogische Förderung in allgemeinbildenden Schulen
 - Fachbeirat Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung
 - Netzwerk für Prävention an Schulen
- Netzwerk Neue Festkultur
- Netzwerk Sprache, Baden-Württemberg Stiftung
- ÖGD Baden-Württemberg:
 - Fachbeirat Einschulungsuntersuchung (Gaststatus)

- Regionale Fachkonferenzen der Aids-/STI-Beratungsstellen in den Gesundheitsämtern
- Vernetzungsstelle Schulverpflegung Baden-Württemberg

Referat 95: Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

- Ärzteverband 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 ArbMed-VV
 - * 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):
 - Arbeitsausschuss Arbeitsschutzmanagementsysteme (NA 175-00-02 AA), Entwicklung ISO 45001
 - Arbeitsausschuss Anforderungen an das Tätowieren (NA 159-02-14)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), BG RCI-Arbeitsgruppe Merkblatt 007: Sichere Biotechnologie, Einstufung biologischer Arbeitsstoffe: Pilze
- Europäisches Komitee für Normung (CEN), Technical committee Project Committee – Tattooing services (CEN/TC 435)
- Gesellschaft für Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung mbH (GQB), Widerspruchsausschuss
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), Arbeitsgruppe. Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Länderarbeitsgruppe Umweltbezogener Gesundheitsschutz (LAUG), Ad hoc-Arbeitsgruppe Innenraumrichtwerte
- Länderarbeitskreis Rahmenhygienepläne
- 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 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
- Robert Koch-Institut, Arbeitskreis Viruzidie
- Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V. (SAMA), Planungsgruppe Arbeitsmedizin
- Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW), Beratergruppe Qualitätssicherung
- Verein Deutscher Ingenieure (VDI/DIN):
 - Arbeitsgruppe NA 134-02-02-64 UA Richtwerte für thermische Belange,
 - KRdL-Arbeitsgruppe NA 134-03-07 AA Gemeinschaftsausschuss Bioaerosole und biologische Agenzien
 - KRdL-Arbeitsgruppe NA 134-04-04-05 UA Erfassung von Mikroorganismen
 - KRdL-Arbeitsgruppe NA 134-03-07-04 UA Bioaerosole und biologische Agenzien – Schimmelpilze
 - KRdL-Arbeitsgruppe NA 134-03-07-05 UA Bioaerosole und biologische Agenzien - MVOC, Endotoxine, Glucane
- Verbund für angewandte Hygiene (VaH), Arbeitsgruppe Angewandte Desinfektion
- Weltgesundheitsorganisation (WHO), WHO-working group on noise

Gremienarbeit Regierungspräsidium Stuttgart

Interessenvertretung

- Örtlicher Personalrat (ÖPR)
 - Cronauer, R. (50 % Freistellung)
 - Döring, V. (50 % Freistellung)
 - Dreisigacker, A.
 - Edinger, P. (60 % Freistellung)
- Bezirkspersonalrat (BPR)
 - Dreisigacker, A.
 - Edinger, P. (40 % Freistellung)

EUROPA-Team

- Dreisigacker, A.
- Müller-Barthelmeh, R.

Fachpublikationen



Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

- Informationen zu MRGN für ambulant betreute Patienten und Angehörige (deutsch- und fünf fremdsprachige Versionen: arabisch, englisch; kroatisch, russisch, türkisch)
- Informationen zu MRSA für ambulant betreute Patienten (deutsch- und fünf fremdsprachige Versionen: arabisch, englisch; kroatisch, russisch, türkisch)
- Informationen zu MRSA für Patienten im Krankenhaus (deutschsprachige und fünf fremdsprachigen Versionen: arabisch, englisch; kroatisch, russisch, türkisch)

Gesundheitsförderung und Prävention

- Baden-württembergische Überarbeitung der Materialien zur Prävention der Glücksspielsucht des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung Hamburg
- Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung – Städte und Gemeinden gesundheitsförderlich, lebenswert und generationenfreundlich gestalten.
- Schon gehört? Laut ist out! Gesundheitsrisiko Freizeitlärm
 - Infolyer für Jugendliche und junge Erwachsene
 - Info-Broschüre
 - fünf Postkarten
 - Plakat

Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

- Alters- und geschlechtsspezifische Mortalitätsraten in Baden-Württemberg 2010
- Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2011/2012 (Schulanfänger 2013) – Landesweite Auswertung für Baden-Württemberg
- Leitfaden Management lebensmittelassoziierte Infektionen in Baden-Württemberg

Medizinischer Arbeits- und Umweltbezogener Gesundheitsschutz

- Mutterschutz im Krankenhaus – Ein Leitfaden (dritte, ergänzte Auflage)

Sonstiges

- Amtsärztliche Fortbildung 2013 – Amtsärztliche Gutachten und ärztliche Schweigepflicht sowie Asylbewerberleistungsgesetz
- Amtsärztliche Fortbildung 2014 – Amtsärztliche Begutachtung bei neurologischen, rheumatologischen und stoffwechselbedingten Erkrankungen
- Aus-, Fort- und Weiterbildung Hygiene – Gesamtprogramm 2016
- Aus- und Fortbildung zum Desinfektor/zur Desinfektorin: Kursangebote 2016
- Fortbildung zum/zur Hygienebeauftragten Arzt/Ärztin: Kursangebote 2016
- Jahresbericht Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2014
- Hygiene in Arztpraxen & Zahnarztpraxen – Fortbildung für medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte: Kursangebote 2016
- Hygiene in der Altenpflege & Behindertenhilfe: Fortbildung von Fachkräften zu staatliche geprüften Hygienebeauftragten: Kursangebote 2016
- Veranstaltungsprogramm 2016 Öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitsmedizin

Pressemitteilungen



23.01.2015

Die Grippewelle hat Baden-Württemberg erreicht. – Das Landesgesundheitsamt meldet steigende Fallzahlen – Mehrere Influenza-Viren kursieren gleichzeitig

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

06.02.2015

Gesundheit

Neuer Online-Auftritt für den Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

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

13.02.2015

Zur Grippe nun auch noch Brechdurchfall: Magen-Darm-Krankheiten durch Noroviren haben Hochsaison.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

25.02.2015

Landesgesundheitsamt hält Masernausbrüche auch in Baden-Württemberg für möglich – unzureichende Impfbeteiligungen in vielen Gemeinden

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

04.03.2015

Landesgesundheitsamt – Der Grippe-Gipfel ist überschritten – Das Landesgesundheitsamt rechnet mit langsamem Rückgang über einige Wochen.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

12.03.2015

Landesgesundheitsamt begrüßt Urteil im Masernprozess

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

20.03.2015

Welttuberkulosekongress am 24. März 2015 – Kein weiterer Rückgang der Tuberkulose in Baden-Württemberg, Zahl der Neuerkrankungen stagniert seit mehreren Jahren.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

25.03.2015

Die Grippewelle in Baden-Württemberg klingt ab.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

17.04.2015

Sozialministerin und Regierungspräsident rufen zum Impfen auf – 10. Europäische Impfwache vom 20.-25. April 2015

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

20.05.2015

Pressekonferenz des Landesgesundheitsamtes: Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsschutz stärken den Standortfaktor Gesundheit im Land – Vorstellung des Jahresberichts 2014

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

20.05.2015

Badegewässerkarte 2015 – Badeseen im Land erhalten erneut Bestnoten

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

30.06.2015

Hitzewelle in Baden-Württemberg: Gesundheitsministerin warnt vor Gesundheitsrisiken

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

01.07.2015

Dr. Karlin Stark ist neue Leiterin des Landesgesundheitsamtes – Ministerialdirektor Jürgen Lämmle und Regierungspräsident Johannes Schmalzl würdigen die Verdienste des ausgeschiedenen Leiters Prof. Dr. Günter Schmolz

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

- 03.07.2015
Mehr Hantavirus-Erkrankungen im Land – Das Landesgesundheitsamt empfiehlt Schutzmaßnahmen
(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)
- 09.07.2015
Gewinner des Schüler-Nichtraucherwettbewerbs „Be smart – Don’t start“ ausgezeichnet
(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)
- 21.07.2015
Kabinett beschließt Landesgesundheitsgesetz
(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)
- 27.08.2015
Neues Gesetz für einen bürgerorientierten Öffentlichen Gesundheitsdienst
(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)
- 07.10.2015
Exotische Stechmücken in der Oberrheinregion
(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)
- 11.10.2015
Glücksspielsucht: Sozialministerin setzt auf Prävention bei Jugendlichen
(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)
- 16.12.2015
Rede im Landtag von Gesundheitsministerin Katrin Altpeter zum Landesgesundheitsgesetz und Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)-Gesetz
(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)
- 15.10.2015
Gesundheitsministerin präsentiert Aktionsplan gegen Volkskrankheit Diabetes
(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

Anfahrtsbeschreibung – Dienstgebäude Nordbahnhofstr. 135

siehe Wegbeschreibung aus Richtung Heilbronn und Karlsruhe

Nordbahnhof

S4 S5 S6 S Nordbahnhof

U U12 Nordbahnhof

Landesgesundheitsamt Nordbahnhofstr. 135

U Mittagstraße

Pragfriedhof

U Milchhof

U Türlenstraße (Bürgerhospital)

siehe Wegbeschreibung aus Richtung München

DB Hauptbahnhof Stuttgart

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

U U12 Richtung Hallschlag

Anreise mit dem Auto

Aus Richtung Heilbronn

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

Aus Richtung Karlsruhe

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

Aus Richtung München

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

Stichwortverzeichnis

**A**

Alkohol 29
 Alters- und geschlechtsspezifische Mortalitätsraten
 22, 26
 Asyl 34
 Aus-, Fort- und Weiterbildung 111

B

Behinderung 27
 Berufskrankheiten
 Morbus Hodgkin 23
 Übersicht 81
 Betriebliches Gesundheitsmanagement 32
 Bewegungstreffe 33
 Blindheit 45
 Borrelia miyamotoi 18

C

Chlamydia trachomatis 19
 Chronische Erkrankungen 43

D

Demenz 45
 Diabetes mellitus Typ 2 43
 Durchimpfungsraten 35

E

Ebola 39
 EHEC 38
 Einschulungsuntersuchungen 15, 35, 36
 Entwicklungsverzögerung 27
 Epidemiologische Untersuchungen 22
 Ermächtigungen
 arbeitsmedizinische Vorsorge 83

ESU-Impfdaten 37
 Europäische Impfwoche 31

F

Feinstaub 22
 Freizeitlärm 30
 Frühförderung 27

G

Gefährdungsbeurteilung 32
 Gesamtsterblichkeit 22, 26
 Gesundheitsförderung 48
 Gesundheitsmanagement 32
 Gremienarbeit 121

H

Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung 24
 Herz-Kreislauf-Erkrankungen 43
 Hygieneangelegenheiten des ÖGD 70
 Hygienekontrolleur 10
 Hygiene-Schulungen 41

I

Impfquoten 37
 Impfungen 31, 35, 36
 Infektiologie 72

K

Kindergarten 21
 Schimmelpilzbefall 21
 Kinderlähmung 36
 Kommunale Gesundheitskonferenzen 48
 Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz 31, 39

L

Laborunterstützter Gesundheitsschutz 64
 Landesarzt 27, 45
 Landesprüfungsamt 101
 Lebensmittelassoziierte Infektionen 40
 Legionellen 69

M

Medikamente 25
 Medizinische Versorgung 48
 Meldedaten 37
 Molekularbiologie 74
 Morbus Hodgkin 23
 Mortalitäts-surveillance 26
 MRE-Netzwerk 28

MRSA 28
Mycoplasma pneumoniae 16

N

Neisseria gonorrhoeae 19

O

Organisationspläne 52, 53

P

Prävention 46

Q

Q-Fieber 17

R

Radioaktivität 12
Rückfallfieber
 Borreliose 18

S

Schädlingsbestimmung 74
Schimmelpilze 21
Sektorenübergreifende Versorgung 47
Sexuelle Orientierung 44

Sexuell übertragbare Infektionen 19
Sprachscreening 15
Staatlicher Gewerbearzt 81
Suizid 44
Syphilis 20

T

Trinkwasser 12
Trinkwasseruntersuchungen 65
Tuberkulose 70

U

Umweltmedizin 42

V

Veranstaltungen 111

W

Wasserhygiene 65
Welcome Center für Anerkennung ausländischer
 Gesundheitsfach- und Sozialberufe 49
Windpocken 37

Z

Zentrum für Bewegungsförderung 33



Dienstgebäude Nordbahnhofstraße 135 · Stuttgart

