



2012

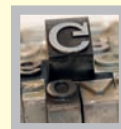
Jahresbericht



Analyse



Prävention



Qualitätssicherung



Baden-Württemberg

LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART



2012

Jahresbericht



Baden-Württemberg

LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART

Impressum

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

Juni 2013



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

Umschlagvorderseite + S. 3 + S. 8: © Lisa Eastman/fotolia.com; © Chee-Onn Leong/fotolia.com; © iMAGINE/fotolia.de;
© Marlee/fotolia.de; © Philpictore/fotolia.de; © Nico/fotolia.de; Umschlagrückseite: © A. Schnabel;
S. 13: <http://maps.google.de/maps?hl=de&tab=wl>; S. 24: © Minh-Chau Tran; S. 36: © Yuri Shirokov/fotolia.com;
S. 39: © Löhr-Fotografie/fotolia.com; S. 42: © amridesign/fotolia.com; S. 42: © Christian42/fotolia.de;
S. 44: © Chlorophylle/fotolia.de; S. 44: © Patricia Hofmeester/fotolia.de; S. 46: © Lisa Eastman/fotolia.com;
S. 47: © Yuri Arcurs/fotolia.de; S. 48: © Marc/fotolia.com; S. 51: © Chee-Onn Leong/fotolia.de;
S. 64: © Michael Kempf/fotolia.de; S. 82: © Maksym Yemelyanov/fotolia.com; S. 87: © Joe Gough/fotolia.de;
S. 90: © Kurt Duratschek/fotolia.com; S. 95: © Dmitry Nikolaev/fotolia.de; S. 98: © PhotoCreate/fotolia.de;
S. 103: © Franz Pfluegl/fotolia.de; S. 104: © tm-pictures.ch/fotolia.de; S. 106: © askaja/fotolia.de

Vorworte 5

Einblicke in die Arbeit – kurz zusammengefasst

Qualitätssicherung im ÖGD als Auftrag und Selbstverpflichtung 8

Analyse



One-Health-Strategie senkt Salmonellose-Infektionen 9

Masern 2012 in Baden-Württemberg 10

RSV-verursachter Ausbruch in einem Krankenhaus 11

HIV – Prävalenz, Inzidenz und Neudiagnosen 12

Ein stabiler Focus von FSME-Viren in einem Stuttgarter Stadtteil 13

Untersuchung der Ökologie von Zecken als Überträger von Krankheitserregern
in Baden-Württemberg in Bezug auf Habitat, Landnutzung, Wirtstiere und Klima 14

Von Mäusen und Menschen mit Hantaviren 15

Hantavirus-Erkrankungen sind vielgestaltig – aufmerksame Ärzte sind gefragt 16

EHEC-Surveillance im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 17

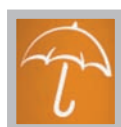
PATH₂OGENSCAN – einer für alle 18

Herausforderung Infraschall 19

Übergewicht bei Einschulungskindern 20

Seit 1990 deutlicher Rückgang der Sterblichkeit durch Kreislauferkrankungen
in Deutschland 21

Prävention



Symposium Frühförderung Baden-Württemberg 2012 22

Rechtliche Neuerungen in der Glücksspielgesetzgebung in Baden-Württemberg 23

Bewegungsförderung und Stadtplanung 24

Das Stadtklima im Jahr 2100 25

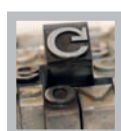
Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ 26

Gesund älter werden in Baden-Württemberg 27

Betriebliche Gesundheit in der Landesverwaltung verankern 28

Hinweise zur Beteiligung der Selbsthilfe in Kommunalen Gesundheits-
konferenzen 29

Qualitätssicherung



Umsetzung der neuen Trinkwasserverordnung aus der Sicht der Über-
wachungsbehörden 30

Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz, Infektionssurveillance 31

Informationen zu Risikofaktoren verschiedener Krebserkrankungen 32

Digitale Infektionsdaten und ihre Darstellungsmöglichkeiten 33

Aus-, Fort- und Weiterbildungen des Landesgesundheitsamtes Baden-
Württemberg 34

Fortbildung im ÖGD Baden-Württemberg 35

Hygienebegehung von Zahnarztpraxen – Konzeption einer Fortbildung für
Zahnärzte im ÖGD 36

Über zehn Jahre „Staatlich geprüfte Hygienebeauftragte“ für Pflegeeinrichtungen
in Baden-Württemberg! 37

Anhang

| | | |
|----|--|-----|
| 1 | Organisationspläne | 40 |
| 2 | Aufgaben der Abteilung „Landesgesundheitsamt“ im Überblick | 42 |
| 3 | Laborunterstützter Gesundheitsschutz | 51 |
| 4 | Staatlicher Gewerbearzt | 64 |
| 5 | Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen | 82 |
| 6 | Laufende Projekte 2012 | 87 |
| 7 | Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot 2012 | 90 |
| 8 | Gremienarbeit | 95 |
| 9 | Forschung und Lehre | 98 |
| 10 | Pressemitteilungen | 103 |
| 11 | Fachpublikationen | 104 |
| 12 | Lageplan Nordbahnhofstraße 135 | 105 |
| 13 | Stichwortverzeichnis | 106 |

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Baden-Württemberg – Aufbruch in die Zukunft



Das Jahr 2012 war aus Sicht des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) gekennzeichnet durch vielfältige Aktivitäten und engagierte Diskussionen in Arbeitskreisen – das aus dem Jahr 1994 stammende Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) soll in naher Zukunft novelliert werden. Dabei soll der

„New Public Health“-Ansatz, der sich auf Gesundheitsplanung und -management konzentriert, stärker als bisher zum Tragen kommen. Das Curriculum für einen Amsarztlehrgang in Baden-Württemberg ist zur Zeit in der Endabstimmung.

Einvernehmen besteht bei den Akteuren des Gesundheitswesens, dazu zählen in diesem Kontext ausdrücklich auch die Krankenkassen, dass Gesundheit sich wohl am Besten in der Kommune verwirklichen lässt. Das LGA als Abteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart beteiligt sich bei diesem Prozess, dessen Ausgang noch nicht klar zu erkennen ist, in zahlreichen Arbeitsgruppen und Diskussionsforen. Insbesondere die Kommunalen Gesundheitskonferenzen, in deren Agenda sich Fragen der medizinischen Versorgung und die Umsetzung der baden-württembergischen Gesundheitsziele in etwa die Waage halten, werden intensiv betreut. Der im Jahre 2011 online gestellte Gesundheitsatlas soll verlässliche regionale Daten zur Krankheitslast in unserer Bevölkerung und zu den präventiven Angeboten liefern. Daraus kann sich, bei gebotener Vorsicht in Bezug auf die Interpretation der Daten, ein Benchmarking der Kommunen ergeben. Besonders erfreulich ist jedenfalls, dass die kommunalen Spitzenverbände zunehmend erkennen, dass Gesundheit ein wichtiger Standortfaktor ist, den mit eigenen Mitteln zu implementieren sich lohnt.

Das LGA ist bestrebt, mit der Erarbeitung von Gesundheitsindikatoren, z. B. zum Diabetes mellitus, Grundlagen für die Evaluation der Gesundheitsstrategie zu liefern.

Im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist das LGA wieder gut unterwegs. Der bundesweit nur vom LGA angebotene Kurs „Krankenhaushygiene für den ÖGD“ wird zum zweiten Mal Teil des umfangreichen Veranstaltungsprogramms für den ÖGD und die in den Bereichen Hygiene, Frühförderung und Arbeitsmedizin Tätigen, ebenso die strukturierte curriculare

Fortbildung „Umweltmedizin“, zu der sich Teilnehmer aus ganz Deutschland angemeldet haben.

Aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ist ebenfalls Erfreuliches zu berichten: Das gemeinsam mit dem LGA entwickelte Projekt „Neue Festkultur“ hat den ersten Bundeswettbewerb zur Alkoholprävention gewonnen.



Baden-Württemberg hat im Frühjahr die heftigste Grippewelle seit zehn Jahren überstanden. Unser Laborbereich und die Infektionsepidemiologie haben diese und andere Herausforderungen wieder gemeistert – trotz erheblicher personeller Engpässe, die im Übrigen das gesamte LGA in seinen Möglichkeiten merklich einschränken.

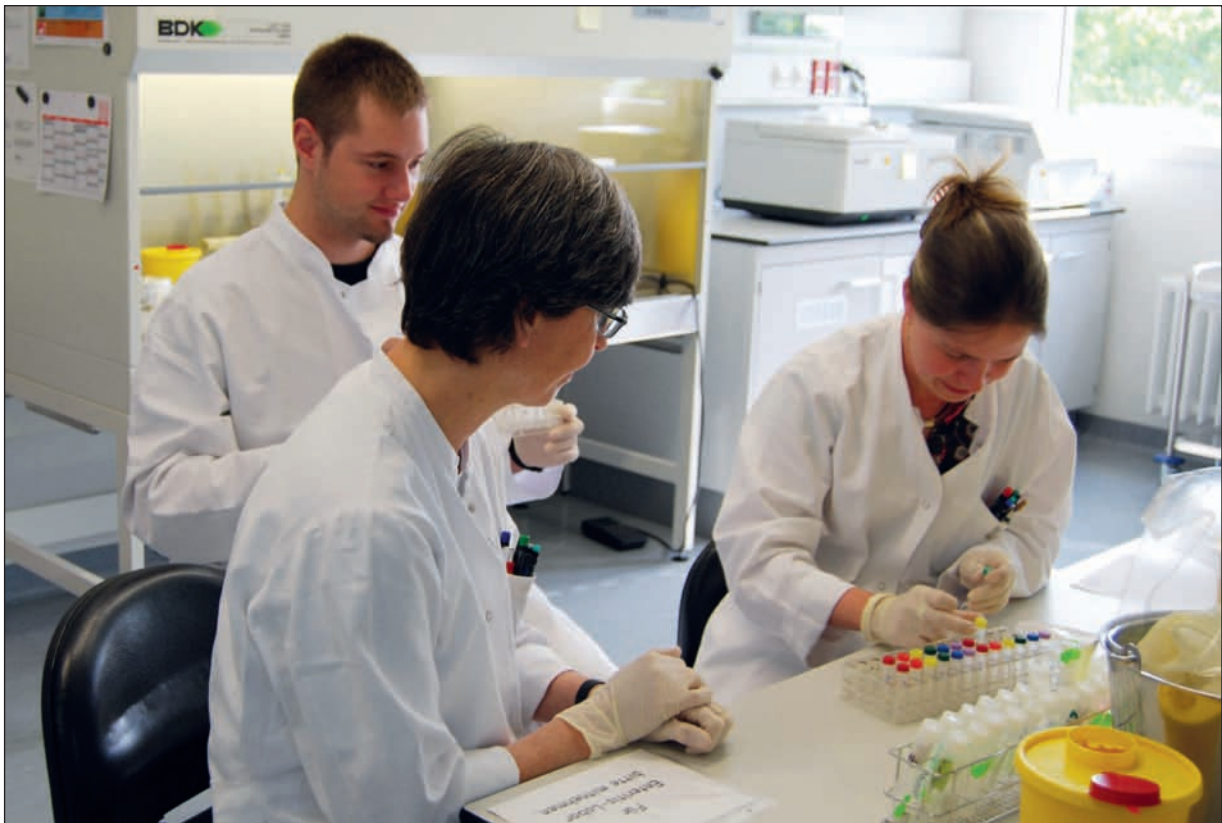
Eine besondere Anerkennung verdient auch das Referat „Landesprüfungsamt“, das sich einer Fülle von Anerkennungsanträgen ausländischer Bildungsabschlüsse gegenüber sieht. Vor dem Hintergrund eines zunehmend nachweisbaren Ärztemangels in ländlichen Regionen und eines dramatischen Mangels an Pflegepersonen in Ballungsräumen lastet auf dieser Organisationseinheit ein erheblicher öffentlicher Druck.

Die Mitwirkung in zahlreichen Gremien und Ausschüssen auf Landes-, Bundes- und internationaler Ebene ist, trotz der damit verbundenen Aufwendungen, unerlässlich. Nur so kann der hohe fachliche Standard bei erheblich eingeschränkten personellen Ressourcen gehalten werden, neue Entwicklungen und Trends der Lebenswissenschaften früh aufnehmen und eigene Akzente setzen.

Auch in diesem Jahr ist es uns ein besonderes Anliegen, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr herzlich für ihren Einsatz zu danken. Die Fülle an Daueraufgaben sowie das eilige Tagesgeschäft verlangt vielen von ihnen oft Alles ab. Unseren Kunden und Kooperationspartnern danken wir ebenfalls für das uns entgegengebrachte Vertrauen und das Verständnis für unsere eingeschränkten Möglichkeiten.

Johannes Schmalz
Regierungspräsident

Prof. Dr. Günter Schmolz
Präsident des Landesgesundheitsamtes



Krankheitserregernachweis im Rahmen des laborunterstützten Gesundheitsschutzes

Einblicke in die Arbeit – kurz zusammengefasst

Qualitätssicherung im ÖGD als Auftrag und Selbstverpflichtung

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

Der ÖGD

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

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

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

Das LGA als fachliche Leitstelle für den ÖGD

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

Die Hilfestellung durch das LGA bewährt sich z. B.

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

das Robert Koch-Institut in Berlin als bundesweite Erfassungsstelle weitergemeldet.

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

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

Neben der Wahrnehmung der laufenden Aufgaben ermöglichen abgestimmte Projekte die Vertiefung einzelner Arbeitsschwerpunkte. Diese werden in jährlichen Zielvereinbarungen zwischen dem SM als Fachressort und dem Regierungspräsidium Stuttgart (RPS) festgeschrieben und greifen auch gesundheitspolitische Schwerpunkte auf. Die laufenden Projekte im Jahr 2012 sind im Anhang 6 aufgelistet.

Qualitätssicherung im ÖGD

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

Einblicke in die Arbeit des LGA

Die Berichte auf den folgenden Seiten sind drei Schlagworten zugeordnet:



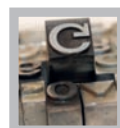
Analyse

beobachten, untersuchen, beurteilen



Prävention

vorsorgen, fördern, schützen



Qualitätssicherung

beraten, fortbilden, weiterentwickeln

One-Health-Strategie senkt Salmonellose-Infektionen

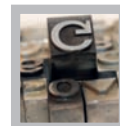
Christiane Wagner-Wiening, Ref. 95

Salmonellen-Infektionen sind noch die dritthäufigste Ursache Lebensmittel-assoziiierter Erkrankungen. Bekämpfungsprogramme bei Nutztieren haben aber einen starken Rückgang von Salmonellose-Infektionen bewirkt.

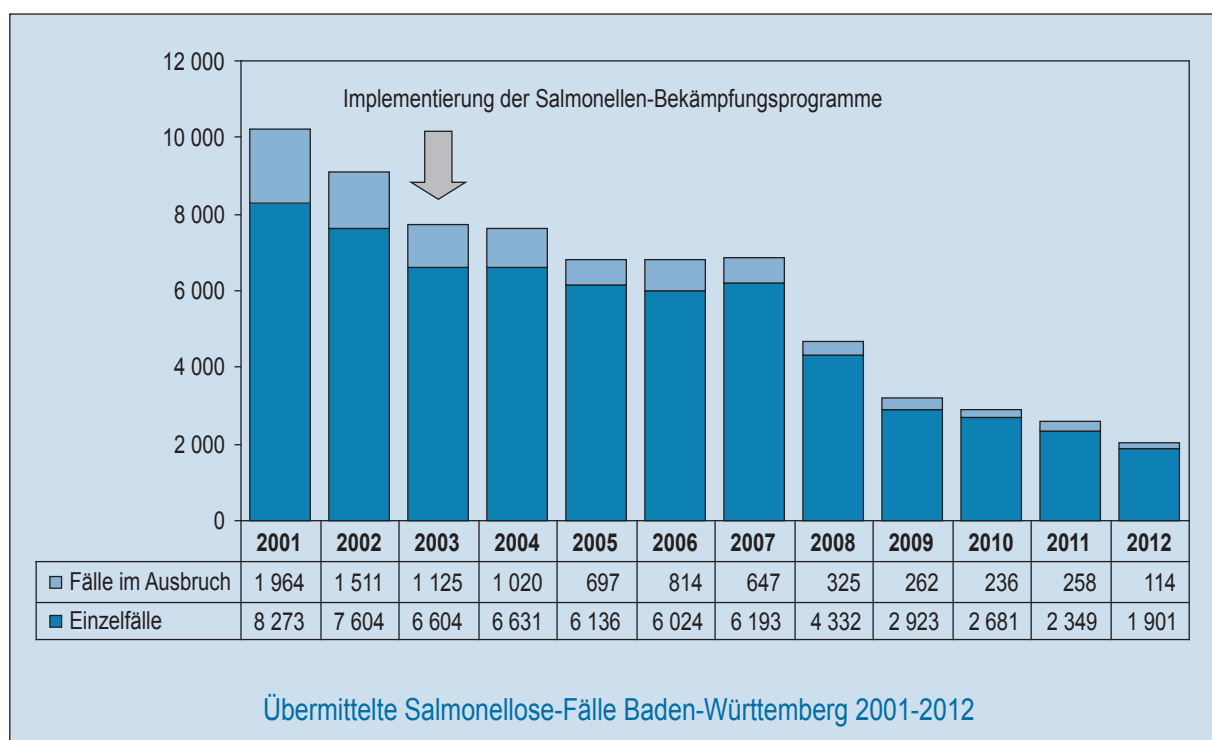
„One Health“ bezeichnet einen Ansatz, der Gesundheit von Mensch und Tier in einen Zusammenhang bringt. Bereits seit 2003 wurden mit der Verordnung (EG) Nr. 2160/2003 des europäischen Parlaments und des Rates vom 17.11.2003 europaweite und nationale Programme zur Bekämpfung von Salmonellen und anderen durch Lebensmittel übertragbaren Zoonoseerregern implementiert. Hauptziel ist es, von Tier zu Mensch übertragbare Infektionskrankheiten (Zoonosen) bereits in Tierpopulationen zu überwachen und zu bekämpfen. Das Auftreten neuer Infektionserreger wie SARS und die H5N1-Influenza haben diesem Konzept neuen Auftrieb gegeben. Auf einer internationalen Ministerkonferenz im Oktober 2008 haben sich die Teilnehmer auf ein Strategiepapier verständigt, das von internationalen Institutionen wie der FAO (Food & Agriculture Organisation of the United Nations), WHO (World Health Organisation) und OIE (World Organisation for Animal Health) ausgearbeitet wurde. Zentrales Element ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Human- und Tiermedizin und weiteren Disziplinen. Das Strategie-

papier berücksichtigt auch lebensmittelassoziierte Infektionen und Ausbrüche, die durch den Eintrag von Krankheitserregern über Nutztiere in die Lebensmittelkette verursacht werden. Die veterinärmedizinische Versorgung von Nutztieren, die qualitätsgesicherte Lebensmittelherstellung, Hygieneaufklärung des Verbrauchers und die Überwachung der Infektionen in Nutztier und Mensch sind hierbei entscheidende Instrumente. Ein Erfolg dieser One Health-Strategie zeigt sich in der deutlichen Reduzierung von Salmonellen-Erkrankungen.

Die Maßnahmen haben auch in Baden-Württemberg gegriffen. Die Anzahl übermittelter Salmonellose-Erkrankungen ist seit Beginn der Bekämpfungsprogramme von mehr als 10 000 Fällen stetig auf 2 015 Fälle im Jahr 2012 gesunken. Die Anzahl Salmonellose-bedingter Ausbrüche ging von 481 im Jahr 2001 auf 41 im Jahr 2012 zurück. *S. enteritidis* (36 %) und *S. typhimurium* (10 %) waren die am häufigsten diagnostizierten Serovare im Jahr 2012. Bei sechs Ausbrüchen konnte die Infektkette durch einen Erregernachweis in Lebensmitteln aufgeklärt werden. Betroffene Lebensmittel waren Eier, Fleisch und Milchprodukte. Die Entwicklung der Erkrankungszahlen zeigt den Erfolg und die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Salmonellen und weiterer Zoonosen eindrucksvoll auf.



Analyse



Masern 2012 in Baden-Württemberg

Dorothee Lohr, Günter Pfaff, Ref. 95

Mit Blick auf die von der WHO für das Jahr 2015 angestrebte Maserneliminierung wurden die übermittelten Masernfälle erstmals nach einem neuen Berichtsformat der WHO aufgeschlüsselt.

Die Mitgliedsstaaten der WHO-Euro-Region haben sich die Eliminierung von Masern und Röteln sowie die Prävention der kongenitalen Rötelninfektion bis zum Jahr 2015 zum Ziel gesetzt. Die verstärkten Anstrengungen auf dem Weg zu diesem Ziel schließen auch eine fortgesetzte Beobachtung des aktuellen Status ein.

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 28 Masernverdachtsfälle übermittelt. Davon haben sich neun durch

eingeleitete Laboruntersuchungen nicht bestätigt; diese Fälle wurden gestrichen (0,08 verworfene Fälle/100 000 Einwohner).

Mit 19 Masernerkrankungen wurden im Jahr 2012 somit erheblich weniger Masernerkrankungen als im Vorjahr (2011: 525 Fälle) und auch in jedem Jahr seit Einführung des IfSG-Meldewesens im Jahr 2001 übermittelt. Für die Monate September bis Dezember ist keine Masernerkrankung mehr verzeichnet, so dass für 2012 keine ununterbrochene Masernübertragung stattfand. Der Anteil der importierten Fälle lag mit 5/19 bei 26 %; das Infektionsland der übrigen zwölf Fälle ließ sich nicht eindeutig zuordnen (siehe erste Tabelle). Die meisten Fälle betreffen weiterhin ungeimpfte Kinder und Jugendliche, gefolgt von den jungen Erwachsenen (siehe zweite Tabelle).

Klassifizierung der Masernfälle 2012 nach Bestätigungsgrad und Herkunft der Infektion

| Herkunft der Infektion | Fallklassifizierung | | | gesamt |
|------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|--------|
| | laborbestätigt | epidemiologisch verknüpft | klinisch kompatibel | |
| importiert | 5 | 0 | 0 | 5 |
| endemisch** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| unbekannt | 12 | 1 | 1 | 14 |
| gesamt* | 12 | 1 | 1 | 14 |

* ohne importierte Fälle

** Zu mehreren dieser Fälle mit vermutlichem Infektionsland Deutschland war die vorausgehende Infektkette nicht eruierbar. Es kann deshalb nicht entschieden werden, ob es sich um endemische oder Import-assoziierte Fälle handelt. In der Tabelle sind diese Fälle als unbekannt aufgelistet.

Genotypisierung der importierten und endemischen Fälle

Von 17 Fällen mit Labornachweis (90 % aller Masernfälle) wurden sieben Proben am Nationalen Referenzzentrum für Masern, Mumps und Röteln genotypisiert. Das entspricht 41 % aller laborbestätigten und 37 % aller gemeldeten Masernfälle im Jahr 2012. Bei zwei Proben der beiden Patienten eines Herdes mit Infektionsort Deutschland wurde der Genotyp D4 Manchester nachgewiesen ebenso wie bei einem Sekundärfall des Herdes mit insgesamt vier Erkrankten, dessen Indexfall sich in Deutschland oder Frankreich ansteckte. Bei einem weiteren Herd lag bei beiden Erkrankten der Genotyp D4 Marmande vor. Bei einem Patienten mit Infektion in Uganda wurde der Genotyp B3 festgestellt, beim Patienten mit Infektion in den

Niederlanden der Genotyp D8-Villupuram. Von den drei Patienten mit Wohnsitz in Rumänien konnte mangels passendem Material keine Genotypisierung durchgeführt werden: zwei Geschwister im Alter von ein und zwei Jahren, die bereits bei Einreise nach Deutschland symptomatisch waren (Herd), und eine 36-jährige Erwachsene, die nach der Einreise erkrankte (Einzelfall).

Masernfälle 2012 nach Alter und Impfstatus der laborbestätigten, epidemiologisch verknüpften und klinisch kompatiblen Fälle (ohne importierte Fälle)

| Impfstatus | Alter | | | | | | | unbekannt | gesamt |
|------------------------|----------|-----------|-----------|-------------|-------------|-------------|------|-----------|--------|
| | < 1 Jahr | 1-4 Jahre | 5-9 Jahre | 10-14 Jahre | 15-19 Jahre | 20-29 Jahre | 30 + | | |
| 0 Dosen = ungeimpft | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 0 | 0 | 11 |
| 1 Dosis | 0 | 1 | 0 | 0 | 1* | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 2 oder mehr Dosen | | | | | | | | | |
| unbekannter Impfstatus | | | | | | 1 | | | 1 |
| gesamt | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 3 | 0 | 0 | 14 |

* klinisch kompatibler Fall ohne Laborbestätigung oder epidemiologischen Zusammenhang

RSV-verursachter Ausbruch in einem Krankenhaus

Elisabeth Aichinger, Ref. 95

Im Winter häufen sich Atemwegserkrankungen – auch durch Respiratorische Synzytial-Viren (RSV). Doppelzimmerbelegungen begünstigen die Ausbreitung der Viren in einem Krankenhaus.

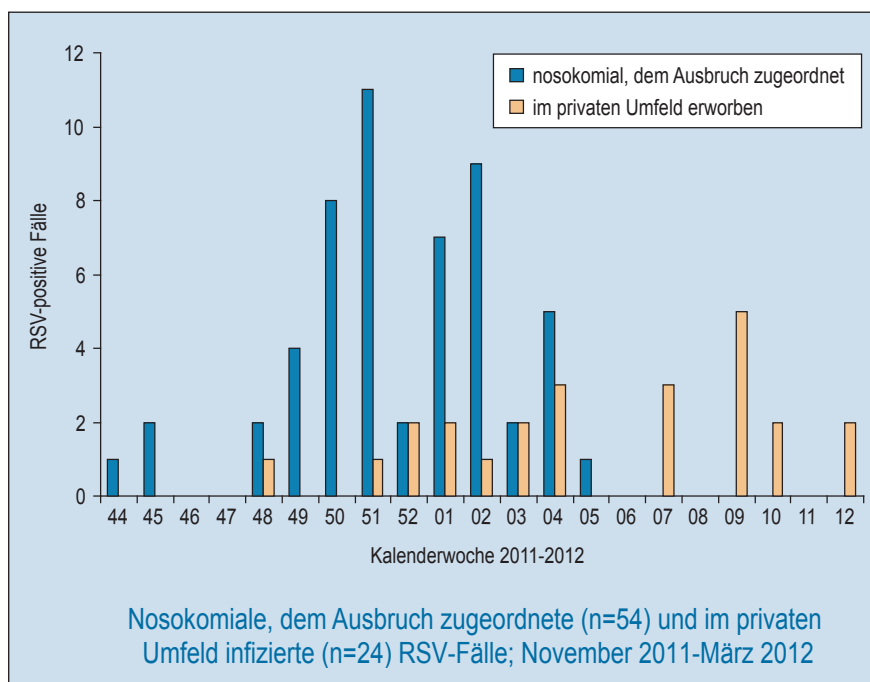
Atemwegsinfektionen mit dem RSV treten überwiegend in den Wintermonaten auf. Am Häufigsten betroffen sind Säuglinge und Kleinkinder. Bei immunschwachen Personen sind schwere bis tödliche Erkrankungen möglich. Anfang Januar 2012 wurde in der hämato-onkologischen Abteilung eines großen Klinikums eine Zunahme an Infektionen mit RSV festgestellt. Trotz umfangreicher, durch die Klinik eingeleiteter Hygienemaßnahmen wurden Mitte Januar weitere RSV-Fälle identifiziert. Mitarbeiter des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg und des Robert Koch-Instituts untersuchten den Ausbruch gemeinsam mit dem zuständigen Gesundheitsamt und der Klinikleitung, um Faktoren zu identifizieren, die zu einer Verbreitung des Virus auf den Stationen beigetragen haben könnten.

Ab Mitte Januar wurden alle stationären Patienten regelmäßig auf RSV gescreent. Auch in vorhergehenden Monaten abgenommene Patientenproben wurden auf RSV nachuntersucht. Das Konsiliarlabor für RSV in Würzburg erhielt alle RSV-positiven Proben zur Typisierung. Risikofaktoren für eine Übertragung von RSV wurden in einer Kohortenstudie sowie einer Fall-Kontroll-Studie untersucht. Eine „nosokomiale“, also im Krankenhaus erworbene, Infektion wurde angenommen, wenn der Patient mindestens zwei Tage vor Beginn seiner respiratorischen Episode stationär aufgenommen war. Ansonsten wurde die Infektion als „ambulant“, also außerhalb des Krankenhauses erworben, eingestuft. Ein „bestätigter“ Fall war ein Patient mit labordiagnostischem RSV-Nachweis. Ein Patient wurde als ein „möglicher“ Fall definiert, wenn ein RSV-Nachweis fehlte, er aber während seines Krankenhausaufenthaltes an einer Pneumonie erkrankte.

Von November 2011 bis Februar 2012 wurden insgesamt 53 nosokomiale Fälle dem Ausbruch zugeordnet. Davon waren 36 (68 %) bestätigte und 17

(32 %) mögliche Fälle. Von weiteren 24 Fällen, die ihre Infektion Ende Januar und im Februar außerhalb des Krankenhauses erworben hatten, waren 19 (79 %) Labor-bestätigt und fünf (21 %) mögliche Fälle (siehe Abbildung). Die nosokomiale Ausbruchswelle begann Anfang November und erreichte Anfang Januar ihren Höhepunkt. Eine zweite Ausbruchswelle von ambulant infizierten Fällen hatte ihren Höhepunkt im Februar 2012, führte aber nicht zu einer weiteren, nosokomialen Übertragungswelle. Die Typisierung ergab bei 34 nosokomialen Fällen den identischen Ausbruchsstamm. Die Kohortenstudie ergab ein erhöhtes, grenzwertig signifikantes, relatives Risiko, zu erkranken, wenn der Patient häufig Kontakte zu anderen Patienten und häufig sein Zimmer oder die Station verlassen hatte (RR=2,9; 95 %-Konfidenzintervall: 0,91-9,22; p=0,05). Die Fall-Kontroll-Studie ergab für einen bestätigten Fall ein 9,9fach erhöhtes Risiko (95 %-Konfidenzintervall: 2,2-92,3; p < 0,001), vor seiner RSV-Infektion gemeinsam mit einem anderen, schon potentiell infektiösen, bestätigten oder möglichen Fall im Doppelzimmer untergebracht gewesen zu sein.

Der Nachweis eines identischen Ausbruchstammes lässt auf einen einmaligen Eintrag und eine Weiterverbreitung des Erregers auf den Stationen schließen. Als begünstigenden Faktor für die Verbreitung des Erregers konnte die Doppelzimmerbelegung mit einem potentiell infektiösen Patienten identifiziert werden.



HIV – Prävalenz, Inzidenz und Neudiagnosen

Johanna Körber, Ref. 94

Dargestellt wird die epidemiologische Entwicklung im Bereich HIV zum Jahresende 2011. Dabei werden die verschiedenen Kennzahlen für HIV erläutert.

Inzidenz und Prävalenz sind Ergebnis von epidemiologischen Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI). Beide Parameter werden jährlich in den sog. HIV/Aids-Eckdaten zum Welt-Aids-Tag (WAT) publiziert. Verkompliziert wird die Sache dadurch, dass das RKI seine Schätzverfahren jedes Jahr optimiert, so dass die Eckdaten zum WAT 2012 nicht mit den früher veröffentlichten Eckdaten verglichen werden dürfen. Darüber hinaus muss die Zahl der geschätzten Neuinfektionen (Inzidenz) von der Zahl der an das RKI gemeldeten HIV-Neudiagnosen klar unterschieden werden. Die Zahl der HIV-Neudiagnosen umfasst nicht nur die HIV-Infektionen, die im fraglichen Jahr stattgefunden haben, sondern auch jene, die in diesem Jahr lediglich festgestellt wurden, die Infektion aber viel früher stattgefunden hat.

Das RKI hat 2012 erstmals zuerst die Zahlen für die Bundesländer geschätzt und diese dann zu bundesweiten Daten zusammengeführt. Bisher wurden die Daten der Länder aus den bundesweiten Daten abgeleitet. Daher hat das RKI für Baden-Württemberg die Zahl der HIV-Neuinfektionen für 2009-2012 mit dem weiterentwickelten Verfahren neu berechnet.

Geschätzte HIV-Neuinfektionen in Baden-Württemberg

| Jahr | Neu-Infektionen | Neuinfektionen (untere Schranke) | Neuinfektionen (obere Schranke) |
|------|-----------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 2009 | 260 | 240 | 290 |
| 2010 | 270 | 250 | 300 |
| 2011 | 280 | 260 | 310 |
| 2012 | 290 | 270 | 320 |

Quelle: RKI, Eckdaten 2012

Das RKI geht von einem leichten Anstieg der HIV-Neuinfektionen in Baden-Württemberg aus. Erfreulich ist, dass die geschätzte Zahl der HIV-Neuinfektionen bei MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) jedes Jahr bei 180 lag, also entgegen der Entwicklung auf Bundesebene stabil ist. Gründe dafür sind das kostenlose Angebot des Syphilis-Tests für MSM und der gute Zugang der Aids-/STI-Beratungsstellen zu dieser Zielgruppe (teilweise bieten sie zusätzlich Un-

tersuchungen auf rektale STI gegen Kostenersatz an). Sowohl die Früherkennung der Syphilis als auch die Diagnostik von Chlamydia trachomatis und Gonorrhö im Rektum können als Beitrag zur Eindämmung von HIV-Transmissionen gesehen werden. Auch das Gentle Man-Projekt der Aids-Hilfe Baden-Württemberg ist hier zu nennen. Dagegen ist die Zahl der durch intravenösen Drogengebrauch mit HIV neu infizierten Menschen nach Meinung des RKI im Baden-Württemberg in der Vergangenheit eher unterschätzt worden. Im Jahr 2012 wird von 30 Fällen ausgegangen im Vergleich zu 20 im Jahr 2009.

Die tatsächlich gemeldeten HIV-Neudiagnosen lagen 2009 bei 278 Fällen, 2010 bei 296, im Jahr 2011 gingen 270 Meldungen ein. Für das Jahr 2012 liegen 263 gemeldete HIV-Neudiagnosen vor (Stand: Januar 2013), diese Zahl wird sich durch Nachmeldungen jedoch noch erhöhen. Aufgrund der Entwicklung bei den HIV-Neudiagnosen geht man in Baden-Württemberg von einer eher stabilen Lage auf hohem Niveau aus. Im Vergleich zum Jahre 2001 (184 HIV-Neudiagnosen) ist ein Anstieg zu verzeichnen, der sich aber bereits im Jahr 2002 (230) abzeichnete und im Jahr 2010 (296) das bisher höchste Niveau erreichte, mit einem deutlichen Abfall im Jahr 2011 (270).

Ende 2012 leben nach einer aktuellen Schätzung des RKI in Baden-Württemberg etwa 7 600 Menschen mit einer HIV-Infektion (Prävalenz). Die Gesamtzahl der HIV-infizierten Menschen steigt in den letzten Jahren erheblich an. Dies ist Folge der modernen antiretroviralen Therapien, die HIV-Infizierten eine deutlich höhere normale Lebenserwartung als bisher ermöglichen.

Geschätzte HIV-Prävalenz in Baden-Württemberg

| Jahr | Prävalenz | Prävalenz (untere Schranke) | Prävalenz (obere Schranke) |
|------|-----------|-----------------------------|----------------------------|
| 2009 | 6 700 | 5 500 | 8 000 |
| 2010 | 7 000 | 5 700 | 8 300 |
| 2011 | 7 300 | 6 000 | 8 600 |
| 2012 | 7 600 | 6 300 | 8 900 |

Quelle: RKI, Eckdaten 2012

Das RKI schätzt, dass im Jahr 2012 in Baden-Württemberg 4 900 Menschen eine HIV-Therapie erhielten und 1 400 Betroffene nichts von ihrer Infektion wissen.

Ein stabiler Focus von FSME-Viren in einem Stuttgarter Stadtteil

Rainer Oehme, Patrick Sebastian, Ref. 93

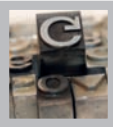
In einem stark frequentierten Waldgebiet am Rande der Innenstadt Stuttgarts konnten 24 Jahre nach dem ersten Nachweis von FSME-Viren 1,5 % der 2012 in diesem Gebiet gesammelten Zecken positiv auf das Virus getestet werden.

Im Jahr 1988 hatte sich eine Anwohnerin in ihrem naturnahen Garten in einem Stuttgarter Stadtteil einen Zeckenstich zugezogen. Das Grundstück liegt an einem viel begangenen Weg in der Nähe des dortigen Tierheims. Wenige Tage nach dem Zeckenstich entwickelte sie Symptome einer Sommergrippe. Nach deutlicher Verschlechterung des Allgemeinzustands wurde der Verdacht einer FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis) geäußert und durch eine Blutuntersuchung auf Antikörper gegen das Virus bestätigt. Somit war dies der erste Nachweis des FSME-Virus in diesem Gebiet. Untersuchungen des LGA im Jahr 1997 zeigten, dass das Virus in diesem Fokus noch kursierte. Es konnten 0,5 % der in diesem Jahr gesammelten Zecken positiv auf das Virus getestet werden. Dieser Nachweis erfolgte mit der Polymerasekettenreaktion (PCR), einem molekularbiologischen Verfahren. Eine Anzucht des Virus war im LGA zu diesem Zeitpunkt

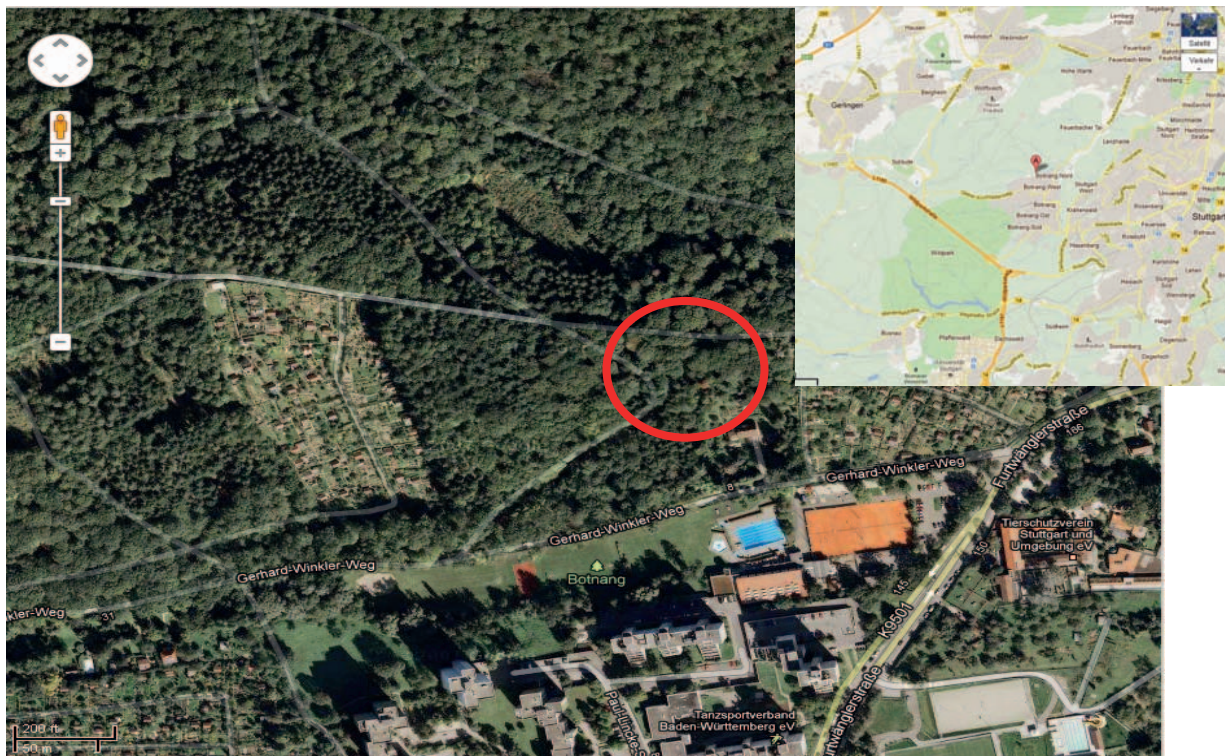
noch nicht möglich, da zur Kultivierung dieses Virus ein Hochsicherheitslabor der Stufe S3 erforderlich ist.

Im Frühjahr 2012 wurden in dem Garten und den angrenzenden Wegen ca. 600 Zecken gesammelt und mit Hilfe der PCR auf das Vorhandensein des Virus untersucht. Hiervon waren 1,5 % der Zecken positiv auf das FSME-Virus. Da das LGA seit 2009 ein funktionsfähiges S3-Labor besitzt, war es nun möglich, die Viren anzuzüchten. Inzwischen steht eine ausreichende Zahl an Viren für weitere Untersuchungen zur Verfügung.

Mit diesem Nachweis konnte gezeigt werden, dass in dem beschriebenen Gebiet mindestens seit 1988 ein stabiler Fokus des FSME-Virus vorhanden ist. Untersuchungen an Zecken, die wenige hundert Meter entfernt von diesem Fokus gesammelt und untersucht wurden, zeigten, dass dieser Fokus nur eine Größe von ca. einem Fußballfeld (roter Kreis) hat. Weiterführende molekularbiologische Untersuchungen sollen zeigen, welche Verwandtschaftsverhältnisse zu anderen FSME-Viren bestehen und die Herkunft des Virus klären.



Analyse



FSME-Virus-Fokus in einem Stuttgarter Stadtteil

Untersuchung der Ökologie von Zecken als Überträger von Krankheitserregern in Baden-Württemberg in Bezug auf Habitat, Landnutzung, Wirtstiere und Klima

Patrick Sebastian, Rainer Oehme, Ref. 93

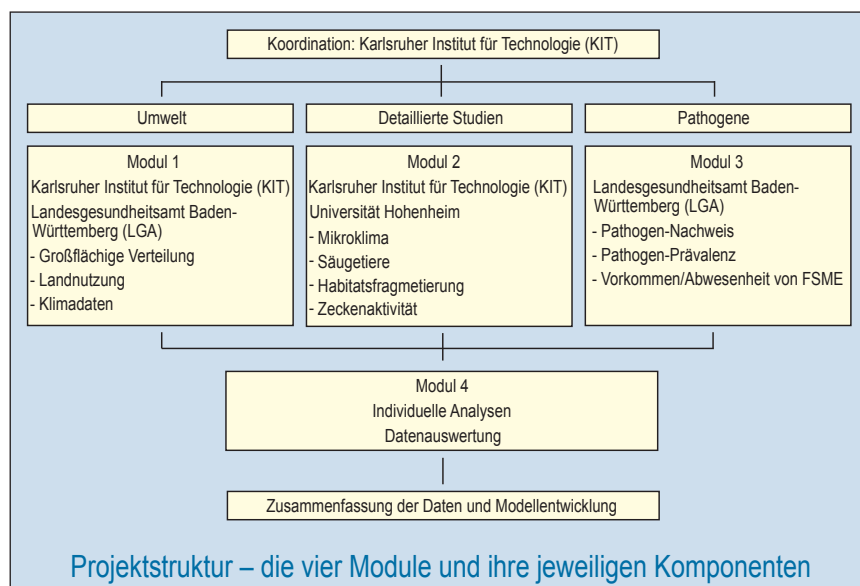
Zecken und von Zecken übertragene Erkrankungen sind von großer Bedeutung für die Gesundheit von Mensch und Tier. Über die Faktoren, die ihre Verbreitung und Dynamik beeinflussen, ist allerdings nur wenig bekannt. In diesem Projekt arbeiten Spezialisten aus verschiedenen Fachbereichen zusammen, um den Einfluss von Wetter, (Mikro-)Klima, Habitat, Landnutzung, menschlichen Eingriffen und die Populationsdynamik der Wirtstiere auf die Verbreitung und Dynamik von Zecken und den von ihnen übertragenen Krankheitserregern für Baden-Württemberg zu bestimmen.

Ziel des Projektes ist es, aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse spezifische Zecken-Pathogen-Risikokarten für Baden-Württemberg zu erstellen und damit die Grundlagen für Maßnahmen im Rahmen des Gesundheitsschutzes und der Prävention in Baden-Württemberg zu verbessern.

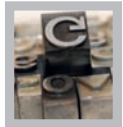
Die Studie ist in drei Forschungsmodule (1-3) und ein Modul (4), das sich mit der Analyse der Forschungsmodule 1-3 beschäftigt, unterteilt (siehe Abbildung). Die Module 1-3 bestehen jeweils aus mehreren Submodulen, die sich mit bestimmten ökologischen Variablen befassen. Modul 1 untersucht das großflächige Verbreitungsmuster von Zecken und zeckenübertragenen Erkrankungen in Baden-Württemberg in Abhängigkeit von landschaftlichen, klimatischen und ökologischen Faktoren. Anhand eines Kriterienkatalogs werden an 20 ausgewählten Standorten, die typischen Habitaten in Baden-Württemberg entsprechen, einmal monatlich Zecken gesammelt und bestimmt (Abt. Ökologie

und Parasitologie, Karlsruher Institut für Technologie [KIT]; Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg [LGA]). Zusätzlich werden an diesen Standorten wichtige mikroklimatische Daten erhoben. Am Institut für Geographie und Geoökologie des KIT (IfGG) werden in einem Geoinformationssystem (GIS) die Daten der Zeckenabundanzen mit den jeweiligen Landschaftsmustern und dem lokalen Klima verknüpft, um die Lebensräume, die für Zecken besonders günstig erscheinen, zu erfassen. In Modul 2 untersucht das KIT im Detail, inwiefern Mikroklima, Habitat und Wirtstiere die Populationsdynamik von Zecken beeinflussen. An fünf Intensivmessstationen werden monatlich Kleinsäugerwirte lebend gefangen und auf Zeckenbefall untersucht, Zecken auf der Vegetation gesammelt und mikroklimatische Daten aufgenommen. Das Ziel dieses Moduls ist es, vorkommende Schwankungen in der Zeckendynamik sowohl mit dem Mikroklima als auch mit der Wirtsdynamik zu korrelieren. Um den statistischen Vergleich aller Sammelstellen zu gewährleisten, werden für Modul 1 und 2 durchgehend die gleichen Sammelmethode verwendet. Um die Zeckenaktivität unabhängig von Jahreszeit, Wetter und Tageszeit messen zu können, hat das KIT sowie die Universität Hohenheim zusätzlich Zeckenstationen in Karlsruhe und Stuttgart aufgebaut, die mehrmals wöchentlich kontrolliert werden. In Modul 3 werden alle gesammelten Zecken aus Modul 1 und 2 vom LGA auf das Vorkommen von Borrelia- und Rickettsia-Arten sowie auf FSME-Viren und Babesia spp. untersucht. In Modul 4 findet eine übergreifende Analyse aller

Daten aus den vorherigen Modulen statt, um die relative Bedeutung der untersuchten Faktoren zu bestimmen und um damit ein Risikomodell zu erstellen, das die Bedeutung von Klima-Veränderungen für Zeckenübertragene Erkrankungen in Baden-Württemberg mit einbezieht. Bisher ist das Projekt von Frühjahr 2012 bis Frühjahr 2014 durch die Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz Baden-Württemberg (LUBW) finanziert. Weiterführende Untersuchungen wären aber wünschenswert und auch notwendig.



Analyse



Von Mäusen und Menschen mit Hantaviren

Ides Boone, Christiane Wagner-Wiening, Dorothee Lohr, Günter Pfaff, Ref. 95

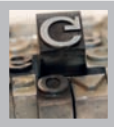
Befragungen von Erkrankten und Menschen aus ihrer Nachbarschaft zeigen: Wer mehr über Hantaviren weiß, hat ein geringeres Risiko, zu erkranken.

Im Jahr 2012 wurden in Baden-Württemberg 1 683 Erkrankungen durch Hantavirus-Infektionen gemeldet, die die Falldefinition des Robert Koch-Instituts erfüllen. In der bisher größten Hantavirus-Epidemie erkrankten mehr Menschen als in den früheren Ausbruchsjahren 2007 (1 089 Fälle) und 2010 (997 Fälle). Bundesweit wurden 60 % der Hantavirus-Fälle in Baden-Württemberg gezählt. Der Beginn des Ausbruchs zeichnete sich bereits im Herbst 2011 durch einen Anstieg der Fälle ab. Ein starker Fruchtanhang bei Buchen und Eichen hatte das Jahr 2011 zu einem Mastjahr mit idealen Nahrungsbedingungen für Rötelmäuse als Überträger des Hantavirus gemacht.

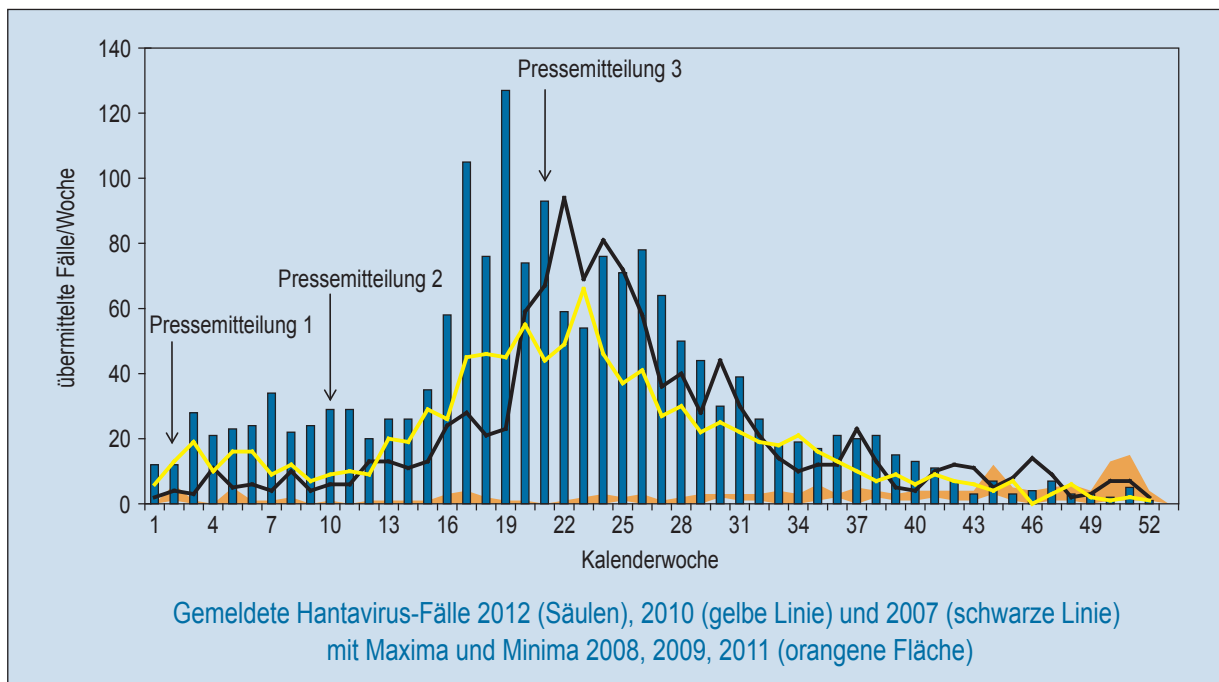
Die meisten Hantavirus-Erkrankungen wurden zwischen April und Mai 2012 gemeldet. In den Ausbruchsjahren 2007 und 2010 lag der Gipfel der Erkrankungszahlen etwa drei bzw. fünf Wochen später. Wie bei früheren Ausbrüchen waren vor allem Männer (70 %) in der Altersgruppe zwischen 20-59 Jahren betroffen. Auch die geografische Verteilung der Hantavirus-Fälle entsprach den Verbreitungsgebieten der Vorjahre. Fast die Hälfte der Erkrankungen (46 %) wurden aus Stuttgart und den Landkreisen Reutlingen, Göppingen, Esslingen und Böblingen übermittelt. Die am häufigsten verzeichneten Symptome waren Fieber (89 %), Nierenfunktionsstörungen (67 %), Kopfschmerzen (56 %), Muskel-, Glieder- und Rückenschmerzen (48 %). Zwei

Drittel der Fälle mussten im Krankenhaus behandelt werden; es gab keinen Todesfall.

Bereits zu Beginn des Jahres 2012 veröffentlichte das Regierungspräsidium Stuttgart eine Pressemitteilung des LGA zu Hantaviren und Präventionsmaßnahmen. Weitere Pressemitteilungen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) im März und im Mai 2012 durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg bewirkten ein breites Medienecho. Um Kenntnisse darüber zu gewinnen, ob die Informationen zu Risikofaktoren und zur Prävention von Hantavirus-Infektionen von der Bevölkerung wahrgenommen werden, wurde in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern betroffener Kreise eine Fall-Kontroll-Studie begonnen. Zwischen Juli und Dezember wurden 246 Erkrankte (Fälle) und 181 Nichterkrankte (Kontrollen) aus deren Nachbarschaft zu Risikofaktoren, Anwendung von Präventionsmaßnahmen, zur Risikowahrnehmung und zum Kenntnisstand über Hantavirus-Infektionen befragt. Vorläufige Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass Präventionsmaßnahmen wie das Tragen von Mundschutz und Handschuhen zwar bekannt sind, jedoch im Alltag selten umgesetzt werden. Untersucht wird nun, ob Nichterkrankte einen höheren Wissenstand zu Hantaviren als Erkrankte hatten. Nach eigenen Angaben wandten Nichterkrankte auch Präventionsmaßnahmen häufiger an, wie Lüften von Räumen vor dem Reinigen und Händewaschen nach der Arbeit.



Analyse



Hantavirus-Erkrankungen sind vielgestaltig – aufmerksame Ärzte sind gefragt

Lukas Murajda, Elisabeth Aichinger, Christiane Wagner-Wiening, Günter Pfaff, Ref.95;
Birgit Villforth, Nadja Mürter, Gesundheitsamt Göppingen

Bei Hantavirus-Erkrankten muss der Arzt auch mit untypischen Beschwerden rechnen. Das zeigt eine Untersuchung des Gesundheitsamts Göppingen und des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg.

Von 2006-2012 war Baden-Württemberg mit 56 % der insgesamt 7 226 Fälle deutschlandweit Spitzenreiter bei Hantavirus-Erkrankungen. Im Jahr 2012 wurde der bislang größte Ausbruch mit 1 683 Fällen verzeichnet. Bei der Fallübermittlung werden nur Angaben zu typischen Symptomen erfasst. Ob und wie häufig weitere Symptome auftreten, wurde bislang nicht untersucht. Der Hantavirus-Ausbruch 2012 bot Gelegenheit, das Spektrum der klinischen Symptome bei Hantavirus-Erkrankungen zu erfassen, zu beschreiben und dabei bislang im Meldesystem nicht erfasste Symptome zu identifizieren.

Im Landkreis Göppingen wurde im Jahr 2012 die zweithöchste Inzidenz von Hantavirus-Erkrankungen unter allen Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg festgestellt. Für die Ermittlungen des Gesundheitsamts wurde ein Fragebogen zu Symptomen und klinischen Parametern erstellt. Grundlage waren Angaben aus vorangegangenen Ermittlungen bei Hantavirus-Erkrankten. Von Juni bis November 2012 wurden Informationen zu allen im Landkreis Göppingen wohnhaften Patienten mit einer laborbestätigten Hantavirus-Infektion, die in diesem Zeitraum entweder ambulant beim Hausarzt oder stationär im Krankenhaus behandelt wurden, nach der so erstellten Beschwerdeliste erhoben und die Patienten kontaktiert.

Von 38 Patienten kamen 37 Fragebögen zurück. Darunter waren 25 Männer (68 %). Das mittlere Alter der Patienten lag bei 48 Jahren (24-83 Jahre). Im Durchschnitt wurden zu jedem Patienten neun Symptome bzw. Befunde angegeben (siehe Tabelle). 26 Patienten (70 %) mussten stationär behandelt werden; bei vier (15 %) Patienten lag bereits eine chronische Erkrankung (z. B. Asthma) vor.

Auffällig war die Vielfalt der angegebenen Beschwerden. Die meisten Patienten zeigten das für eine Hantavirus-Infektion typische klinische Bild einer Nephropathia epidemica. Bei weiteren Patienten waren die angegebenen Symptome jedoch nicht zwingend kennzeichnend für eine Hantavirus-Erkrankung. Die Untersuchung gestattet jedoch keine Aussage darüber, warum diese Patienten trotz unspezifischer Symptomatik auf Hantaviren getestet wurden. Ein Grund dafür könnte die gesteigerte Aufmerksamkeit ihrer behandelnden Ärzte gegenüber Hantavirus-

Infektionen in diesem hoch endemischen Landkreis sein. Daher sollte in Risikogebieten für Hantavirus-Erkrankungen auch bei unspezifischen Symptomen eine mögliche Hantavirus-Infektion in Betracht gezogen und gegebenenfalls durch eine Laboruntersuchung abgeklärt werden.

Symptome und Befunde von Patienten (n=37) mit einer laborbestätigten Hantavirus-Infektion. Landkreis Göppingen, Juni-November 2012

| Symptome | in % |
|--|------|
| Abgeschlagenheit | 95 |
| Rücken-/Nieren-/Flankenschmerzen | 84 |
| Appetitlosigkeit | 84 |
| Fieber (> 38,5 °C) | 81 |
| Kopfschmerzen | 81 |
| Muskel-/Gliederschmerzen | 81 |
| Bauchschmerzen | 59 |
| Fieberschübe | 57 |
| Übelkeit | 57 |
| Verschwommensehen | 30 |
| Ödembildung | 27 |
| Lichtempfindlichkeit | 24 |
| Erbrechen | 24 |
| Andere Symptome | 22 |
| Augenschmerzen | 19 |
| Durchfall | 19 |
| Gewichtsverlust | 14 |
| Atemnot | 14 |
| Reizung der Augen | 11 |
| Husten | 8 |
| erhöhte Blutungsneigung (z. B. Nasenbluten, Blut im Stuhl) | 3 |
| Befunde | in % |
| erhöhte Nierenretentionswerte | 78 |
| Harnstoffserhöhung | 51 |
| Proteinurie | 49 |

EHEC-Surveillance im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Kathrin Hartelt, Gerda Klittich, Ref. 93

Enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC) gehören zu den darmpathogenen Bakterien und sind u. a. für das hämolytisch-urämische Syndrom (HUS) verantwortlich, das überwiegend durch die Serogruppe O157 hervorgerufen wird. Daneben gibt es eine Vielzahl an Serogruppen, die humane Infektionen auslösen können. Um einen Überblick über die in den Jahren 2009-2012 in Baden-Württemberg zirkulierenden EHEC-Serogruppen zu erlangen, wurden alle im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) positiven Proben weiter typisiert.

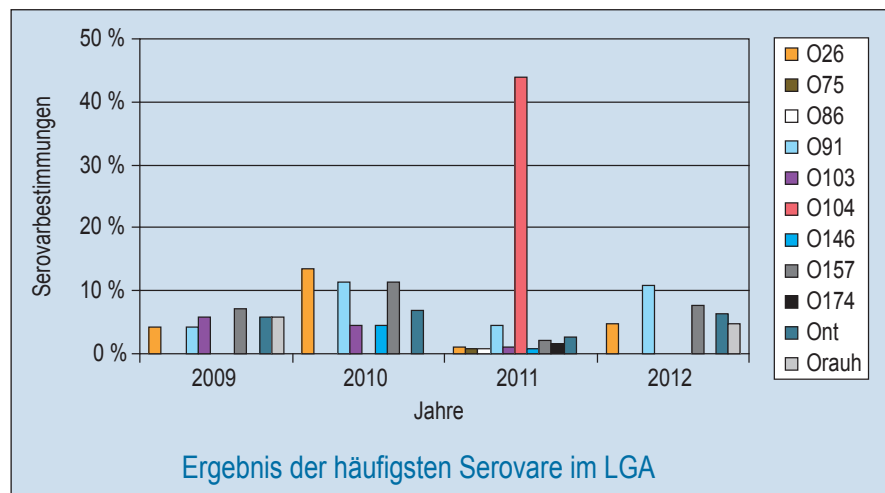
Bakterien der Spezies *Escherichia coli* (*E. coli*) sind Bestandteil der Darmflora und durch das Auftreten verschiedener Pathotypen oder Wirkgruppen charakterisiert. Eine besonders gefährliche Subgruppe der darmpathogenen *E. coli*-Bakterien stellen in den Industrieländern EHEC-Bakterien dar, da sie für die hämorrhagische Kolitis und für das sich extraintestinal manifestierende HUS verantwortlich gemacht werden. Eine EHEC-Infektion kann durch den Kontakt zu Wiederkäuern, durch den Verzehr von kontaminierten Lebensmitteln oder durch Mensch-zu-Mensch-Kontakt erfolgen. Gemeinsames Merkmal aller EHEC-Bakterien ist die Fähigkeit zur Bildung von Zytotoxinen, sog. Shigatoxinen (Stx), die zwei Hauptgruppen (Stx₁ und Stx₂) zugeordnet werden. Schwere Erkrankungen wie das HUS, welches durch hämolytische Anämie, Thrombozytopenie und Nierenversagen bis hin zur Anurie charakterisiert ist, werden überwiegend durch Stx₂-produzierende EHEC hervorgerufen. In den letzten Jahren wurde jedoch auch eine große Anzahl unterschiedlicher Stx-produzierender-Stämme von Patienten isoliert, die nur milde gastroenteritische Symptome aufwiesen.

Aufgrund ihrer Antigenstruktur gehören *E. coli* verschiedenen Serogruppen an. Die weltweit wichtigste humanpathogene Serogruppe ist *E. coli* O157. Dies trifft auch für Deutschland zu. Zunehmend werden jedoch auch weitere EHEC-Serogruppen nachgewiesen, insbesondere O26, O91, O103, O111 und O145. Da im Zusammenhang mit humanen EHEC-Erkrankungen im-

mer noch neue Serogruppen bzw. Serovare diagnostiziert werden, ist eine Definition humanpathogener Stx-produzierender Stämme gegenwärtig nicht möglich. Aus diesem Grund wird zur Zeit jeder Stx-Nachweis als potenzieller EHEC angesehen. Um einen Überblick über die zirkulierenden Serogruppen bzw. Serovare zu erhalten, werden die Proben daher weiter typisiert.

Hierzu werden alle im LGA identifizierten EHEC-positiven Proben an das Nationale Referenzzentrum für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger in Wernigerode geschickt. Die Auswertung der Daten aus den Jahren 2009-2012 zeigt, dass der prozentuale Anteil der EHEC-positiven Proben konstant zwischen 25,3 und 28,3 % liegt. Allerdings gelingt nur in 40,9-63,6 % der Fälle eine Serovarbestimmung. Die vorherrschende Serogruppe O157 wurde im Jahr 2011 durch den Ausbruchsstamm O104:H4 sehr zurückgedrängt. Durch die vermehrte EHEC-Diagnostik konnte im Jahr 2011 auch ein großes Spektrum weiterer Serogruppen identifiziert werden (siehe Abbildung). Dagegen dominierten im Jahr 2012 nur fünf Serogruppen. Ob mit einer Verschiebung bzw. Reduktion der nachgewiesenen Serovare in den nächsten Jahren zu rechnen ist, bleibt weiter offen.

Die im LGA erhobenen Daten verdeutlichen, dass eine deutschlandweite EHEC-Surveillance mit entsprechender Typisierung zur Gefährdungsbeurteilung für Patienten, für Epidemiologen zur Ausbruchsauflklärung sowie für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Durchsetzung des Infektionsschutzgesetzes sinnvoll wäre und daher intensiver durchgeführt werden sollte.



Analyse

PATH₂OGENSCAN – einer für alle

Oliver Schneider, Jens Fleischer, Ref. 93

Im Rahmen einer Kooperation entwickelt das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg unter dem Namen PATH₂OGENSCAN gemeinsam mit Partnern der TU München, dem Technologiezentrum Wasser (TZW) in Karlsruhe und der GWK Präzisionstechnik GmbH ein automatisches System zur Schnellanreicherung und Detektion ausgewählter wasserrelevanter Krankheitserreger. Damit sollen sowohl Bakterien und Viren als auch Parasiten gleichzeitig aus Umweltwasserproben bestimmt werden.

Während heutzutage in der Wasser-Routine-Analytik zahlreiche zertifizierte mikrobiologische Kultur-Verfahren zur Anwendung kommen, sind nur wenige oder gar keine gleichwertigen validierten Verfahren zum Nachweis von Viren oder Parasiten aus Umweltproben verfügbar. Die Entwicklung von PATH₂OGENSCAN ist der Versuch, dies zumindest für eine Gruppe von Mikroorganismen bzw. relevanten wasserübertragbaren Krankheitserregern zu ermöglichen. Der Fokus bei der Entwicklung der hier vorgestellten Gerätekomponten liegt zum einen auf der gleichzeitigen Anreicherung der verschiedenen Mikroorganismen mittels Cross-Flow-Ultrafiltration, zum anderen auf der auf Genom-Basis arbeitenden Microarray-Detektionstechnik.

Die Schwierigkeiten liegen vor allem darin, Filtrationsbedingungen zu schaffen, mit denen möglichst viele Mikroorganismen aus der Probe aufkonzentriert werden, obwohl deren immense Größenunterschiede und deren spezifische Oberflächenstrukturen z. B. stark voneinander abweichende Verhalten bei der Adsorption an Membranen erwarten lässt. Auch die Platzierung verschiedener Gensonden auf einem Chip erfordert im Vorfeld eine aufwändige Validierung der Reaktionsbedingungen.

Aufgrund der oft geringen Konzentration bestimmter Mikroorganismen in Umweltproben müssen im Vorfeld der Untersuchungen oft größere Volumina (10-50 Liter) aufkonzentriert werden. Diese Aufkonzentrierung erfolgt im ersten Modul, dem MMC3 (erste Abbildung), zuerst über eine Crossflow-Ultrafiltrations-Membran (CUF). Als nächster Anreicherungs-schritt dient dann die monolithische Affinitätsfiltration (MAF), mit der die nachzuweisenden Mikroorganismen aus dem Eluat der CUF erneut aufkonzentriert werden. Mit diesem zweistufigen Anreicherungsprozess gelingt es, Viren und Bakteriophagen aus einer 10-Liter-Wasserprobe innerhalb von 30 min um den Faktor 10⁴ auf ein Endvolumen von 1 ml einzuengen.



Munich-Microorganism-Concentrator (MMC3)

Der in Zusammenarbeit mit der GWK Präzisionstechnik GmbH entwickelte Mikro-Chip-Reader (MCR3; zweite Abbildung) ermöglicht im Anschluss an die Aufkonzentrierung sowohl die Detektion als auch die Quantifizierung der Krankheitserreger aus der Umweltprobe. Die Microarray-Technik arbeitet hierbei sehr spezifisch. Nach Aufreinigung der Nucleinsäuren aus dem Probenkonzentrat wird dieses anschließend während einer PCR mit Digoxigenin markiert und in DNA-Einzelstränge aufgetrennt. Die so markierten Proben werden im MCR3 über einen Glaträger (Mikrochip), auf dem die DNA-Sonden der nachzuweisenden Mikroorganismen immobilisiert sind, geleitet. Komplementäre DNA-Stränge hybridieren und führen über eine chemische Reaktion zu einem Chemilumineszenz-Signal, welches mittels einer CCD-Kamera ausgelesen und mit speziell entwickelter Software ausgewertet werden kann.



Mikro-Chip-Reader (MCR3)

Herausforderung Infraschall

Snezana Jovanovic, Ref. 96

Insgesamt ist festzuhalten, dass nach derzeitiger wissenschaftlicher Datenlage tieffrequenter Schall, insbesondere Infraschall unter gesundheitlichen Aspekten, nur unbefriedigend bewertet werden kann. Hier sieht das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) dringenden Handlungs- und Forschungsbedarf.

Einflüsse durch tieffrequenten Schall, insbesondere durch Infraschall auf die menschliche Gesundheit, stellen nach wie vor ein viel diskutiertes Thema dar. Im Vergleich zum normalen Hörbereich liegen nur wenige gesicherte Erkenntnisse über Wirkungen von tieffrequentem Schall vor. Als Infraschall bezeichnet man Luftschallwellen unterhalb des menschlichen Hörbereiches. Infraschall liegt definitionsgemäß zwischen 0,1 und 20 Hz, tieffrequenter Schall unterhalb von 100 Hz. Die Kommission „Methoden und Qualitätssicherung in der Umweltmedizin“ am Robert Koch-Institut rät aus umweltmedizinischer Perspektive, Infraschall und tieffrequenten Hörschall gemeinsam zu betrachten.

Tieffrequenter Lärm wird beispielsweise durch folgende Quellen am Arbeitsplatz oder im Privatbereich verursacht: Anlagen der Schwerindustrie, Hochspannungsleitungen, Transformatorenstationen, Pumpen, Schienenfahrzeuge, Windkraftanlagen, Heizungs- und Klimaanlage, Waschmaschinen, dezentrale Heizkraftwerke.

Der aktuelle Stand des Wissens zur oben genannten Frage lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

Besonderheiten bei der Ausbreitung

Aufgrund der Schallwellenlänge zeigen herkömmliche Absorptions- oder Dämmungsmaßnahmen kaum Wirkung. Durch zwei Besonderheiten (Resonanzen in Räumen und Interferenz in Gebäuden und auch außerhalb) treten Belästigungen durch tieffrequente Geräusche meist im Innern von Gebäuden auf.

Messverfahren

Die repräsentative Messung der tieffrequenten Lärmbelastung ist schwierig, da sie zeitlich stark schwanken kann und zudem häufig in Kombination mit tieffrequenten Schwingungen anzutreffen ist. Die Beurteilung tieffrequenter Geräusche erfolgt im Allgemeinen nach der DIN 45680 (Differenzbildungen unterschiedlicher Pegelbewertungen und die Betrachtung der Terzpegel unterhalb von 100 Hz). Diese Beurteilung ist allerdings nicht ausreichend. Einerseits bleiben damit Pegelfluktuationen und zeitliche Muster im tieffrequenten Bereich bezogen auf die Störwirkung von Geräuschen weitestgehend unberücksichtigt. Kritisch anzumerken ist, dass Schallpegelmessungen mit dem A-Bewertungsfilter durchgeführt werden und

nach diesem Messverfahren die Empfindlichkeit bei tieffrequenten Emissionen unterschätzt wird.

Gesundheitliche Wirkung: Aurale Wirkungen

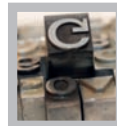
Es liegen keine gesicherten Erkenntnisse über ausschließlich durch tieffrequenten Schall verursachte Gehörschäden vor. Es gibt Hinweise, dass Langzeitexpositionen gegenüber tieffrequentem Schall mit sehr hohem Schalldruck Hörverluste verursachen können. Der Sensor „Ohr“ scheint gegenüber tieffrequentem Schall weitaus empfindlicher zu sein als bisher angenommen. Auch unterhalb der Hörschwelle kann bei empfindlichen Menschen eine Empfindung ausgelöst werden.

Gesundheitliche Wirkung: Extraaurale Wirkungen

In Folge anhaltender Exposition von tieffrequenten Geräuschen, die zu biomechanischen Schwingungen führen, sind folgende gesundheitliche Auswirkungen in verschiedenen Studien dokumentiert: Belästigung, permanentes Druckgefühl, Übelkeit, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Beeinträchtigung der Atmung, statische und dynamische Muskelkontraktionen (Verspannungen).

Welche Rolle der Belastung beim Entstehen von Gesundheitsbeeinträchtigungen zukommt, konnte bisher nicht eindeutig beantwortet werden. Bei chronisch starker Belastung kann ein *circulus vitiosus* ausgelöst werden mit der Abfolge: starke Belastung – negativ emotionelle Reaktion – neuro-vegetativ-hormonelle Regulationsstörungen – Krankheit. Im Regelfall stellt die Belastung jedoch eine Umweltwirkungskategorie *sui generis* dar, die durch einen Verlust an Lebensqualität gekennzeichnet ist. Verkehrslärmbedingte Belastung und Erkrankungsrisiko wurden im Rahmen der Paneuropäischen LARES-Studie abgeschätzt. Die gesundheitlichen Auswirkungen von chronischer Verkehrslärmbelastung wurden anhand der Periodenprävalenz (ärztliche Behandlung in den letzten zwölf Monaten) ausgewertet und ließ z. B. für Bluthochdruck signifikant erhöhte Risiken im Sinne einer Dosis-Wirkung-Beziehung erkennen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass nach derzeitiger wissenschaftlicher Datenlage tieffrequenter Schall, insbesondere Infraschall unter gesundheitlichen Aspekten nur unbefriedigend bewertet werden kann. Hier sieht das LGA dringenden Handlungs- und Forschungsbedarf. „No evidence of harm“ has often been often misinterpreted to mean ‘evidence of no harm’ when the relevant research was not available.“ (EEA Report No 1/2013).



Übergewicht bei Einschulungskindern

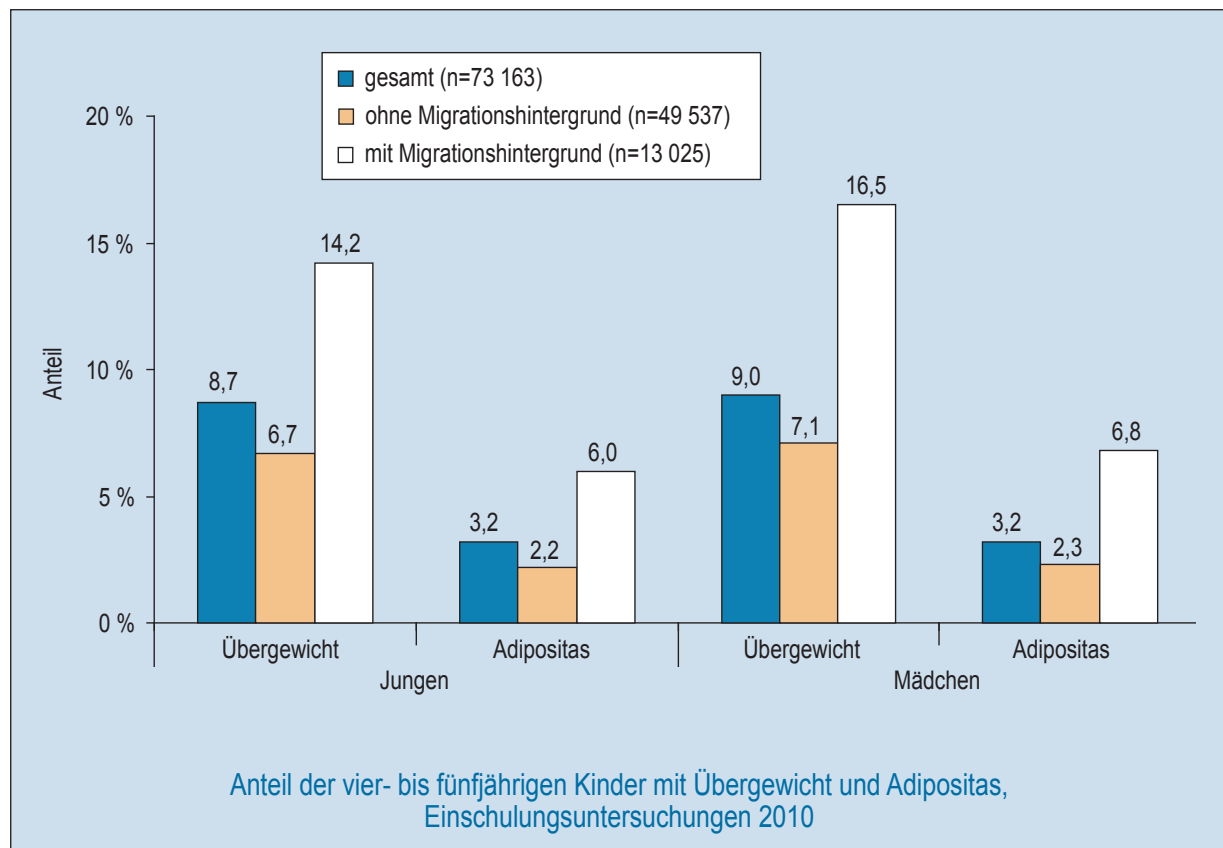
Anna Leher, Ref. 95

Zu viel überflüssige Pfunde in der Kinderzeit führen oft zu Übergewicht auch in späteren Jahren. Daher ist es interessant zu sehen, wie hoch der Anteil der Kinder mit Übergewicht schon in frühen Jahren ist.

Seit der Einführung der neuen Einschulungsuntersuchung im Jahr 2009 werden alle Kinder im zweiten Kindergartenjahr untersucht. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sind die Kinder in der Regel zwischen vier und fünf Jahre alt. Ein fester Bestandteil der neuen Einschulungsuntersuchung ist das standardisierte Messen von Körpergröße und -gewicht. Daraus kann dann der „Body-Mass-Index“ nach der Formel: $bmi = kg/m^2$ errechnet werden. Um den Anteil an übergewichtigen und adipösen („fettleibigen“) Kindern zu erhalten, werden die Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild et al. herangezogen. Die Körpergröße wird ohne Schuhe gemessen und das Gewicht wird mit einer geeichten Waage mit leichter Bekleidung bestimmt. Angaben der Eltern zur Familiensprache geben einen Hinweis auf einen Migrationshintergrund.

Den dargestellten Zahlen liegen die Daten der Untersuchungen aus dem Jahr 2010 zugrunde. Diese Kinder wurden im Herbst 2011 eingeschult. Daten zu Größe und Gewicht liegen aus diesem Zeitraum von 73 163 Kindern vor, davon 37 348 Jungen und 35 815 Mädchen. Insgesamt sind 8,8 % der Jungen und 9 % der Mädchen übergewichtig. Die Kinder, die zu Hause ausschließlich oder zusätzlich eine andere Sprache als deutsch sprechen, sind öfter übergewichtig als die mit ausschließlich deutscher Familiensprache. Unter Kindern mit Migrationshintergrund ist der Anteil der Übergewichtigen doppelt, der Anteil der Adipösen dreimal so hoch wie bei den Kindern ohne Migrationshintergrund.

Nach der Grundschulzeit steigt der Anteil der Übergewichtigen stark an; ein Risikofaktor ist dabei ein Migrationshintergrund (KIGGS-Studie). Um frühzeitig dagegen lenken zu können, sollten solche Aspekte wie die ungleiche Verteilung des Übergewichts schon bei viel jüngeren Kindern berücksichtigt werden.



Seit 1990 deutlicher Rückgang der Sterblichkeit durch Kreislauf-erkrankungen in Deutschland

Iris Zöllner, Ref. 95; Julian Schmidberger, Hochschule Ulm

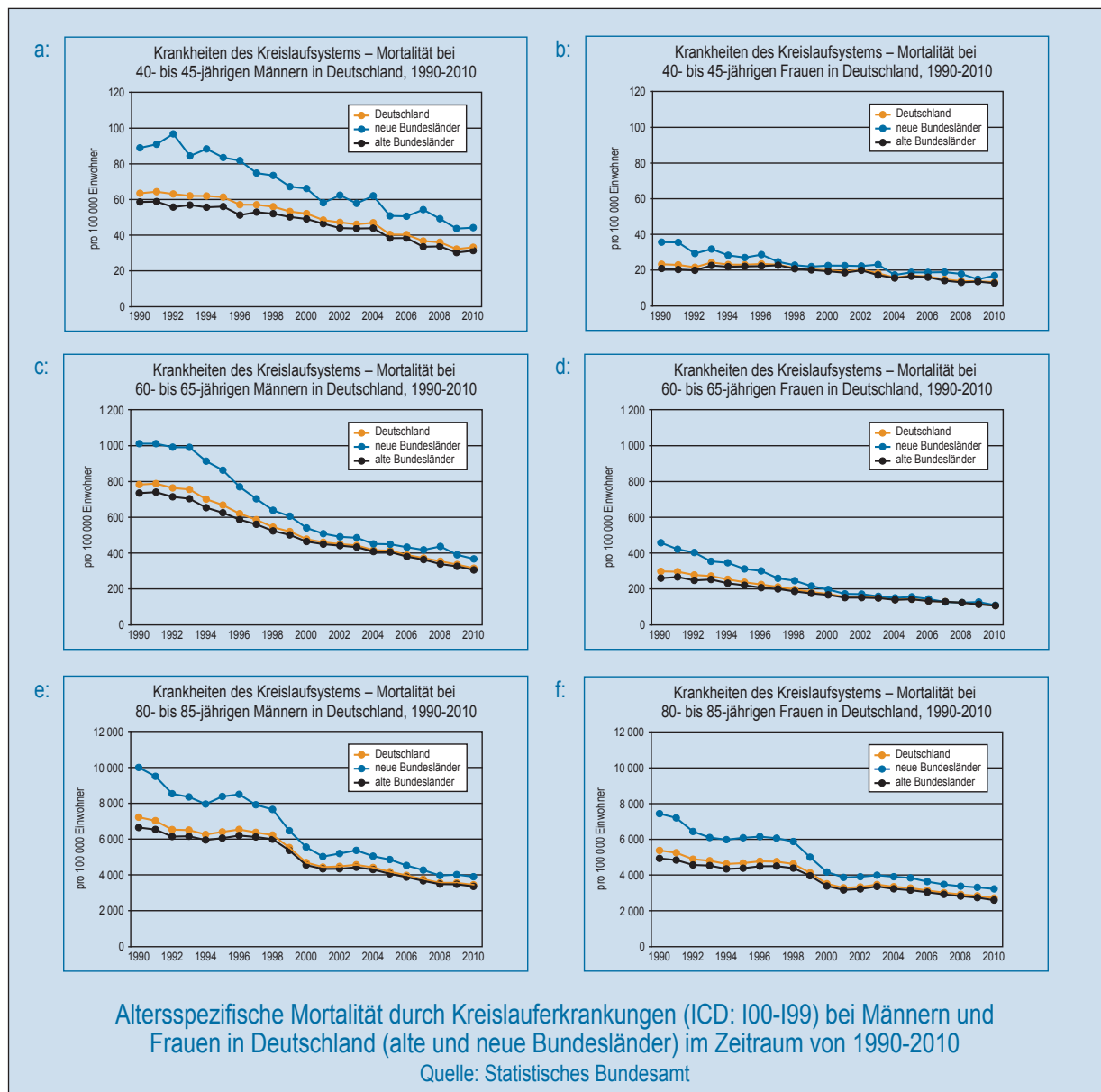
Eine Untersuchung der Sterblichkeit in Deutschland im Zeitraum von 1990-2010 ergab einen deutlichen Rückgang der Sterblichkeit, wobei der Rückgang in den neuen Bundesländern noch deutlich stärker ausfiel als in den alten Bundesländern.

Im Rahmen einer Untersuchung zur zeitlichen Entwicklung der alters-, geschlechts- und todesursachen-spezifischen Mortalität im Zeitraum von 1990-2010 zeigt sich der stärkste Rückgang bei der Sterblichkeit durch Kreislauf-erkrankungen (ICD-Codes I00-I99). Analysiert wurden Mortalitätsdaten des Statistischen

Bundesamtes mit dem Ziel, die Entwicklung in alten und neuen Bundesländern zu vergleichen. Zu Beginn der 1990er-Jahre gab es noch deutliche Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen den beiden Gebieten. Diese Unterschiede haben sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich verringert, wobei auch die Sterblichkeit in den alten Bundesländern erheblich gesunken ist. Der Rückgang der Gesamtsterblichkeit ist in ganz Deutschland hauptsächlich bedingt durch den starken Rückgang der Mortalität durch Kreislauf-erkrankungen in den Altersgruppen ab 40 Jahren (siehe Abbildungen).



Analyse



Symposium Frühförderung Baden-Württemberg 2012

Anette Winter-Nossek, Ref. 94

„Frühförderung – was wirkt“ lautete das Thema des Symposiums Frühförderung 2012 in Stuttgart. Welche Faktoren tragen zum Gelingen der Frühfördermaßnahmen für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen oder (drohenden) Behinderungen bei? Anerkennung und Wertschätzung der kindlichen und elterlichen Kompetenzen gepaart mit der Empathie der Frühförderer sind in jedem Fall wesentliche Grundlage der Wirksamkeit – neben der fachlichen Kompetenz der Unterstützenden.

Am 16.10.2012 nahmen über 350 Fachleute am Symposium Frühförderung Baden-Württemberg in Stuttgart teil. Entwicklungsverläufe von Kindern unter biologischen und psychosozialen Risikobedingungen sowie unter familiärer und außerfamiliärer Betreuung wurden am Vormittag im Plenum dargestellt. Am Nachmittag wurden Förderbedingungen näher betrachtet und diskutiert, die wirksame Frühfördermaßnahmen unterstützen können.

Plenumsvorträge

Prof. Dr. Nina Gawehn ist Diplompsychologin aus dem Sozialpädiatrischen Zentrum der Universitätsklinik Dortmund und lehrt an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Sie sprach über Untersuchungen zur Entwicklung von Kindern unter biologischen und psychosozialen Risikobedingungen. Hierbei hob sie insbesondere ihre Arbeit mit suchtkranken Müttern hervor, deren Unterstützung zunächst zur Suchtbewältigung und im weiteren Verlauf zur Geburt gesunder Kinder geführt hat, die bei ihren Müttern bleiben konnten. So wurde deutlich, dass sich Anstrengungen zur Unterstützung der meist sehr jungen Mütter und Väter im weiteren Verlauf als wirksame Hilfe für sie selbst und ihre Kinder zeigten und zur Stabilisierung beitragen.

Dr. Monika Wertfein forscht als Diplompsychologin und wissenschaftliche Referentin am Staatsinstitut für Frühpädagogik in München. Sie führte zunächst erste Ergebnisse aus der bundesweiten NUBBEK-Studie über die Entwicklung von Kindern in familiärer und in außerfamiliärer Betreuung an. Im Weiteren stellte sie eigene Studienergebnisse über Qualitätsanforderungen an Fachkräfte in der Betreuung von Kindern unter drei Jahren in Kinderkrippen und

Kindertageseinrichtungen vor. Sie zeigte, dass auch bei Personalknappheit qualitativ hochwertige und einfühlbare Kinderbetreuung möglich ist, wenn die Einsatzbereitschaft der Erzieher u. a. durch konstruktive Rückmeldung über Gelingen und weniger Gelingendes Wertschätzung erfährt und dadurch persönliche, fachliche sowie konzeptionelle Weiterentwicklung unterstützt wird.

Sieben Themengruppen am Nachmittag

In Gruppe 1 wurde die aktuelle Leitlinie zur Diagnostik von motorischen Entwicklungsverzögerungen bei Kindern und zur Förderung ihrer Entwicklung vorgestellt und diskutiert. Neben der Darstellung der physiologischen motorischen Entwicklung von Kindern wurde z. B. die Benotungspraxis im baden-württembergischen Schulsport nachteilig für die Förderung von Bewegungsfreude genannt. Gruppe 2 befasste sich mit der Frühförderung von Kindern aus Armutsverhältnissen und der Bedeutung einer guten Vernetzung aller Unterstützungsangebote, die Familien eine Förderung ermöglicht, ohne abgewertet zu werden. In Gruppe 3 wurde über die Bedeutung einer einfühlsamen Bindungsförderung zwischen Mutter und Kind gesprochen. Fachleute aus dem Bereich Frühförderung können sich über ein Online-Portal anmelden und einen E-learning-Kurs zum Bindungsverhalten absolvieren, um noch gezielter beraten und so zum Kinderschutz beitragen zu können. Gruppe 4 befasste sich mit der Hausfrühförderung, die Familien eine Frühförderung ihrer Kinder ermöglicht, die sie sonst ambulant nicht nutzen können. Gruppe 5 beleuchtete Fördermaßnahmen für Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen näher und betonte die Bedeutung valider Forschung als Basis gezielter Förderung. In Gruppe 6 zeigten drei Praxisbeispiele Angebote für Eltern von Kindern mit Behinderungen, durch die sie und ihre Kinder positiv gestärkt werden können. Gruppe 7 diskutierte die Bedeutung einer professionellen Haltung der Fachleute in der Frühförderung, die kindliche und elterliche Kompetenzen wertschätzt und so grundlegend zur Wirksamkeit von Frühfördermaßnahmen beiträgt.

Die Beiträge sind im Internet eingestellt unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Gesundheitsthemen/FruehfoerderungIntegration/Seiten/default.aspx>

Rechtliche Neuerungen in der Glücksspielgesetzgebung in Baden-Württemberg

Katja Schnell, Ref. 94

Das Landesglücksspielgesetz Baden-Württemberg trifft weitreichende Regelungen. Besonders im Bereich der Spielhallen gibt es viele Neuerungen. Suchtprävention und Spielerschutz sind wesentliche Bestandteile des Gesetzes.

Zum 01.07.2013 hat der Erste Staatsvertrag zur Änderung des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen in Deutschland (Erster GlüÄndStV) den bisher bestehenden Glücksspielstaatsvertrag abgelöst. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte den deutschen Bundesländern vorgeworfen, den deutschen Glücksspielmarkt nicht kohärent zu regulieren. Während auf der einen Seite das Angebot begrenzt wurde (Spielbanken, Toto-Lotto, Sportwetten), weitete sich das Angebot im Bereich der Spielhallen und Geldspielautomaten aus. In Baden-Württemberg z. B. erhöhte sich die Anzahl von Spielhallengeräten von 8 324 im Jahr 2006 auf 18 775 im Jahr 2012; das entspricht einer Zunahme von 125,6 % (vgl. Jürgen Trümper/Christiane Heimann, Arbeitskreis gegen Spielsucht e. V., Juni 2012).

Mit dem Ersten GlüÄndStV kommen die Länder den Forderungen des EuGH nach und regeln nun neben den bisherigen Bereichen auch – soweit in Gesetzgebungskompetenz der Länder – den Bereich der Spielhallen. 15 der 16 Bundesländer haben den Ersten GlüÄndStV ratifiziert, Schleswig-Holstein hat ein eigenes, unabhängiges Glücksspielgesetz verabschiedet. Ziele des Ersten GlüÄndStV sind, das Entstehen von Glücksspielsucht zu verhindern und Voraussetzungen für wirksame Suchtprävention zu schaffen, den Jugend- und Spielerschutz zu gewährleisten, ein legales Spielangebot sicherzustellen sowie das unerlaubte Glücksspiel einzudämmen.

Das Landesglücksspielgesetz Baden-Württemberg (LGlüG)

Das LGlüG ist das Ausführungsgesetz, das den Ersten GlüÄndStV für Baden-Württemberg konkretisiert. Es wurde am 15.11.2012 vom Landtag beschlossen. Suchtprävention und Spielerschutz ziehen sich wie ein roter Faden durch das Gesetz; so gibt es besonders im Bereich der bisher wenig regulierten Spielhallen viele Neuerungen. Spielhallen müssen in Zukunft einen Abstand von 500 m Luftlinie von Tür zu Tür untereinander haben, aber auch zu Einrichtungen, die dem Aufenthalt von Kindern und Jugendlichen dienen, wie z. B. Schulen oder Jugendhäuser. Auch in Gebäudekomplexen wie Einkaufszentren darf es zukünftig nur eine Spielhalle geben. Für vor dem 28.10.2011

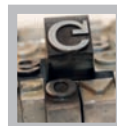
genehmigte Spielhallen gilt ein Bestandsschutz bis 30.06.2017; danach genehmigte Spielhallen haben Bestandsschutz bis 30.06.2013. Sperrzeiten für Spielhallen werden von 0-6 Uhr festgeschrieben; sie können nicht verkürzt werden. Technische Geräte zur Bargeldabhebung in Spielhallen sind nicht gestattet. Werbung darf sich nicht an Jugendliche oder Gefährdete richten. Spielhallen müssen von außen einsehbar sein; auch dürfen von außen keine Anreize zum Spielen ausgehen.

Aber auch Regelungen für alle Anbieter von Glücksspielen werden getroffen. So wird eine umfassende Sperrdatei eingeführt, die Spielern die Möglichkeit gibt, sich selbst dauerhaft vom Glücksspiel auszuschließen. In Baden-Württemberg sind neben den Spielbanken, der staatlichen Toto-Lotto-Gesellschaft und den Sportwettanbietern auch alle Spielhallen an diese Datei angeschlossen. Eine Ausweiskontrolle muss in all diesen Spielstätten erfolgen, was auch die Einhaltung des Jugendschutzes begünstigt.

Aus suchtpräventiver Sicht jedoch besonders wichtig ist der § 7 „Sozialkonzepte“. Dieser besagt, dass alle Anbieter von Glücksspielen ein Sozialkonzept vorhalten müssen. Ziele dieser Sozialkonzepte sind die Früherkennung und Verhinderung von problematischem und pathologischem Glücksspiel und die Vermittlung von Betroffenen ins Hilfesystem. U. a. muss ein solches Sozialkonzept beinhalten, welche Personen für den Spielerschutz verantwortlich sind und welche konkreten Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele erfolgen. Sozialkonzepte müssen regelmäßig weiterentwickelt werden.

Ein weiterer Bestandteil des § 7 sind Schulungen für alle bei Glücksspielanbietern tätigen Personen, die in Kontakt zu Spielern stehen, sowie deren Vorgesetzte. Nach Möglichkeit sollen auch die Unternehmensleitungen geschult werden. Diese Schulungen werden von in der Suchthilfe in Baden-Württemberg tätigen Einrichtungen durchgeführt. Die Mindestdauer der Schulungen beträgt acht Stunden. Sie beinhalten die Vermittlung von rechtlichen Grundlagen, Grundlagen zum pathologischen Glücksspiel sowie Wissen über Hilfeangebote für Betroffene. Insbesondere sollen Handlungskompetenzen zur Früherkennung, Ansprache und Weitervermittlung ins Hilfesystem vermittelt werden.

Zur konkreten Umsetzung der Inhalte des § 7 LGlüG wurde beim Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren eine Projektgruppe aus Fachleuten eingerichtet, an der auch das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg beteiligt ist.



Bewegungsförderung und Stadtplanung

Bettina Huesmann, Ref. 94

Die Gestaltung der Städte und Gemeinden hat einen entscheidenden Einfluss auf das Ausmaß der körperlichen Aktivität und der Gesundheit von Menschen in jedem Alter.

Anfang des 20. Jahrhunderts war in Städten und Gemeinden das zentrale gesundheitliche Thema die Verhinderung von Ausbrüchen infektiöser Krankheiten. Ein gemeinsames Ziel der Stadtplanung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes war das Erreichen bestmöglicher Hygiene. Mitte des 20. Jahrhunderts stand der Hygieneaspekt nicht mehr im Vordergrund und ein Auseinanderdriften der beiden Professionen konnte beobachtet werden. Die Stadtplanung war sehr funktionalistisch geprägt und setzte die Schwerpunkte auf eine autogerechte Stadt, die Stadterweiterung und beispielsweise die Zersiedelung. Erst in den letzten Jahren wurde zunehmend erkannt, dass die Stadtplanung u. a. einen nachhaltigen Beitrag zur Schaffung von gesunder und somit lebenswerter Umwelt leisten und die Möglichkeiten für einen aktiven Lebensstil geben kann (Schmidt & Tran 2012).

„If you plan cities for cars and traffic, you get cars and traffic. If you plan for people and places, you get people and places.“ (Fred Kent). Neben dem sozialen Umfeld, persönlichen Faktoren, individuellen Fähigkeiten und der Motivation jedes Einzelnen ist die bauliche und natürliche Umwelt mit entscheidend dafür, ob sich Menschen im Alltag mehr bewegen.

Zur Ermittlung einer bewegungsförderlich gestalteten Umwelt kann der walkability index eingesetzt werden. Dieser setzt sich aus folgenden „4 D’s“ zusammen: Diversity, Density, Design, Destination. Ein gelungener Mix aus Wohnhäusern und Geschäften sowie eine geringe Entfernung und der Zugang zu wichtigen Zielpunkten des täglichen Bedarfs, der Freizeitgestaltung und Erholungsmöglichkeiten kann das Zufußgehen fördern. Ein gehfreundliches Umfeld wird vor allem auch durch eine optimale Vernetzung der Straßen sowie eine gute Fuß- und Radweginfrastruktur (Trennung von Fuß- und Radwegen) erreicht. Hierzu gehört auch eine gute Erreichbarkeit zu Haltestellen des ÖPNV (sei es von der Wohnung oder dem Arbeitsort aus)

und eine attraktive Gestaltung öffentlicher Räume (Grünflächen, Spielplätze). Nicht zuletzt entscheidet auch die persönliche und verkehrsbezogene Sicherheit darüber, ob man Wege zu Fuß geht oder mit dem Fahrrad fährt. Darüber hinaus ermöglichen verkehrsberuhigte Straßen, sichere Straßenübergänge mit langen Ampelgrünphasen, eine ausreichende Beleuchtung sowie Sitzgelegenheiten entlang alltäglicher Bewegungsrouten ein selbstständiges und Bewegungsförderndes Leben älterer Menschen (Frank & Kavage 2009; Wallmann 2012).

Bewegungsangebote im öffentlichen Raum (z. B. Parks) erhöhen die Attraktivität der Städte und Gemeinden; sie haben eine hohe sozial- und strukturpolitische Bedeutung für einen Wohn- und Wirtschaftsstandort. Öffentliche Räume, die zur Gesunderhaltung beitragen sollen, müssen Aspekte für alle Altersklassen berücksichtigen. Es ist nach Chancen zu suchen, wie Anreize geschaffen werden können, damit z. B. Parks bestmöglich für alle genutzt werden. Hier eignen sich generationenübergreifende Angebote, die die vielfältigen Bewegungsformen berücksichtigen und die sich aus einer interkulturellen Gesellschaft entwickeln (Baumgarten 2012).

Sämtliche attraktive, bewegungsförderliche (Um-)Gestaltungsmaßnahmen von Plätzen im öffentlichen Raum machen nur Sinn, wenn die Bewegungsmöglichkeiten angenommen werden. Um dies zu erreichen, muss das Bewusstsein der Bevölkerung, sich im Alltag mehr zu bewegen, verbessert werden (Wallmann 2012). Auch bedarf es weiterer Forschung, um den tatsächlichen Wirkungsgrad bzw. Einfluss auf die gesundheitsfördernde Verhaltensweise herauszufinden.

Aufgrund unterschiedlicher Interessen von Wirtschaft, Politik und Gesellschaft steht die Stadtplanung stets im Spannungsfeld konträrer Ansprüche.

Eine effektive Zusammenarbeit auf lokaler Ebene zwischen Stadtplanung, Verkehr, Wohnbau, öffentlicher Gesundheit, Sozialdienste, Bildung, Sport, Politik und insbesondere auch die Beteiligung aller Bürger und Bürgerinnen ist erforderlich, um die Bewegungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum zu fördern.



Das Stadtklima im Jahr 2100

Karin Otzelberger, Ref. 96

Den Projektionen regionaler Klimamodelle zufolge soll sich in Baden-Württemberg die Anzahl heißer Tage bis zum Jahr 2100 mindestens verdreifachen. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) beschreibt für die Klimaanpassungsstrategie des Landes, wie man der zunehmenden Hitzebelastung begegnen kann.

Das Klima in Baden-Württemberg hat sich im Laufe des letzten Jahrhunderts spürbar verändert. In den letzten 100 Jahren stieg die mittlere Jahrestemperatur um mehr als 1 °C. Das ist deutlich mehr als der global verzeichnete Anstieg von 0,7 °C. Baden-Württemberg gehört zu den von den Veränderungen des Klimas am stärksten betroffenen Gebieten Deutschlands. Bis zum Ende des Jahrhunderts ist ein Anstieg der mittleren Jahrestemperatur im Land um weitere 3,3-4,5 °C zu erwarten. Besonders betroffen ist neben dem Oberrheintal der Großraum Stuttgart. Stuttgart ist schon jetzt eines der wärmsten Gebiete in Deutschland. Daher entwickelt das Land eine Strategie zur Anpassung an die unvermeidbaren Folgen des Klimawandels. Aber welche konkreten Folgen wird der Klimawandel in der Zukunft haben?

Die grobmaschigen globalen Klimamodelle werden auf regionale Klimaprojektionen bis zu einer Auflösung von 7 x 7 km² heruntergerechnet. Um die Zuverlässigkeit zu erhöhen, wertet die Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz (LUBW) in einem Ensembleansatz 29 regionale Projektionen aus. Zum Beispiel zieht die LUBW das 85. Perzentil aller Werte als oberen Schwellenwert heran. Solche oberen und unteren Grenzen stellen als Leitplanken die Grundlage für ein vom LGA zu erarbeitendes Fachgutachten dar.

Die zunehmende Hitzebelastung zeigt sich beispielsweise an häufigeren und länger andauernden Hitzewellen. Die Zahl der heißen Tage, an denen das Thermometer über 30 °C zeigt, steigt bis zum Jahr 2100 auf über 26 Tage pro Jahr. Mit tropischen Nächten, in denen die Temperatur nicht unter 20 °C fällt, ist deutlich häufiger zu rechnen. Mit der baden-württembergischen Anpassungsstrategie soll für zehn verschiedene Handlungsfelder die Verwundbarkeit der verschiedenen Regionen analysiert und geeignete Anpassungsmaßnahmen entworfen werden.

Für das Handlungsfeld Gesundheit beschreibt das LGA u. a. die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Bevölkerung durch die zunehmende Hitzebelastung. Besonders betroffen sind ältere und sozial isolierte, allein lebende Menschen. Sie profitieren nicht von der bereits gut funktionierenden Maßnahme des Hitzewarndienstes. Daher ist die Hitze in Städten ein überaus wichtiges Kapitel dieses Gutachtens.

Städtische Wärmeinseln

Der Klimawandel stellt nicht nur Stuttgart mit seiner Kessellage und Windarmut vor große Herausforderungen. Denn in Städten bildet sich ein ganz eigenes Regionalklima aus. Ein typisches Merkmal des Stadtklimas ist der Wärmeinseleffekt. Durch die starke Aufwärmung der versiegelten Flächen tagsüber und verringerte Abkühlung nachts wird es in Städten im Vergleich zum Umland deutlich wärmer.

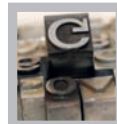
Dieser Effekt nimmt etwa logarithmisch mit der Einwohnerzahl zu. In Megastädten kann es zu einem Temperaturunterschied von bis zu 10 °C kommen. Mannheim, Heidelberg, Karlsruhe und Freiburg liegen in den heißesten Regionen Baden-Württembergs am Oberrhein. Hier sind innovative Anpassungsmaßnahmen gefragt!

Für das thermische Empfinden des Menschen ist neben der Temperatur auch Luftfeuchtigkeit, Luftbewegung und Frischluftzufuhr entscheidend. Neben effektiven Grünkonzepten und Frischluftschneisen zur Abmilderung des Hitzeinseleffektes und Durchlüftung sollten Städte auch für ausreichend Erholungsmöglichkeiten für hitzege-

plagte Menschen im Freien unter Bäumen sorgen. Zudem empfiehlt das LGA nach dem Vorbild amerikanischer Städte sog. Cooling Centres. Während ausgeprägter Hitzeperioden sollte es in Innenstädten kühle, eventuell klimatisierte Räume geben. Dort könnte man sich vom Hitzestress erholen, sich abkühlen und erfrischen. Öffentliche Einrichtungen oder Seniorenzentren könnten dies speziell für bedürftige und ältere Menschen anbieten und mit medizinischen Hilfeleistungen verknüpfen. Für Kaufhäuser könnte es üblich werden, einen Ruheraum kostenlos ohne Konsumzwang als Kundenservice ähnlich der „netten Toilette“ anzubieten.



Springbrunnen zur Abkühlung in Schwetzingen



Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“

Torben Sammet, Ref. 94

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg berät im Rahmen der Landesinitiative Städte und Gemeinden, wie diese gesundheitsförderlich, lebenswert und generationenfreundlich gestaltet werden können.

Städte und Gemeinden haben einen großen Einfluss auf die Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen, Familien und älteren Menschen. Vor Ort, in der Kommune, werden die Grundlagen für ein gesundes Aufwachsen und selbstbestimmtes Leben im Alter gelegt. Die Lebensbedingungen in Einrichtungen wie Kitas, Schulen, Freizeiteinrichtungen und Begegnungsstätten sowie im Wohnumfeld haben einen bedeutenden Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der gesamten Bevölkerung.

Die Landesinitiative ist ein Angebot an alle Städte und Gemeinden in Baden-Württemberg, um ein Gesamtkonzept für eine gesunde sowie familien- und generationenfreundliche Kommune zu entwickeln, das konkrete Zielgruppen und Ziele sowie bedarfsorientierte Maßnahmen enthält. Es werden alle Akteure mit Bezug zu Gesundheit, Bildung, Soziales, Familien- und Generationenfreundlichkeit sowie die Bevölkerung beteiligt. Die Koordination und Leitung der Initiative liegt bei der Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung. Die beteiligten Akteure ermitteln gemeinsam Bestand und Bedarf an Maßnahmen und Angeboten, die die Lebensqualität der Bevölkerung erhöhen und welche örtlichen Bedingungen ein gesundes Aufwachsen und Leben fördern oder eher behindern.

Im Sinne einer „generationenfreundlichen Kommune“ werden die Bedürfnisse aller Altersgruppen systematisch in den Blick genommen. Menschen aller Generationen werden an der Entwicklung beteiligt und zum Austausch ermutigt, so dass die jeweils unterschiedlichen Begabungen und Ressourcen gegenseitig nützlich werden.

Die Beratung der Kommunen bezieht sich auf vielfältige Fragestellungen

Eine zentrale Rolle kommt der Erläuterung der Frage zu, wie eine nachhaltige Zusammenarbeit der kommunalen Akteure gelingen kann sowie der Thematik des Einbezugs der Bürger bei der Gestaltung ihrer Lebensbedingungen. Partizipation und Teilhabe bilden das Fundament eines nachhaltig gestalteten und erfolgreichen Prozesses.

Zudem erhalten die Städte und Gemeinden Hilfestellung bei der Bestands- und Bedarfsanalyse, der Formulierung gemeinsamer Ziele für die kommunale Gesundheitsförderung sowie Informationen zu qualitätsgesicherten und bewährten

Angeboten der Gesundheitsförderung, passend zum Bedarf vor Ort.

Ein weiteres Augenmerk wird auf die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Interessen der jeweiligen Zielgruppen gelegt sowie auf die Erreichbarkeit von Kindern, Jugendlichen, Eltern und älteren Menschen mit und ohne soziale Benachteiligung.

Beratung erhalten die Kommunen zudem bei der Fragestellung, wie gesundheitsförderliche Lebensbedingungen geschaffen werden können, um auf diesem Weg „gesunde“ Entscheidungen zu ermöglichen und zu unterstützen.

Um Fachwissen in der Gemeinde- bzw. Stadtverwaltung zu verankern, erhalten die Koordinatoren der Initiative eine zweitägige praxisorientierte Qualifizierung zur kommunalen Gesundheitsförderung. Zudem bietet ein Handbuch vertiefende Informationen und transparente Empfehlungen zu wirksamen Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Der gesamte Prozess wird von einem Berater begleitet. Dies stellt sicher, dass jede Kommune ganz individuell und bedarfsorientiert beraten wird. Zwei jährliche Netzwerktreffen auf Landesebene ermöglichen den gegenseitigen Austausch der beteiligten Kommunen.

Derzeit beteiligen sich 20 Städte und Gemeinden aus Baden-Württemberg an der Initiative (siehe Abbildung).



Gesund älter werden in Baden-Württemberg

Christine Volk-Uhlmann, Ref. 94

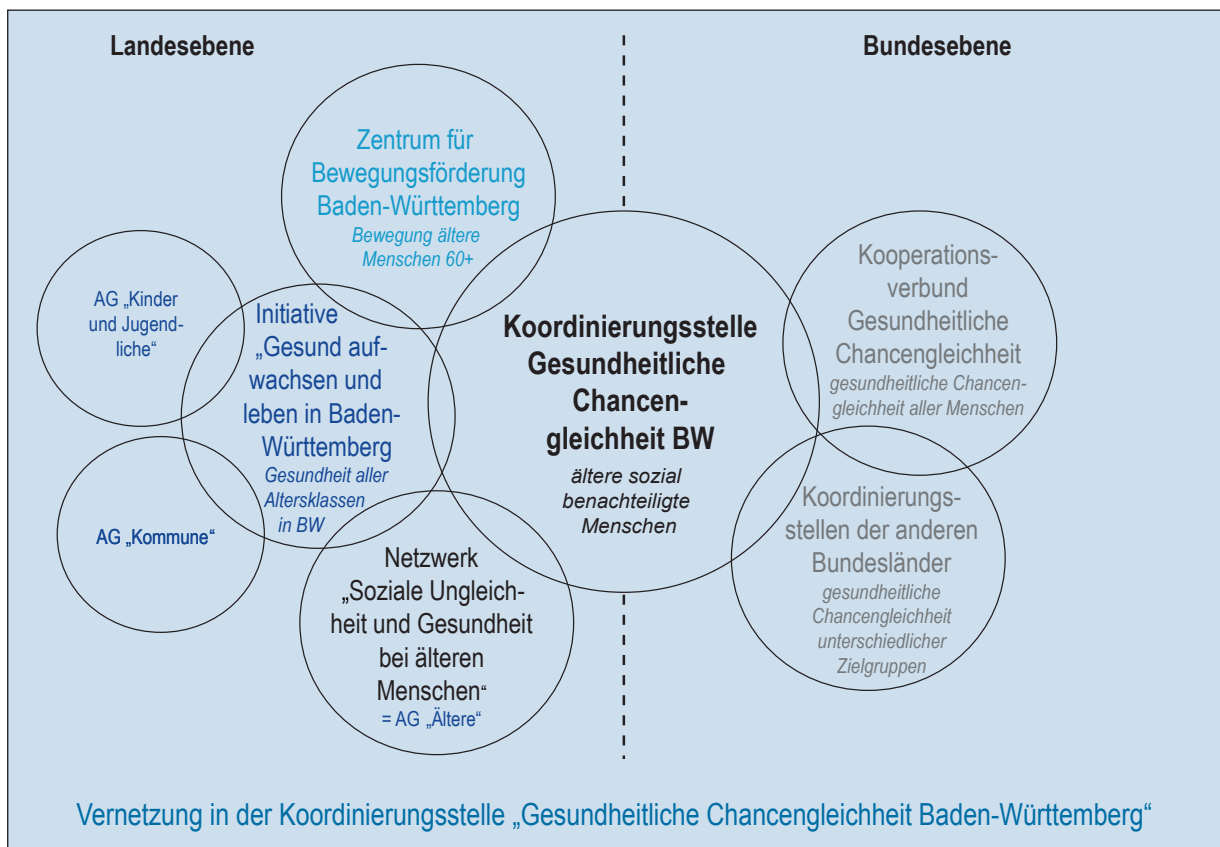
Die Verringerung ungleicher Gesundheitschancen ist das Ziel der Netzwerkarbeit der Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg“.

Um Menschen auch im höheren Alter ein gesundes und selbständiges Leben zu ermöglichen, gibt es vielfältige Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention. Gerade diejenigen, die von den Angeboten am meisten profitieren könnten, nehmen sie jedoch weniger häufig in Anspruch. Die Verringerung ungleicher Gesundheitschancen ist das Ziel der Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg“ (früher „Regionaler Knoten Baden-Württemberg“). Für die fachliche Expertise sorgt das Netzwerk „Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei älteren Menschen“. Da für den Erhalt der Gesundheit im Alter auch das Gesundheitsverhalten früherer Lebensabschnitte relevant ist, sollte der gesamte Lebenslauf in den Blick genommen werden. Aspekte von Gesundheit sind beispielsweise Ernäh-

rung, Bewegung, psychische Gesundheit und soziales Eingebunden-Sein. Hier gilt es, möglichst schon bei den Kleinsten anzusetzen, z. B. in der Kita. Da Übergänge im Lebensverlauf im Bezug auf das Gesundheitsverhalten besonders kritisch sind, muss sichergestellt werden, dass für den Übergang in die Schule oder den Beruf, in die Elternschaft, aber auch in den Ruhestand oder beim Tod eines Partners gesundheitsförderliche Angebote vorgehalten werden. Die Kommune ist dabei ein geeignetes Setting. Auf Landesebene wird die kommunale Gesundheitsförderung über den gesamten Lebensverlauf durch die enge Zusammenarbeit der Koordinierungsstelle mit dem Zentrum für Bewegungsförderung Baden-Württemberg und mit der Initiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ gefördert. Auf diese Weise wird die Expertise verschiedener Fachgebiete gebündelt, ohne Parallelstrukturen aufzubauen. Auf Bundesebene ist die Koordinierungsstelle in den Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ eingebunden.



Prävention



Betriebliche Gesundheit in der Landesverwaltung verankern

Kurt Gläser, Ref. 96

Seit 2011 fördert das Land Baden-Württemberg die Gesundheit seiner Landesbediensteten mit 6 Mio. Euro jährlich. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) evaluiert diesen Prozess und unterstützt die Einführung und Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) mit System. Das Ziel ist, den Gesundheitsgedanken landesweit in den betrieblichen Strukturen und Prozessen zu verankern.

Auf der Basis von Experteninterviews mit 23 Organisationen der Landesverwaltung – darunter alle Ministerien, der Rechnungshof sowie die Interessenvertretungen, der Arbeitskreis Chancengleichheit und weitere Behörden – ermittelte das LGA die qualitative Umsetzung des BGM in der Landesverwaltung in den Jahren 2011 und 2012. Ergänzend zu dieser explorativen Fallstudie wurden die veranlassten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Fläche auch quantitativ erfasst. Dazu wurden Dokumentationsbögen aus über 275 Organisationen der Landesverwaltung ausgewertet. Ziel war es, einen weitgehend repräsentativen Überblick über die umgesetzten Maßnahmen des Gesundheitsmanagements, die Beteiligung der Beschäftigten sowie die Art und Weise der Mittelverwendung zu erhalten.

Im Ergebnis ist die Notwendigkeit des BGM auf allen Ebenen der Landesverwaltung angekommen. Erforderliche Strukturelemente, wie Steuerkreise, Dienstvereinbarungen, Zuweisung von Verantwortlichkeiten etc., sind weitgehend etabliert. Die Führungsebenen stehen hinter dem Gesundheitsmanagement. Der Schwerpunkt der Maßnahmen lag bisher aber stark auf verhaltensorientierten Angeboten in den Bereichen Bewegung, Stressbewältigung, Gesundes Arbeitsumfeld, Führung und Gesundheit. Verhältnis- bzw. ursachenorientierte Maßnahmen, die Mitarbeiterorientierung (Partizipation) und die systematische Implementierung eines nachhaltig wirksamen BGM im Sinne eines ständigen Verbesserungsprozesses sind dagegen noch ausbaufähig – und gleichzeitig dringend geboten.

Die Empfehlungen des LGA waren deshalb, dass die obersten Führungsebenen in den einzelnen Häusern planvolle und an mittel- und langfristigen Zielen orientierte BGM-Prozesse noch stärker fördern und fördern sollten. Eine Grundlage dafür bietet die Orientierung an der DIN SPEC 91020 BGM, deren Umsetzung das LGA durch Fortbildungen und Vor-Ort-Beratungen unterstützt. Die Spezifikation des Deutschen Instituts für Normung e. V. ist im Juli 2012 erschienen und fordert, dass eine betriebliche Gesundheitspolitik

mit Klärung und Durchsetzung von Zuständigkeiten, Kompetenzen, Entscheidungswegen und Ressourcen zur „Chefsache“ werden muss. Bestätigt wurde diese Forderung durch Ergebnisse der Experteninterviews, in denen die „Unterstützung durch die Hauspitze“ als wichtigster Erfolgsfaktor für die nachhaltige Umsetzung des Gesundheitsmanagements genannt wurde.

Unumgänglich für ein effektives und effizientes BGM ist auch eine bedarfsorientierte Maßnahmenplanung auf der Basis von gesundheitlichen oder strukturellen Analysen. So kann sich auch die Landesverwaltung der demografischen Entwicklung nicht entziehen: Mit der Dienstrechtsreform 2011 und der Anhebung der Pensionsaltersgrenze auf 67 Jahre sind im Zeitraum 2012-2029 jahresdurchschnittliche Einsparungen von 89 Mio. Euro und kumulierte Einsparungen von ca. 1,63 Mrd. Euro verbunden (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg [2010]: Versorgungsbericht Baden-Württemberg. Stuttgart, S. 76). Zu den Einsparungen tragen aber auch Versorgungsabschläge bei, die bei vorzeitigen Pensionierungen greifen. Wie beeinflussen sich aber finanzielle Zwänge, „durchzuhalten“, und Fehlzeitenquoten im Vorruhestandsalter bzw. Präsentismus-Phänomene gegenseitig (Leistungsminderung bzw. Anwesenheit am Arbeitsplatz bei beginnender oder bestehender Krankheit)? Dies gilt es zu beobachten und möglichst weit im Vorfeld entgegen zu steuern.

Alle Facetten des BGM sind dabei gefordert. Insbesondere sollte das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX, das ein integraler Bestandteil eines modernen BGM ist, deutlich ausgebaut und dessen Nutzen erkannt werden.

BGM ist ein Signal, die soziale Verantwortung für die Gesundheit der Beschäftigten wahr zu nehmen. Und neben dem Erhalt der Leistungsfähigkeit bei alternden Belegschaften dient BGM – richtig kommuniziert – auch als modernes Instrument zur Mitarbeiterbindung und zur Attraktivitätssteigerung des Arbeitgebers. Potentiale ergeben sich dabei auch aus den Synergieeffekten, die die vielfältigen Ansätze des Ressorts in sich tragen und die es zu vernetzen gilt. Eine Intranet gestützte Wissensplattform zum Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den strategischen Partnern (LGA, Führungsakademie und Unfallkasse Baden-Württemberg) und den BGM-Verantwortlichen in den einzelnen Behörden, Dienststellen und Verwaltungen soll deshalb die effiziente Verwendung der eingesetzten Haushaltsmittel weiter steigern und personelle Ressourcen durch die Verringerung von Doppelarbeiten entlasten.

Hinweise zur Beteiligung der Selbsthilfe in Kommunalen Gesundheitskonferenzen

Rolf Seltenreich, Abt. 9

Die Beteiligung der Selbsthilfe (SH) an den Gesundheitskonferenzen bedarf gewisser Regeln und Absprachen zwischen den Koordinatoren der Gesundheitskonferenzen und den Akteuren der SH. Deshalb wurden von Seiten des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) in Absprache mit Vertretern der SH-Verbände Grundsätze zu deren Beteiligung entwickelt.

Einbindung der Selbsthilfe in die Gesundheitsstrategie

In den letzten Jahren entstand aufgrund des Auftrags aus der Konzeption der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg eine enge Zusammenarbeit zwischen dem LGA und den Verbänden der SH. Dies zeigt sich auch in der Beteiligung der SH-Verbände und Patientenvertreter in den Projektgruppen der AG Standortfaktor.

Eine Schlüsselrolle in der Umsetzung der Gesundheitsstrategie kommt den Kommunalen Gesundheitskonferenzen bei den Stadt- und Landkreisen zu. Um den Verantwortlichen Beteiligungs- und Auswahlkriterien zur Verfügung zu stellen, hat das LGA Grundsätze bzw. Hinweise dazu entwickelt.

Grundsätze zur Berufung von Selbsthilfevertretern zu Gesundheitskonferenzen

Vor der Suche nach Vertretern der SH sollten sich die Verantwortlichen einen Überblick über die Gesamtsituation verschaffen.

Die überwiegende Anzahl der Gesundheitsämter hat Kontakt zur SH oder ist selbst Kontakt- und Informationsstelle für SH. Deshalb gilt es für die Koordinatoren der Gesundheitskonferenzen, zunächst die eigenen Verbindungen und Erkenntnisse in Sachen SH im Amt zu nutzen.

Bei der „Berufung“ von SH-Vertretern sollten folgende Punkte beachtet werden:

- SH-Vertreter sind Mittler zwischen der SH-Szene und den Konferenzen.
- Sie sollen die Eigenschaft haben, Kooperation und Zusammenarbeit mit den SH-Kreisen herzustellen; dies ermöglicht ggf. eine Kampagnenfähigkeit durch Beteiligung und Mitarbeit an Projekten und Maßnahmen.
- Zu bevorzugen sind deshalb die aus größeren Kreisen gewählten Vertreter z. B. aus regionalen

Arbeitsgemeinschaften (RAGen). Nachrangig sind bestellte Vertreter oder gar Vertreter durch Zuruf („ich kenne da jemand“), da oft keine Rückkopplung zur SH-Szene gegeben ist.

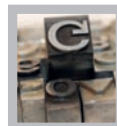
- SH-Gruppenmitglieder und deren Vertreter haben in der Regel eine hohe krankheitsbezogene Kompetenz. Deshalb sollten bei thematischer Fragestellung die entsprechenden Fachvertreter berufen werden.
- Aufgrund der Vulnerabilität, also schwankenden Gesundheitszuständen, kommt ein SH-Vertreter selten allein. Wünschenswert sind mindestens zwei Vertreter, um eine Kontinuität der Vertretung sicherzustellen. Des Weiteren ist eine gesicherte Einarbeitung neuer Vertreter möglich.
- SH-Vertreter haben oft ein gemindertes Einkommen; deshalb ist auf mögliche Fahrtkostenerstattung zu achten.
- Die Suche sollte in enger Zusammenarbeit mit Leuten aus Verbänden, Arbeitsgemeinschaften und falls vorhanden, mit den eigenen Experten erfolgen.

Patientenvertreter – eine Form der Beteiligung bzw. Partizipation der Selbsthilfe im Gesundheitswesen

Gesundheitskonferenzen waren ursprünglich als Gesundheitsförderungs- und Präventionskonferenzen gedacht. Durch die Entwicklung in der landärztlichen Versorgung wird die Gesundheitskonferenz auch als Versorgungskonferenz genutzt. Da die gesundheitliche Selbsthilfe in Form der Patientenvertreter nach § 140 f. SGB V in den gesetzlich maßgebenden Planungsausschüssen auf Landesebene beteiligt ist, bieten sich diese Vertreter als fachkundige Teilnehmer solcher Versorgungskonferenzen oder -gespräche an.

Weiterentwicklung der Beteiligung der Selbsthilfe und Patientenvertreter

In der Regel haben die Mitglieder und Vertreter der SH eine hohe Kompetenz in Krankheitsfragen. Dagegen fehlen oft Gremienkompetenzen und Kenntnisse im Gesundheitssystem. Deshalb besteht die Forderung nach Erfahrungsaustausch zwischen den SH-Vertretern in einer zielgerichteten Schulung bezüglich einer gelingenden Beteiligung und Mitarbeit in den verschiedenen Gesundheitsgremien.



Umsetzung der neuen Trinkwasserverordnung aus der Sicht der Überwachungsbehörden

Jens Fleischer, Ref. 93

Die bisherige Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (TrinkwV 2001) vom 21.05.2001 trat am 01.01.2003 in Kraft. Nach fast einem Jahrzehnt und nach langen Beratungen in Fachgremien und Verbänden wurde im November 2011 die 1. Änderungsverordnung der TrinkwV (2001) durch Verkündung rechtskräftig. Ihr folgte nach weiteren Einwänden kurze Zeit später die 2. Änderungsverordnung der TrinkwV (2001), welche am 13.12.2012 in Kraft trat. Mit der novellierten TrinkwV wurden auch zahlreiche Empfehlungen des Umweltbundesamtes (UBA) und Teile des technischen Regelwerks neu geschrieben. Viele der darin enthaltenen Neuerungen betreffen direkt oder indirekt auch das mit der Trinkwasserüberwachung beauftragte Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg.

Neue Herausforderungen für die Untersuchungsbehörden

Konkret bedeutet die Umsetzung der novellierten TrinkwV die Anpassung des Labors an die Anforderungen der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS), welche seit Januar 2010 die einzige verbliebene nationale Akkreditierungsstelle ist. Im § 15 Abs. 4 TrinkwV (2001) heißt es hierzu entsprechend: „Die nach den §§ 14, 16 Absatz 2 und 3 sowie den §§ 19 und 20 erforderlichen Untersuchungen einschließlich der Probenahmen dürfen nur von dafür zugelassenen Untersuchungsstellen durchgeführt werden. Die zuständige oberste Landesbehörde oder eine von ihr benannte Stelle erteilt einer Untersuchungsstelle, die im jeweiligen Land tätig und nicht bereits durch ein anderes Land zugelassen ist, auf Antrag die Zulassung, wenn die Untersuchungsstelle

1. die Vorgaben nach Anlage 5 TrinkwV (2001) einhält,
2. nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik arbeitet,
3. über ein System der internen Qualitätssicherung verfügt,
4. mindestens einmal jährlich an externen Ringversuchen erfolgreich teilnimmt,
5. über hinreichend qualifiziertes Personal verfügt,
6. durch eine nationale Akkreditierungsstelle (hier: DAkkS) akkreditiert ist.

Trinkwasser-Probennehmer müssen regelmässig die Schulbank drücken

Auch die daraus resultierenden Anforderungen an die Probenahme von Trinkwasser, sei es aus Fernwasser- oder Ortsnetzleitungen oder aus Hausinstal-

lationen, werden dadurch zu einer großen Herausforderung für die mit der Trinkwasserüberwachung betrauten Untersuchungsstellen und Behörden im Land. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass die etwa 120 Probennehmer, welche für die Gesundheitsämter tätig werden, von den amtlichen Untersuchungsstellen regelmäßig geschult und auditiert werden müssen. Während bei der Umsetzung der novellierten TrinkwV vor Ort vor allem die Gesundheitsämter personell massiven Mehrbelastungen unterzogen sind, gilt dies für die Untersuchungsstellen vor allem bei der Implementierung jedes einzelnen Probennehmers in das laboreigene Qualitätsmanagement.

Umsetzung der novellierten TrinkwV im privatwirtschaftlichen Bereich

Eine erste Abfrage bei vier Gesundheitsämtern im Regierungsbezirk Stuttgart hat ergeben, dass die Umsetzung der TrinkwV durch private Institutionen und Firmen oftmals nicht in der geforderten Form erfolgt. Nach Aussagen der befragten Ämter wurden bis zum Ablauf der ersten Meldefrist zum 31.10.2012 nur ca. 1/4-1/5 der geschätzten 55 000-60 000 Liegenschaften gemeldet. Von den bis dahin gemeldeten Befunden überschritten ca. 12-30 % den in der TrinkwV festgesetzten Maßnahmewert von 100 KBE/100ml. Bis zu 30 % der Befunde waren überdies fehler- bzw. lückenhaft aufgrund falscher Auswahl der Entnahmestellen, fehlender oder falscher Angaben oder aufgrund falsch angewandter Analyseverfahren.

Auffällig war auch, dass bis zu diesem Zeitpunkt keine Gefährdungsbeurteilungen oder Meldungen über Maßnahmen vorlagen, wie sie der Unternehmer oder sonstige Inhaber (Usl) einer „Wasserversorgungsanlage“ eigentlich hätte in Auftrag geben müssen. Hierbei scheint es, dass die für diese Dienstleistung angefragten Institutionen und Firmen mit der Thematik oftmals überfordert sind und die Kenntnis der allgemein anerkannten Regeln der Technik eher dürftig ausfällt. Diese Einschätzung teilen auch andere Landesbehörden in Deutschland, die ebenso mit der Überwachung der Trinkwasserqualität betraut sind.

Fazit

Neben vielen anfänglichen Schwierigkeiten bei der Umsetzung der novellierten TrinkwV gibt es jedoch auch positive Resonanzen. So haben sich neben den Verbänden und dem Handwerk auch viele Wohnbaugesellschaften und Wohnungseigentümergeellschaften den neuen Aufgaben gestellt. Zahlreich angebotene Fachveranstaltungen zur Information und Weiterbildung im Bereich Trinkwasserhygiene belegen diesen Trend.



Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz, Infektionssurveillance

Karl-Heinz Janke, Elisabeth Aichinger, Ref. 95

Großschadensereignisse, Massenverletzungen oder andere Gefahrenlagen fordern den ÖGD auf verschiedenen Ebenen. Das Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz nimmt hierbei Aufgaben des Managements, der Koordination, der Aus-/Fortbildung und der vorsorgenden Planung wahr.

Die Kernkompetenzen des Kompetenzzentrums Gesundheitsschutz liegen bei biologischen Gefahrenlagen und in der Bewertung mittel- und langfristiger Folgen von chemischen bzw. toxikologischen Expositionen. Daneben steht die Vorbereitung auf unklare Gefährdungslagen im Fokus. Bei allen Aufgaben können auch arbeits-, veterinär- und/oder katastrophenmedizinische Fragen betroffen sein, so dass eine Mitwirkung an Referats-, Abteilungs-, Regierungspräsidiums- und länderübergreifenden Aufgaben erfolgt.

Arbeitsschwerpunkte

Die Ressourcen werden schwerpunktmäßig folgenden Aufgaben gewidmet:

- Überprüfung von Methoden und Protokollen einer Infrastruktur des ÖGD zur Verbesserung und Aufrechterhaltung von Expertise für die epidemiologische Untersuchung von Großschadensereignissen
- Vorbereitung und Unterstützung des ÖGD bei Unglücksfällen oder Anschlägen mit Gefährdung durch biologische, chemische oder physikalische Noxen
- Vertiefung der Ablaufplanung der Zusammenarbeit aller am vorklinischen Management von Verdachtsfällen hochkontagiöser Infektionskrankheiten Beteiligten durch Schulung und praktische Übungen

Von den Routineaufgaben der täglichen Praxis sich abhebende Arbeitsschwerpunkte waren die pandemische Influenza A(H1N1 pdm09) in 2009/10, der Legionellenausbruch Ulm in 2010, der EHEC-Ausbruch (O104:H4) in 2011, Q-Fieberausbrüche in 2011 und der bislang größte Ausbruch von Hantavirus-Erkrankungen in 2012.

Nosokomiale Ausbruchsuntersuchungen erfolgten bei einem Adenovirusausbruch in 2009 sowie einem Respiratorischen Synzytial-Virus-Ausbruch in 2011/12 (siehe auch Seite 11).

Daneben konnten 2012 mehrere Fortbildungsangebote unter Einbe-

ziehung verschiedener Kooperationspartner (Robert Koch-Institut [RKI], Task Force Feuerwehr Mannheim, Robert Bosch Klinikum Stuttgart, Meditox) für die Mitarbeiter des ÖGD durchgeführt und eine personell-strukturelle Reorganisation umgesetzt werden.

Ausblick 2013

2013 sind folgende Aufgabenschwerpunkte projektiert: Maßnahmen zum WHO-Ziel Masernelimination 2015, Europäische Impfwoche, Umsetzung neuer Internationaler Gesundheitsvorschriften, Überarbeitung Seuchenalarm- und Influenzapandemieplanung, Organisation praktischer Notfallübungen.

Nicht planbar sind Aufgaben der Infektionssurveillance sowie Untersuchungen zu umwelt-, lebensmittel- oder krankenhausbedingten aktuellen Ausbruchsgeschehen.

Daneben gehören strukturelle und prozessuale Neu-/Reorganisationen von Arbeitsabläufen und Organisationseinheiten (z. B. Schnelle Eingreifgruppe Gesundheitsschutz, Ständiger Arbeitskreis Kompetenz- und Behandlungszentren), Aufgaben der LGA-internen Aus-/Fortbildung, Teilnahme an Katastrophenschutzübungen (z. B. LÜKEX), internationaler Erfahrungsaustausch (Epi-Rhin, ECDC) sowie Kommunikation, Information und fachlicher Austausch mit einer Vielzahl anderer Institutionen (z. B. Katastrophenschutz, Feuerwehr, Ministerien, RKI, Ärztekammer, Krankenhausgesellschaft, Universitäten) zu den Aufgabenstellungen in 2013.



Informationen zu Risikofaktoren verschiedener Krebs-erkrankungen

Simone Kuhn, Iris Zöllner, Ref. 95

Eine Recherche zu Risikofaktoren für Krebserkrankungen, getrennt nach verschiedenen Krebslokalisationen, diente dem Zweck, die gefundenen Informationen aus wissenschaftlichen Studien in verständlicher Form für die Präsentation bei Fortbildungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst und bei Informationsveranstaltungen für die Bevölkerung aufzubereiten.

In den vergangenen Jahren erhielt das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg wiederholt Anfragen zu Krebserkrankungen und möglichen Ursachen. In Gesprächen mit Kommunalpolitikern und Betroffenen gab es die Anregung, den Forschungsstand zu Krebsrisikofaktoren in allgemein verständlicher Form für die Risikokommunikation bei Informationsver-

anstaltungen aufzubereiten. Fachpublikationen und Gesundheitsberichte sind für diesen Zweck nur bedingt geeignet. Aus diesem Grund wurden Forschungsergebnisse aus der Publikation „Krebs in Deutschland“ und „MedlinePlus“ exzerpiert und getrennt nach Krebslokalisationen aufbereitet. Auf den einzelnen Folien sind folgende Informationen zusammengetragen und im Überblick dargestellt: Krebslokalisation, Risikofaktoren, alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzraten, rohe und standardisierte Inzidenzraten, rohe und standardisierte Mortalitätsraten, Roh- und Überlebenszeitdiagramme. In der Abbildung sind die entsprechenden Daten für Kehlkopfkrebs (ICD C15) beispielhaft dargestellt.



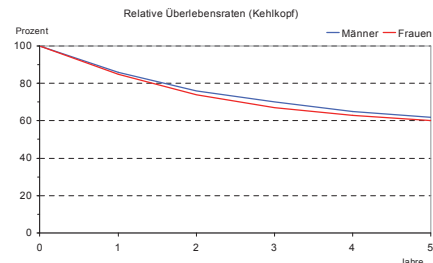
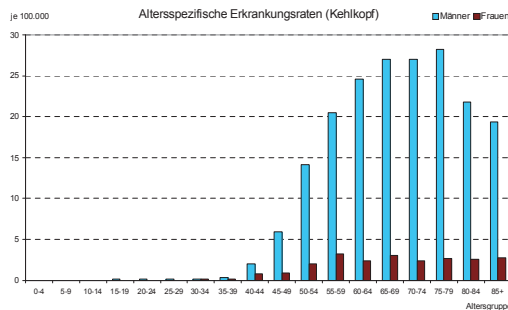
Atemwepsorgane Kehlkopf (C15 nach ICD-10)

Risikofaktoren ↗

- Tabak- und Alkoholkonsum
- berufliche Exposition gegenüber Asbest, Nickel und PAKs

Epidemiologische Maßzahlen 2008

| Je 100.000 Personen | Männer | Frauen |
|---------------------------------|--------|--------|
| Rohe Erkrankungsrate | 9,0 | 1,2 |
| Standardisierte Erkrankungsrate | 6,9 | 0,9 |
| Rohe Sterberate | 3,2 | 0,5 |
| Standardisierte Sterberate | 2,4 | 0,3 |



Informationen zu Kehlkopfkrebs mit Risikofaktoren und epidemiologischen Maßzahlen zu Inzidenz, Mortalität und Überlebenszeiten. Quellen: RKI Berlin („Krebs in Deutschland“) und MedlinePlus.

Digitale Infektionsdaten und ihre Darstellungsmöglichkeiten

Günter Pfaff, Anja Diedler, Ref. 95

Smartphones, Tablets und E-Book-Reader sind auf dem Vormarsch. Berichtsformate müssen der neuen Technik folgen.

Informationen werden heute im Internet gesucht. Dokumente zum Download im PDF-Format sind ein verbreiteter Standard. In puncto Lesekomfort, Haptik und Imagetransport sind klassische Printformate sicher im Vorteil. Aber Smartphones und Tablets verändern auch die Lesegewohnheiten. Kleine Touchscreens können die üblichen DIN A4-Seitenformate nicht gut darstellen. Jederzeitige Verfügbarkeit und Aktualität sind für mobile Nutzer ein Mehrwert digitaler Dokumente. Deshalb müssen auch Gesundheitsberichte und ähnliche Angebote den Möglichkeiten der neuen Technik folgen. Der Zugang zu den Informationen ist dabei genauso wichtig wie ihre Nutzbarkeit.

Im Mai 2012 veröffentlichte das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) einen Infektionsbericht. Darin wurden die Infektionsdaten aus den Jahren 2001-2010 analysiert, beschrieben und grafisch aufbereitet. Der Bericht steht im DIN A4-Format. Er wurde in kleiner Auflage gedruckt und digital als PDF-Dokument zur Verfügung gestellt. Jedoch zeigen sich auf kleinen Monitoren die Grenzen der Darstellbarkeit. Deshalb wurde der Bericht zusätzlich versuchsweise als eBook im epub-Format für digitale Lesegeräte gestaltet. Das Ergebnis ist unter www.gesundheitsamt-bw.de abrufbar. Die Erfahrungen zeigen: Zukünftige Dokumente sollten so angelegt werden, dass sie zur Ansicht in verschiedenen Medien geeignet sind. Dank neuer Tools für E-Publishing können unterschiedliche Formate und Zielmedien wie iPad oder alle wichtigen digitalen Reader ausgewählt werden.

Die Zusammenführung der aus den Gesundheitsämtern digital übermittelten Infektionsdaten erfolgt am LGA mittels der Software SurvNet@RKI, die zur Erfassung, Auswertung und Weiterleitung der Meldedaten gemäß IfSG dient. Zum Jahresende 2012 hat die Meldestelle am LGA ihre Software für Infektionskrankheiten umgestellt. Mit SurvNet 3.0 wurden neue Übermittlungskategorien eingeführt. Die neue Software erleichtert durch automatisierte Algorithmen die Bewertung der Daten und erweitert die Möglichkeiten zur Auswertung.

Dadurch stehen jetzt auch für die bisher als PDF-Datei veröffentlichten Wochenberichte neue Möglichkeiten zur Verfügung. Die Daten aus den Gesundheitsämtern werden von der IfSG-Meldestelle am LGA gesammelt. Am Ende der Folgewoche werden sie für den „Infektionsbericht Baden-Württemberg“ aufbereitet. Im Internet sind die Berichte unter www.gesundheitsamt-bw.de abrufbar. Ebenso gelangt man

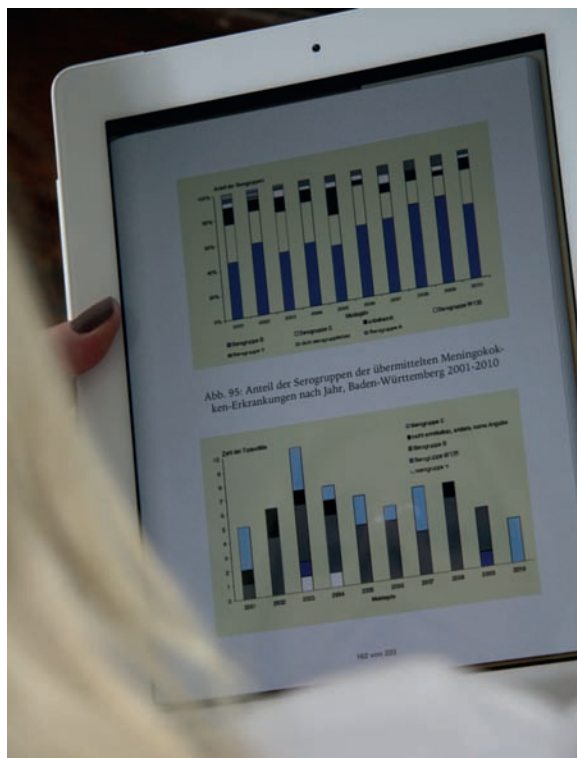
zu den wöchentlichen Infektionsberichten, wenn man den unten stehenden QR-Code mit dem Smartphone einscannt.



Die Grafiken und Tabellen, die aus den Infektionsdaten erstellt werden, eignen sich schon aufgrund der digitalen Quelle zur digitalen Präsentation. Um die räumliche und zeitliche Dynamik der Infektionsdaten noch besser zu visualisieren, ist geplant, die Daten künftig im Internet als „Infektionsatlas Baden-Württemberg“ zur Verfügung zu stellen. Der Infektionsatlas wird mittels InstantAtlas™ von GeoWise erstellt. Der Atlas soll die übermittelten Daten der letzten zehn Jahre auf Stadt- und Landkreisebene veranschaulichen.

Online zu sein ist immer weniger an den Computer zuhause oder am Arbeitsplatz gebunden. Dies ist inzwischen eine Selbstverständlichkeit, die im Hintergrund rauscht und nur „auffällt, wenn’s ausfällt“. Für interessierte Bürger sowie die Fachöffentlichkeit sollen deshalb Dokumente mit möglichst vielen Readern gut zugänglich und lesbar sein. Informationen und Daten über die jeweiligen Mediengrenzen hinweg zu produzieren, also auch in digitale Informationsprodukte zu formen und im Internet zu Verfügung zu stellen, wird eine spannende Herausforderung.

Online zu sein ist immer weniger an den Computer zuhause oder am Arbeitsplatz gebunden. Dies ist inzwischen eine Selbstverständlichkeit, die im Hintergrund rauscht und nur „auffällt, wenn’s ausfällt“. Für interessierte Bürger sowie die Fachöffentlichkeit sollen deshalb Dokumente mit möglichst vielen Readern gut zugänglich und lesbar sein. Informationen und Daten über die jeweiligen Mediengrenzen hinweg zu produzieren, also auch in digitale Informationsprodukte zu formen und im Internet zu Verfügung zu stellen, wird eine spannende Herausforderung.



Die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg

Dagmar Lutz, Dorothee Zahn, Ref. 91

Fortbildungen im Bereich der Hygiene und des Infektionsschutzes sind in der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) stark nachgefragt.

Der Fortbildungsbereich des LGA brachte sich im Jahr 2012 mit einer Vielzahl an Veranstaltungen ein. Bewährte Kurse und neue Fortbildungen wurden insbesondere im Bereich Hygiene und Infektionsschutz angeboten.

Um eine reibungslose Veranstaltungsplanung, -organisation und -durchführung zu gewährleisten, arbeitet ein Team fachlich-inhaltlich sowie organisatorisch zusammen. Verschiedene Teilnehmerkreise und der Referenten-Pool werden betreut.

Um Ärzten in Krankenhäusern ihre Rolle als Hygienebeauftragter Arzt nahezubringen, wurden in einem einwöchigen Kurs Inhalte zu hygienischen Aspekten und dem Infektionsschutz vermittelt. Auftrag dieser Ärzte ist es, die Hygiene zu überwachen und Maßnahmen zum Infektionsschutz mit weiteren Beschäftigten des Krankenhauses zu koordinieren. Dieser Kurs wurde in 2012 viermalig durchgeführt.

Auf korrekte hygienische Abläufe soll auch in Pflegeeinrichtungen verstärkt geachtet werden. Hierfür wurden erneut der Lehrgang Hygiene in Pflegeeinrichtungen für Altenpfleger angeboten. In sechs einzelnen Kursmodulen frischten die Teilnehmer u. a. Grundlagen zum Infektionsschutz sowie Kommunikationsstrategien und EDV-Kenntnisse für ihre Rolle als Hygienebeauftragte ihrer Pflegeeinrichtung auf und vertieften diese.

Eine große Nachfrage erfuhren auch die Kurse Hygiene in (Zahn-)Arztpraxen. Medizinische Fachangestellte unterschiedlicher Praxiseinrichtungen lernten in je zweimal dreitägigen Modulen spezielle rechtliche und hygienische Inhalte kennen, die in ambulanten medizinischen Einrichtungen für die Einhaltung des Infektionsschutzes grundlegend sind. Fünf Kurse wurden angeboten; die Nachfrage ist auch in diesem Jahr hoch.

Mit langjähriger Tradition wird der Grundkurs für Desinfektoren für ein breites Spektrum an Berufsgruppen angeboten. Nach Abschluss des dreiwöchigen Kurses erhalten die Teilnehmer den Titel „Staatlich geprüfter Desinfektor“. Der Grundkurs wurde in 2012

im Frühjahr und im Herbst durchgeführt. Hinzu kamen außerdem zwei jeweils zweitägige Fortbildungen für Desinfektoren. Im Jahr 2012 bezog sich diese Fortbildung auf Hygiene in der Kinderbetreuung und zog hierdurch auch Interessierte aus Kindergärten/-tageseinrichtungen und Gesundheitsämtern an.

Krankenpfleger aus vielen unterschiedlichen Krankenhäusern nahmen in 2012 an den stark nachgefragten Lehrgängen zur Hygienefachkraft teil. Die mit 720 Unterrichtseinheiten intensivste Weiterbildung des LGA wurde mit zwei Lehrgängen fortgesetzt und war erstmals 2011 auf Grund der großen Nachfrage angeboten worden. Lehrgangsplätze sind mittlerweile von Kliniken bis in das Jahr 2015 hinein reserviert. Neben dem theoretischen Unterricht im LGA werden von den Teilnehmern zusätzlich insgesamt 30 Wochen an Praktika erwartet, die an verschiedenen Krankenhäusern unter Betreuung einer Hygienefachkraft absolviert werden müssen. Die zukünftige Hygienefachkraft lernt in dieser Zeit nicht nur ihr eigenes Haus unter dem Blickwinkel der Hygiene oft ganz neu kennen, sondern blickt über den Tellerrand hinaus und sammelt dadurch viele Erfahrungen für ihre zukünftige Tätigkeit.

Die dargestellten Lehrgänge machen deutlich, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung des LGA eine breite Plattform anbietet, um neue inhaltliche Schwerpunkte kennenzulernen, bekannte Themen zu vertiefen und im Austausch mit Kollegen und Referenten neue Perspektiven für das eigene Arbeitsfeld zu gewinnen.



Fortbildung im ÖGD Baden-Württemberg

Dagmar Lutz, Ref. 91

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) sieht einen wesentlichen Auftrag im Austausch von Fachwissen und Erfahrungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).

In Baden-Württemberg fungieren 38 Gesundheitsämter als örtliche Ansprechpartner für gesundheitliche Themen.

Das LGA bietet eine geeignete Plattform, um aktuelle Informationen im Bereich der Gesundheit an die Gesundheitsämter des Landes weiterzugeben. Des Weiteren werden in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern neue Vorgehensweisen entwickelt und wichtige Themenfelder rund um die Gesundheit in den Blick genommen.

Entsprechende Fortbildungen, Workshops, Dienstbesprechungen, Netzwerke und Gesprächskreise finden im Fortbildungsbereich des LGA statt. Die Veranstaltungen werden dort auch organisatorisch betreut und unterstützt.

Neu im Jahr 2012 war die organisatorische Begleitung des Kurses Krankenhaushygiene für den ÖGD. Dieser Kurs wurde erstmalig angeboten; die Nachfrage ist groß. In zehn meist zweitägigen Modulen erfahren die Ärzte der Gesundheitsämter wesentliche Grundlagen zu Hygiene und Infektionsschutz im Krankenhaus.

Wie in den vorangegangenen Jahren wurde für das Jahr 2012 bereits im Vorjahr der Bedarf an Information und Fortbildung zu gewünschten Themenfeldern bei den Gesundheitsämtern abgefragt. Auf der Grundlage dieser Bedarfsermittlung stellte das LGA ein auf die Bedürfnisse der Gesundheitsämter ausgerichtetes Angebot zusammen und bot das Veranstaltungsprogramm online und in Broschürenform dem ÖGD an.

Aktuelle Veranstaltungen für den ÖGD im Jahr 2013 sind im Fortbildungskalender unter www.gesundheitsamt-bw.de online abrufbar. Für Interessenten besteht sowohl die Möglichkeit zur Onlineanmeldung als auch zum Herunterladen weiterführender Informationen.

Das LGA sieht eine wesentliche Aufgabe in der bedarfsgerechten Veranstaltungsplanung für den ÖGD: Indem sich die unterschiedlichen Fachreferate mit gezielten Angeboten zu Themenschwerpunkten einbringen, erhalten und fördern sie einen lebendigen Austausch mit den Gesundheitsämtern.



Qualitätssicherung

| | |
|---|---|
|   <h1 style="font-size: 2em;">2013</h1> <h2 style="font-size: 1.2em;">Veranstaltungsprogramm</h2> <p>Öffentlicher Gesundheitsdienst Landesarzt für behinderte Menschen Arbeitsmedizin</p>  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0; margin-bottom: 10px;">INHALTSVERZEICHNIS</div> <p>Chronologische Übersicht.....7</p> <p>Thematische Übersicht.....15</p> <p> Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz.....15</p> <p> Gesundheitsförderung und Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen.....22</p> <p> Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.....23</p> <p> Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz.....30</p> <p> Sonstiges.....38</p> <p>Teilnahmebedingungen.....39</p> <p>Anmerkungen der Redaktion.....39</p> <p>Lageplan.....40</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 5</p> |
|---|---|

Hygienebegehung von Zahnarztpraxen – Konzeption einer Fortbildung für Zahnärzte im ÖGD

Peter Weidenfeller, Ref. 93

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg entwickelte eine zweitägige Fortbildung für Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), die für die infektionshygienische Überwachung von Zahnarztpraxen nach § 23 Infektionsschutzgesetz (IfSG) geschult werden sollen.

Die Aufgaben des ÖGD bei der Überwachung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen sind im IfSG und im Gesundheitsdienstgesetz des Landes Baden-Württemberg festgelegt. Arzt- und Zahnarztpraxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, können von den Gesundheitsämtern infektionshygienisch überwacht werden. Die Überwachung findet anlassbezogen, z. B. bei Patientenbeschwerden, statt. Daneben ist im Rahmen der Umsetzung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung das Fachpersonal der hierfür zuständigen Regierungspräsidien in der Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten nötig.

Unter infektionshygienischen Aspekten wichtige Bereiche einer Praxisbegehung sind räumliche Unterbringung und Ausstattung der einzelnen Funktionsbereiche, Inhalte, Umsetzung des Hygieneplans sowie entsprechende Schulungen, die Logistik der Praxis (Materiallagerung, Wäsche, Entsorgung, Reinigungs- und Desinfektionsplan), die technische Ausrüstung sowie Qualitätssicherung und periodische hygienische Überprüfungen wasserführender Systeme.

Die Weiterentwicklung der medizinischen Hygiene in den letzten Jahren und die hiermit verbundenen komplexen Regelwerke (Gesetze, Normen, Empfehlungen, insbesondere das Medizinprodukterecht, die Biostoffverordnung und die Richtlinien der RKI-Kommission) erfordern eine entsprechende Qualifikation des amtlichen Kontrollpersonals. Der Zahnärztliche Dienst des ÖGD ist zwar aufgrund der eigenen Ausbildung für die Beurteilung der Belange einer zahnmedizinischen Einrichtung besonders geeignet und erfährt bei den Begehungen entsprechende Akzeptanz. Die Zahnärzte benötigen jedoch genauso wie die für die Überwachung von Arztpraxen und Krankenhäusern zuständigen Kollegen eine zusätzliche Schulung bezüglich der systematischen hygienischen Begehung der zu überwachenden Praxen, wobei die Zuständigkeiten insbesondere im Bereich der Medizinprodukte zu beachten sind.

Als obligate Inhalte dieser Schulung werden folgende Themen angesehen:

- Auffrischung und Aktualisierung der Rechtskunde; Gesetze, Bestimmungen zum Arbeitsschutz, Vorschriften zur Instrumentenaufbereitung, RKI-Richtlinie, technische Normen, Empfehlungen von Fachgesellschaften
- Kurzer Überblick über gängige, für die Zahnmedizin und die Übertragbarkeit in einer Zahnarztpraxis relevante Infektionserreger
- Umgang mit spezifischen Erregern (z. B. HIV, HBV, HCV) und mit Trägern multiresistenter Bakterien (z. B. MRSA) in der Zahnarztpraxis
- Vorgaben zur Personal- und Händehygiene
- Infektionen durch wasserführende Systeme
- Praxisreinigung, Wäscheversorgung und -aufbereitung, Entsorgung
- Desinfektionsmittel und -verfahren
- Instrumentenaufbereitung und Sterilisation in der Zahnarztpraxis
- Systematik des Hygieneplans: Hygieneschulungen und Sachkunde des Personals
- Beurteilung von Praxisplanungen und Umbau-Entwürfen
- Hygienische Anforderungen an Prothetik und Implantologie und an das Fachgebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Systematik der amtlichen Begehung: Checklisten, Protokolle und Fallbeispiele.

Die 15-stündige Veranstaltung wird im Jahr 2013 erstmals angeboten und evaluiert und kann ggf. als Muster für weitere Fortbildungen bei dieser Zielgruppe, auch in anderen Bundesländern, herangezogen werden.



Über zehn Jahre „Staatlich geprüfte Hygienebeauftragte“ für Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg!

Dorothee Zahn, Ref. 91

Die starke Nachfrage an der Fortbildung „Hygiene in Pflegeeinrichtungen“ verdeutlicht das wachsende Bewusstsein für die Relevanz eines hygienischen Umgangs und Umfelds in Pflegeeinrichtungen.

Seit mehreren Jahrzehnten nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland zu. Die professionelle Pflege in Alten- und Pflegeheimen sowie der ambulanten Pflege gewinnen an Bedeutung. Viele Pflegebedürftige leiden an einem geschwächten Immunsystem. In Pflegeheimen leben sie mit anderen immunsupprimierten Bewohnern zusammen, haben engen Kontakt miteinander und erhalten Besuch von Angehörigen. Leicht lassen sich hier für die Bewohner gefährliche Keime verschleppen. Ein prekärer Zeitplan für die Pflege der einzelnen Bewohner sowie das mangelnde Bewusstsein mancher Pflegenden bezüglich eines geeigneten hygienischen Verhaltens, beispielsweise bei der Wundversorgung von Patienten oder dem Vorbereiten und Verabreichen von Mahlzeiten, tragen zu schwerwiegenden Infektionen der Bewohner oder des Personals bei.

Mehr Klarheit über notwendige Hygieneregeln, die Kenntnis und das Einhalten wirkungsvoller Maßnahmen, beispielsweise bei der Vorbereitung von Norovireninfektionen im Pflegeheim, helfen, Infektionen zu verhindern oder einzudämmen.

Um grundlegende Fachkenntnisse zum Infektionsschutz, Maßnahmen und geeignete Verhaltensweisen bezüglich der Hygiene zu vermitteln, nehmen Kranken- und Altenpfleger an der Fortbildung „Hygiene in Pflegeeinrichtungen“ im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) teil.

Nach erfolgreicher Beendigung des Lehrgangs erhalten die Teilnehmer die Zusatzbezeichnung „Staatlich geprüfte/r Hygienebeauftragte/r für Pflegeeinrichtungen“ oder „Staatlich geprüfte/r Hygienebeauftragte/r für ambulante Einrichtungen der Behindertenhilfe“. Ihre zukünftige Rolle enthält u. a. die Aufgabe, bei der Einhaltung von Hygieneregeln mitzuwirken. Dies schließt die Begehung verschiedener Bereiche innerhalb der Pflegeeinrichtung sowie die begleitende Beobachtung bei der Durchführung von Pflegetechniken ein. Nicht als „Hygienepolizei“, sondern als Berater sollen die Hygienebeauftragten ihre Kollegen dabei unterstützen, notwendige hygienische Aspekte zu berücksichtigen.

Daher stellt ein weiterer, wichtiger Aufgabenbereich des Hygienebeauftragten die Schulung der Kollegen dar. Gezielt sollen darin hygienerelevante Informationen vermittelt werden. Auch eine praktische Umset-

zung wichtiger Maßnahmen, z. B. die korrekte Durchführung einer Händedesinfektion, werden eingeübt.

Die Fortbildung orientiert sich in Dauer und Inhalten an den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH). Das LGA setzt sich bei dieser Fortbildung nicht nur durch die Vergabe der staatlichen Anerkennung deutlich von diversen anderen Schulungsangeboten zu „Hygienebeauftragten“ ab: Qualitätsmerkmale der Fortbildung sind eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Mikrobiologie und Lebensmittelhygiene, mit Desinfektionsmitteln und ihren Wirkspektren, hygienische Maßnahmen bei der Wundversorgung und das korrekte Führen von Hygieneplänen.

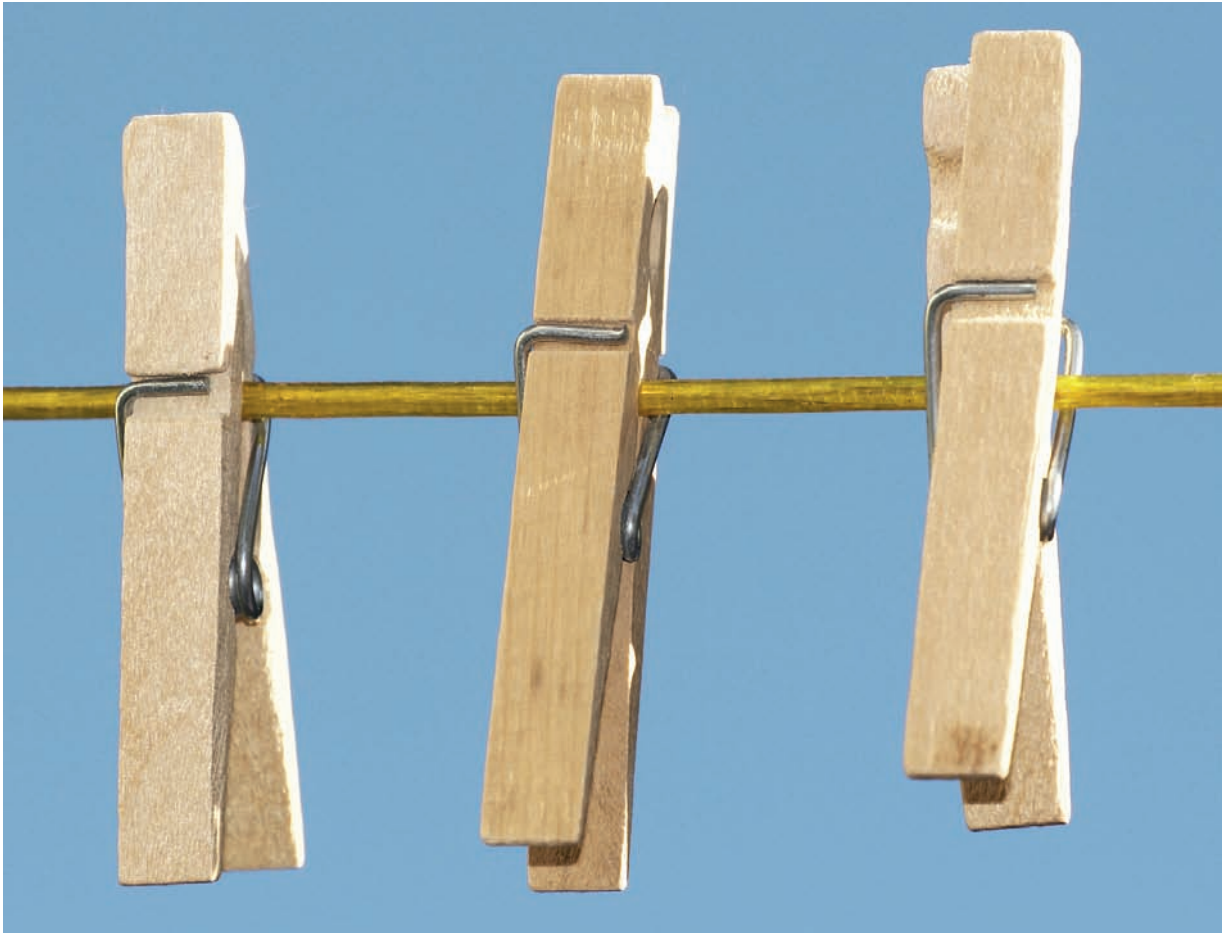
Leistungsnachweise in Form von Klausuren nach Beendigung einzelner Kursmodule, die selbstständige Erstellung einer Facharbeit zum Themenspektrum der Hygiene durch die Teilnehmer sowie eine ca. 20-minütige mündliche Prüfung stellen die intensive Auseinandersetzung der Teilnehmer mit den fachlichen Inhalten des Lehrgangs sicher.

Viele Pflegeeinrichtungen entscheiden sich deshalb seit 2001 für die Entsendung ihrer Mitarbeiter in das LGA.

Im Kontext der Hygiene sollte in Zukunft verstärkt ein Augenmerk auf den Bereich der Pflegeeinrichtungen gelegt werden. Um Infektionsschutz durch eine verbesserte Hygiene ernsthaft betreiben zu können, sind – abgesehen vom Bewusstsein der Notwendigkeit – insbesondere auch Geld und Zeit vonnöten, um das Personal für entsprechende Aufgabengebiete freizustellen. Noch heute arbeiten zu viele Hygienebeauftragte in Pflegeeinrichtungen zu einem geringen Prozentsatz ihrer Arbeitszeit in dieser Funktion oder sollen diese Aufgabe gar neben ihrem Arbeitspensum als Altenpfleger bewerkstelligen. Hygienebeauftragte sehen häufig nicht die Möglichkeit, ihrem Auftrag gerecht zu werden; Resignation ist eine mögliche Folge. Auf Seiten der Pflegeeinrichtung folgt dadurch ein Stillstand in Bezug auf die Verbesserung des Infektionsschutzes. Dieser Stillstand hat weitreichende Folgen für Bewohner und Beschäftigte.

Das LGA bietet durch die beschriebene Fortbildung für Pflegeeinrichtungen die Voraussetzung, gut ausgebildete und motivierte Hygienebeauftragte in Pflegeeinrichtungen zu beschäftigen. Die Rahmenbedingungen für einen tatsächlich gelingenden Infektionsschutz in den Einrichtungen müssen vor allem von der Politik verbessert werden.

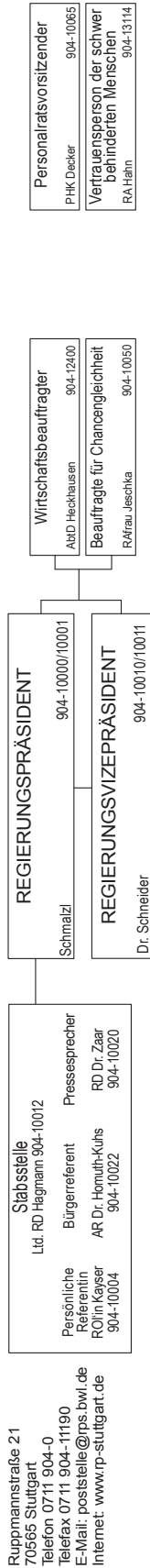




Anhang

Stand: 21.05.2013

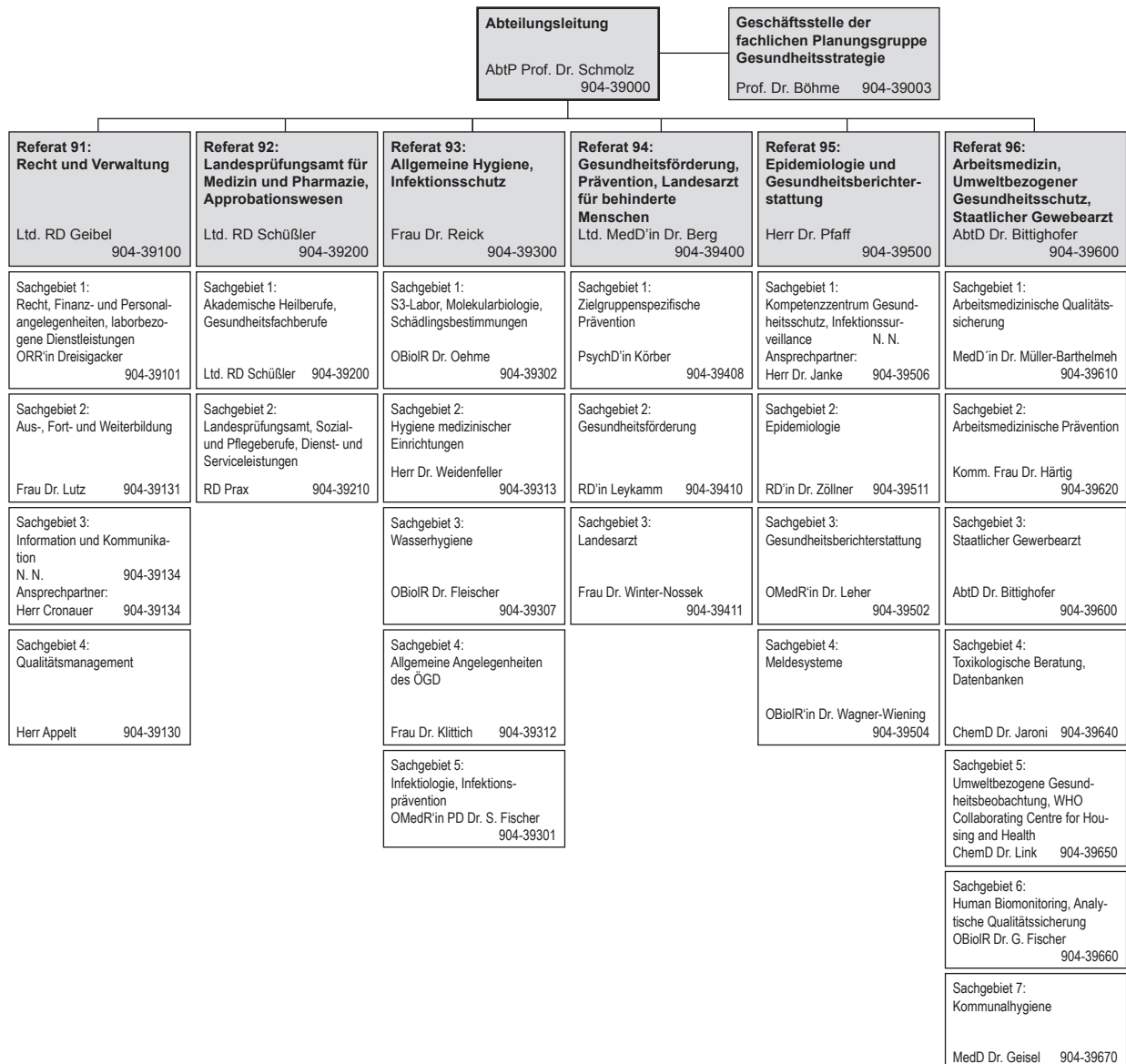
ORGANISATIONSPLAN Regierungspräsidium Stuttgart



| Abteilung 1 | Abteilung 2 | Abteilung 3 | Abteilung 4 | Abteilung 5 | Abteilung 6 | Abteilung 7 | Abteilung 8 | Abteilung 9 | Abteilung 10 |
|--|--|--|---|---|---|---|---|---|--------------|
| 12 Personal 11 Organisation, Information und Kommunikation Lfd. LwD Dr. Mayer 904-11100 Lfd. LwD Dr. Schneider 904-10010 | 22 Stadtplanung, Gewerbe- recht, Preisrecht AStP In Böhler 904-12000 21 Raumordnung, Baurecht, Denkmalschutz AStP Nuto 904-12100 Lfd. RD Frey 904-13100 32 Betriebswirtschaft, Agrarforde- rung und Strukturentwicklung Lfd. LwD Stark 904-13200 33 Pflanzliche und tierische Erzeugung Lfd. LwD Ritz 904-13300 34 Markt und Ernährung, Futtermittelbewachung Lfd. LwD Reinhardt 904-13400 35 Veterinärwesen, Lebensmit- telbewachung Lfd. VwD Dr. Römer 904-13500 | 41 Recht und Verwaltung, Günderwerb Lfd. RD Schenk 904-14100 42 Steuerung und Bauverfahren, Vertrags- und Verdingungswesen AStD Schönwälder 904-14200 43 Ingenieurbau Lfd. BD Frenzl 904-14300 44 Straßenplanung Lfd. BD Hopewarth 904-14400 45 Straßenbetrieb und Verkehrstechnik Lfd. BD Klyseben 904-14500 46 Verkehr Lfd. RD Leuchte 904-14600 47.1 Baureferat Nord Lfd. BD Gartenmaier 07131 64-37200 47.2 Baureferat Ost Lfd. BD Schwarz 07961 61-5900 47.3 Baureferat Süd Lfd. BD Dittmann 07161 657-229 47.4 Baureferat West Lfd. BD Dittmann (komm.) 07161 657-229 | 51 Recht und Verwaltung AStP Ulicher 904-15000 RD in Wappler 904-15100 52 Gewässer und Boden Lfd. BD Hofmann 904-15200 53.1 Gewässer (Ordnung, Hochwasserschutz, Gebelt-Süd) Lfd. BD Stork 904-15300 53.2 Gewässer (Ordnung, Hochwasserschutz, Gebelt-Nord) Lfd. BD Stedde 904-15312 54.1 Industrie Lfd. RD Obermüller 904-15400 54.2 Industrie/Kommunen Lfd. GD Niehata 904-15418 54.3 Industrie/Kommunen Lfd. GD Niehata 904-15460 54.4 Industrie/ Schwerpunkt Arbeitsschutz Lfd. GD Maxion 904-15457 54.5 Industrie/Schwerpunkt Anlagensicherheit Lfd. BD Dittmann 07161 657-229 55 Naturschutz - Recht - Lfd. BA Baumann 904-15500 56 Naturschutz und Land- schaftspflege Lfd. LKons Wolf 904-15600 57 Chemikalien- und Produkti- chenheit, Marktüberwachung Lfd. GD Graber 904-15700 | 61 Recht und Verwaltung AStP Nil 904-20000 N. N. 904-44100 62 Polizeirecht Lfd. RD Groß 904-44000 Kampfmittelbesitzungsdienst Lfd. RD Groß 904-44000 AR Müller 904-40012 63 Polizeiarztlicher Dienst Lfd. MedD Groß 904-42400 64 Führung und Einsatz Lfd. PD Balaour (komm.) 904-43000 Hubschrauberstaffel der Polizei Lfd. PD Bantle 9490-00 65 Kriminalitätsbekämpfung Lfd. PD Tichenow 904-43400 66 Polizeitechnik Lfd. PD Müller 904-43300 | 71 Rechts- und Verwaltungssah- gelegenheiten der Schulen AStP Ebersbacher 904-17000 AStD Feiler 904-17100 72 Personal- und Verwaltungs- angelegenheiten der Lehrkräfte Lfd. RD Gayer 904-17200 73 Lehrstellenstellung und Bedarfsplanung Lfd. RSD in Bruse 904-17300 74 Grund-, Werkreal-, Haupt-, Rebi-, Gesamtschäfts- und Sonderschulen Lfd. RSD Riefler 904-17400 75 Allgemein bildende Gymnasien Lfd. RSD Riefler 904-17500 76 Berufliche Schulen Lfd. RSD in Anderen 904-17600 77 Qualitätssicherung und -entwicklung, Schulpyschologi- sche Dienste Lfd. RSD Dr. Peihn 904-17700 Landeslehrprüfungsamt Lfd. RSD Dr. Peihn 904-17700 Auslenstelle des Kultusministe- riums beim Regierungspräsidium Stuttgart Lfd. RSD Hofmeister 904-17900 | 81 Recht und Verwaltung AStP Prof. Dr. Wolf 904-45100 RD Hill 904-45150 82 Fachliche Grundlagen, Inventarisierung, Baubroschüre HKons in Dr. Plate 904-45226 83 Bau- und Kunstdenkmal- pflege, Restaurierung AStD Prof. Dr. Goer 904-45170 84 Archaische Denkmal- pflege, Zentrale Fachdienste und Restaurierungswerkstatt HKons Dr. Böfinger 904-45146 85 Archaische Denkmal- pflege, Grundsatz, Schwer- punktgrabungen, Feuchtboden- archäologie Lfd. MedD in Dr. Berg 904-39400 LKons Prof. Dr. Krause 904-45502 86 Denkmalpflege im Regie- rungsbezirk Stuttgart N. N. 904-45177 | 91 Recht und Verwaltung AStP Prof. Dr. Schmitz 904-39000 Lfd. RD Gebel 904-39100 92 Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen Lfd. RD Schuster 904-39200 93 Allgemeine Hygiene, Infektionsschutz Frau Dr. Reick 904-39300 94 Gesundheitsförderung, Prävention, Landersatz für behinderte Menschen Lfd. MedD in Dr. Berg 904-39400 95 Epidemiologie und Gesund- heitsberichterstattung Herr Dr. Pfeiff 904-39500 96 Arbeitsmedizin, Umweltbe- zogener Gesundheitsschutz, Staatl. Gewerbearzt AStD Dr. Blighofer 904-39600 | 101 Recht und Verwaltung AStP Fink 904-11000 Lfd. RD Schweinin 904-11010 102 Ärztliche und pharmazeuti- sche Angelegenheiten Lfd. MedD in Dr. Bluhm-Kudlacek 904-11020 103 Verfahren nach dem SGG AStD Sprau 904-11030 104 Versorgungsärztlicher Dienst Lfd. MedD in Dr. Rauch 904-11056 | |

Organisationsplan der Abteilung 9 / Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart

Stand: 31.05.2013



Aufgaben der Abteilung „Landesgesundheitsamt“ im Überblick



Abteilungsleitung

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

Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe Gesundheitsstrategie

Die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg wurde im Ressort des SM erarbeitet und die Umsetzung am 07.07.2009 vom Ministerrat beschlossen. Zur Begleitung dieser Arbeit und zur fachlichen Unterstützung der weiteren Umsetzung des Konzeptes wurde im LGA im März 2009 die Projektgruppe Gesundheitsstrategie aufgebaut und zum Jahresende in die „Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe Gesundheitsstrategie“ überführt.

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

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

- fachliche Unterstützungsleistungen bei der Umsetzung der Gesundheitsstrategie.

Die Geschäftsstelle ist der Abteilungsleitung direkt zugeordnet.

Ansprechpartner

Abteilungsleitung

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

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

Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe

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



Referat 91: Recht und Verwaltung

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

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

Im Sachgebiet sind zentrale, referatsübergreifende Aufgaben angesiedelt, insbesondere

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

SG 2: Aus-, Fort- und Weiterbildung

Das Sachgebiet umfasst

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

SG 3: Information und Kommunikation

Arbeitsschwerpunkte:

- Technische Beratung
- Technische Unterstützung der fachspezifischen Internetauftritte des LGA
- Einrichtung, Betreuung und Weiterentwicklung aller Fachanwendungen in der Abteilung 9 (z. B. Informationssysteme für den Laborbereich und für den Staatlichen Gewerbezweig)
- Telekommunikation
- Systembetrieb Bürokommunikation
- SAP R/3-Schnittstellen

SG 4: Qualitätsmanagement

Arbeitsschwerpunkte:

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

Ansprechpartner

Referatsleitung

Kurt Geibel
Tel. 0711 904-39100
kurt.geibel@rps.bwl.de

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

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 bei den sozialpflegerischen Berufen (z. B. in der Altenpflege) genehmigt und betreut das Referat in fachlicher Hinsicht für den Bereich des Regierungsbezirks Stuttgart die entsprechenden Schulen/Ausbildungsstätten, nimmt bei den Absolventen die Prüfungen ab und erteilt ihnen bei Bestehen oder bei vergleichbarer ausländischer Ausbildung die Erlaubnis zum Führen der geschützten Berufsbezeichnung.

Ansprechpartner

Referatsleitung

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

SG 1: Akademische Heilberufe, Gesundheitsfachberufe

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

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

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



Referat 93: Allgemeine Hygiene, Infektionsschutz

Das Referat ist fachliche Leitstelle für den ÖGD in den Bereichen Hygiene und Infektionsschutz sowie 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 Bevölkerungsschichten beschleunigt wird, erfordert ein schnelles Handeln durch Behörden. Erinnert sei hierbei an den Ausbruch mit Influenza H1N1 oder an den EHEC-Ausbruch. Bei solchen Ausbrüchen gilt es, die Bevölkerung zu schützen und eine Weiterverbreitung rasch einzudämmen, was eine schnelle Diagnostik und die Zusammenarbeit mit z. B. auch

niedergelassenen Laboren sowie unterschiedlichen Behörden erforderlich macht.

Fachliche Aufgaben des Referats:

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

SG 1: S3-Labor, Molekularbiologie, Schädlingsbestimmungen

Dieses Sachgebiet umfasst so unterschiedliche Bereiche wie

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

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

SG 2: Hygiene medizinischer Einrichtungen

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

SG 3: Wasserhygiene

- Schutz der Bevölkerung vor wasserbedingten Krankheiten durch Überwachen der Qualität
 - des Trinkwassers für die vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg als zuständiges Gesundheitsamt gemäß Trinkwasserverordnung 2001 in Verbindung mit der Verordnung des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg über Zuständigkeiten nach der Trinkwasserverordnung
 - von Trinkwasser aus Hausinstallationssystemen
 - der Badegewässer (entsprechend der EU-Richtlinie)

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

SG 4: Allgemeine Hygieneangelegenheiten des ÖGD

In diesem Sachgebiet liegt der Schwerpunkt auf

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

SG 5: Infektiologie, Infektionsprävention

Das Sachgebiet beschäftigt sich vor allem mit

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

Ansprechpartner

Referatsleitung

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

SG 1: S3-Labor, Molekularbiologie, Schädlingsbestimmungen

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

SG 2: Hygiene medizinischer Einrichtungen

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

SG 3: Wasserhygiene

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

SG 4: Allgemeine Hygieneangelegenheiten des ÖGD

Dr. Gerda Klittich
Tel. 0711 904-39312
gerda.klittich@rps.bwl.de

SG 5: Infektiologie, Infektionsprävention

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



Referat 94: Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

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

Zu den Aufgaben gehören

- die fachliche Beratung des SM und anderer Landesministerien, der Gesundheitsämter sowie weiterer Behörden und Institutionen bei Fragestellungen aus den drei Themenbereichen,
- der Medizinische Bereich der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg, der an der Umsetzung der Rahmenkonzeption Frühför-

derung Baden-Württemberg, der fachlichen Weiterentwicklung des interdisziplinären Systems der Frühförderung und dem Fachaustausch der Fachkräfte in der Frühförderung mitwirkt,

- die Entwicklung von fachlichen Konzepten und Strategien in aktuellen Schwerpunktbereichen in der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, z. B. zu gesundheitlicher Teilhabe, zur Zugangsverbesserung und Netzwerkbildung im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung, der Gesundheitsstrategie und des Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg,
- die Entwicklung und Koordination von Evaluation sowie weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
- die landesweite Koordinierung von Maßnahmen und Projekten in der Suchtprävention,
- Ansprechpartner für die kommunalen Gesundheitskonferenzen auf überregionaler und Landesebene zu sein,
- Netzwerktreffen und Fachaustausch zu nachgefragten, aktuellen Themen aus Gesundheitsförderung, Prävention und Behinderung zu initiieren, bedarfsgerecht und zielgruppenorientiert zu entwickeln und auszurichten.

SG 1: Zielgruppenspezifische Prävention

Arbeitsschwerpunkte:

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

SG 2: Gesundheitsförderung

Arbeitsschwerpunkte:

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

SG 3: Landesarzt

Arbeitsschwerpunkte:

- Weiterentwicklung des Systems der interdisziplinären Frühförderung in Baden-Württemberg
- Beratung von Landesbehörden und weiteren Institutionen zu Behinderung und Verbesserung der Teilhabe behinderter Menschen aus medizinischer Sicht gemäß § 62 SGB IX
- Gutachten zur Eingliederungshilfe und Landesblin-

denhilfe in besonderen Einzelfällen gemäß § 62 SGB IX

Ansprechpartner

Referatsleiterin

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

SG 1: Zielgruppenspezifische Prävention

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

SG 2: Gesundheitsförderung

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

SG 3: Landesarzt

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



Referat 95: Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Das Referat umfasst vier Sachgebiete.

SG 1: Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz, Infektionssurveillance

Das Sachgebiet

- unterstützt Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr beim Auftreten von gefährlichen übertragbaren Krankheiten, Großschadens- und Katastrophenfällen sowie bei terroristischen Bedrohungen,
- unterstützt den ÖGD bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten,

- begleitet die Umsetzung von Seuchenalarmplan und Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV).

SG 2: Epidemiologie

Das Sachgebiet

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

SG 3: Gesundheitsberichterstattung

Das Sachgebiet

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

SG 4: Meldesysteme

Das Sachgebiet

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

Ansprechpartner

Referatsleitung

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

SG 1: Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz, Infektionssurveillance

N. N.

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

SG 2: Epidemiologie

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 aus der Umwelt und der Arbeitswelt auf die menschliche Gesundheit.

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

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

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

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

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

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

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

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

SG 1: Arbeitsmedizinische Qualitätssicherung

Im Sachgebiet werden

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

- Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen als Beitrag zur Qualitätssicherung organisiert und durch Mitarbeit unterstützt,
- regelmäßige arbeitsmedizinische Fortbildungen organisiert,
- das Betriebliche Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung wissenschaftlich begleitet.

SG 2: Arbeitsmedizinische Prävention

Das Sachgebiet

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

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

SG 3: Staatlicher Gewerbearzt

Schwerpunkte sind die

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

SG 4: Toxikologische Beratung, Datenbanken

Zum Sachgebiet gehören die

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

SG 5: Umweltbezogene Gesundheitsbeobachtung

Das Sachgebiet befasst sich mit

- der Beobachtung und Beurteilung von Belastungen und Krankheiten, die mit der Umwelt in Zusammenhang gebracht werden,
- der Koordination des Aufgabengebietes „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 nimmt laborunterstützende Aufgaben wahr bei

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

SG 7: Kommunalhygiene

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

Dies betrifft vor allem folgende Bereiche:

- Gemeinschaftstageeinrichtungen (z. B. Schulen, Kindergärten, Horte, Sportstätten, Ferienlager, Waldkindergärten, Gemeinschaftsunterkünfte),
- nicht-medizinische Tätigkeiten, bei denen die Gefahr besteht, dass durch Blut oder andere Körperflüssigkeiten Krankheitserreger übertragen und beim Menschen eine Infektion verursacht werden kann (z. B. Friseur, Fußpflege, Kosmetik, Ohrlochstechen, Piercing und Tätowieren),

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

Ansprechpartner

Referatsleitung

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

SG 1: Arbeitsmedizinische Qualitätssicherung

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

SG 2: Arbeitsmedizinische Prävention

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

SG 3: Staatlicher Gewerbearzt

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

SG 4: Toxikologische Beratung, Datenbanken

Dr. Hanswerner Jaroni
Tel. 0711 904-39640
hanswerner.jaroni@rps.bwl.de

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

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

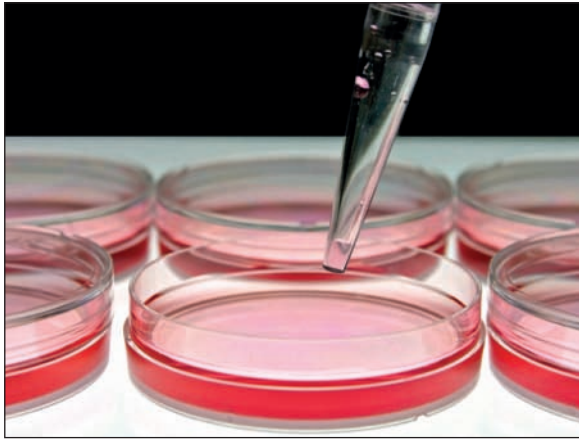
SG 6: Humanbiomonitoring, Analytische Qualitätssicherung

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

SG 7: Kommunalhygiene

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

Laborunterstützter Gesundheitsschutz



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

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

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

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

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

Übersicht

| | |
|--------------------------------------|----|
| Wasserhygiene | 51 |
| Hygieneangelegenheiten des ÖGD | 56 |
| Infektionsschutz | 58 |
| Medizinisch-chemische Analytik | 62 |

Wasserhygiene

Das Untersuchungsspektrum umfasst Trinkwasser einschließlich Legionellen, Badewasser, Oberflächenwasser und Abwasser gemäß nationaler oder europäischer Richtlinien sowie Sonderuntersuchungen zu speziellen Fragenstellungen, wie z. B. Viren oder Parasiten.

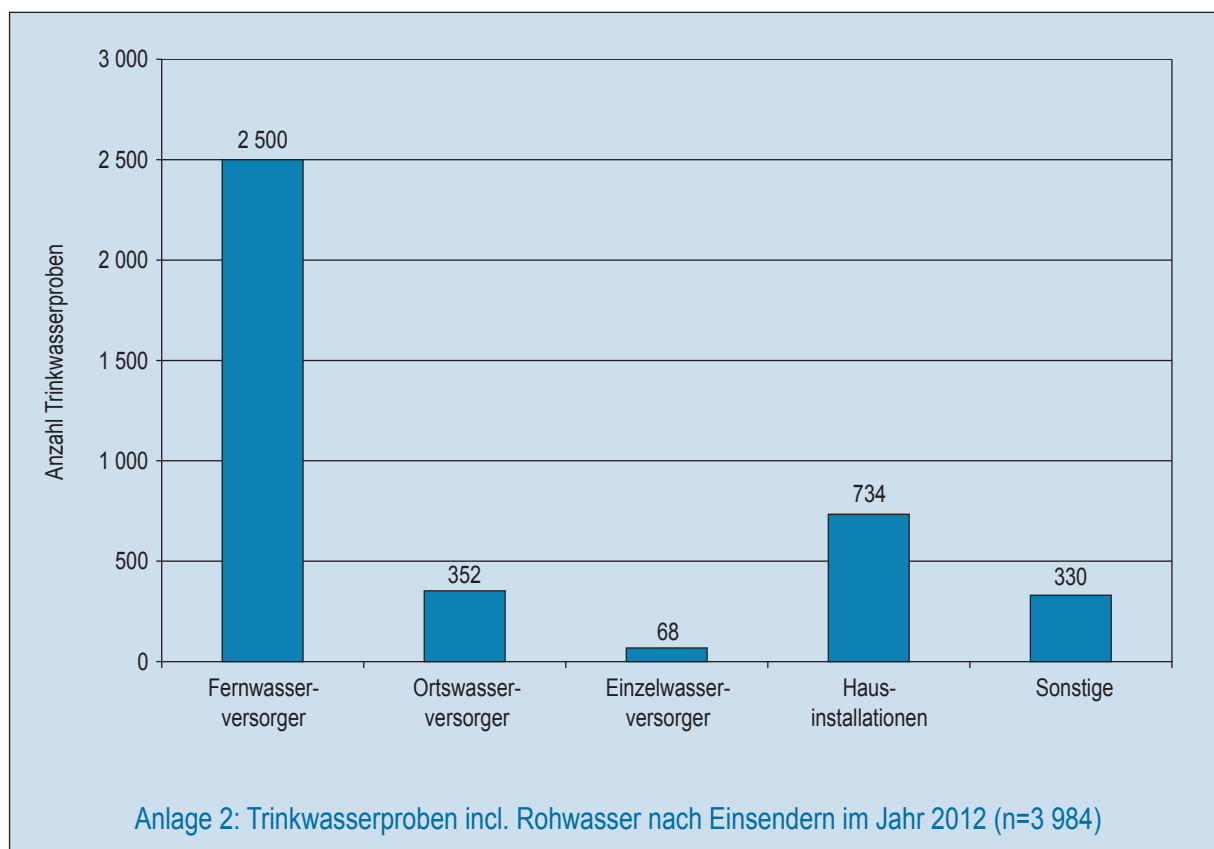
Das LGA ist in die Liste der anerkannten Labore zur Untersuchung von Trinkwasser nach der Trink-

wasserverordnung (TrinkwV 2001) des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz aufgenommen.

Seit Inkrafttreten der ZuständigkeitsVO TrinkwV 2001 vom 31.03.2005 ist das LGA zudem zuständiges Gesundheitsamt der vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg und amtliche Untersuchungsstelle für die Überwachung der Badegewässer in Baden-Württemberg.

Anlage 1: Wasseruntersuchungen – Gesamtübersicht 2012

| Probenmaterial | Probenanzahl |
|--|---------------|
| Trinkwasser insgesamt | 7 065 |
| Fernwasserversorgungen | 2 500 |
| Ortswasserversorgungen | 352 |
| Einzel-/Eigenwasserversorgungsanlagen | 68 |
| Hausinstallationen (Wasser aus Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, Dentaleinheiten oder raumluftechnischen Anlagen) | 734 |
| Sonstige Wasserproben | 330 |
| Erwärmtes Trinkwasser (Duschwasser o. Ä.) | 3 081 |
| Oberflächenwässer und EU-Badegewässer insgesamt | 2 334 |
| Bodensee | 600 |
| Baggerseen | 578 |
| Flüsse | 10 |
| Naturseen | 761 |
| Stauseen | 215 |
| Kleinbadeteiche (keine EU-Badegewässer) | 72 |
| Sonstige Oberflächenwässer (keine EU-Badegewässer) | 98 |
| Badebeckenwasser insgesamt | 2 888 |
| Freibäder | 925 |
| Freizeitbäder | 55 |
| Hallenbäder | 780 |
| Hotelbäder | 220 |
| Krankenhausbäder | 207 |
| Privatbäder | 35 |
| Schulbäder | 249 |
| Thermalbäder | 339 |
| Sonstige Bäder | 78 |
| Sonderuntersuchungen insgesamt | 59 |
| Viren | 21 |
| Parasiten | 6 |
| Cyanobakterien (Blualgen) | 32 |
| Probenzahl insgesamt | 12 346 |



Anlage 3: Anzahl der eingesandten und davon beanstandeten Trinkwasserproben 2012 (ohne Rohwasser)

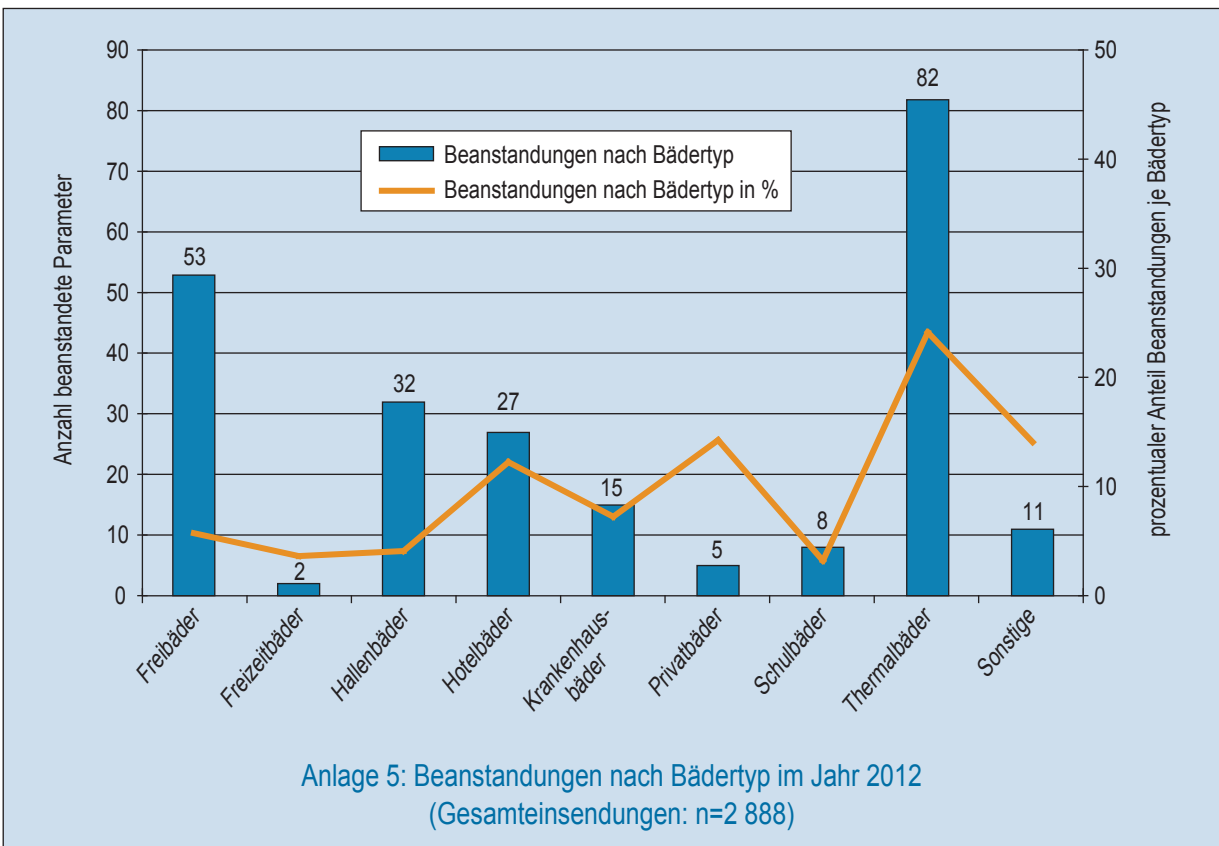
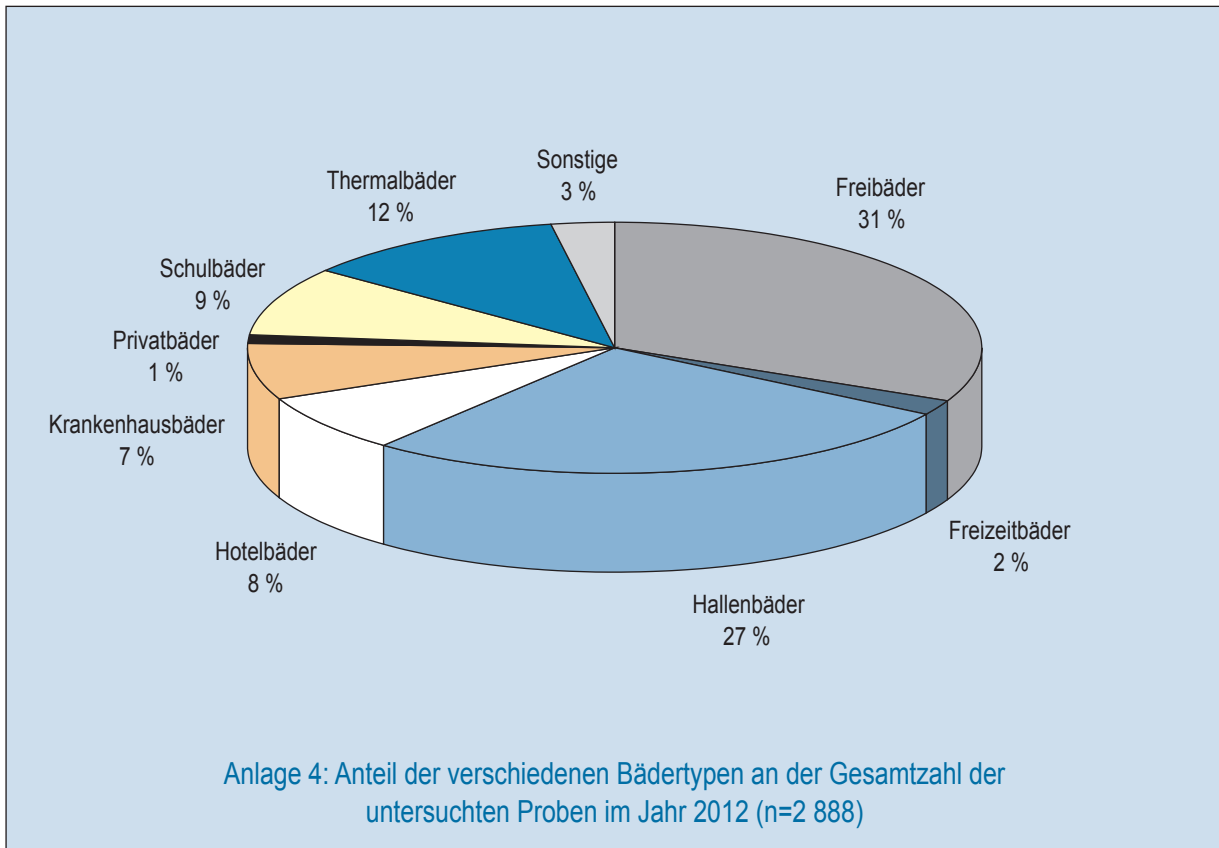
| Einsender | Trinkwasserproben insgesamt | Trinkwasserproben ohne Rohwasser ¹ | davon ¹ mit Beanstandungen | Anteil ¹ [%] |
|-----------------------|-----------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------|
| Fernwasserversorger | 2 500 | 2 147 | 6 | 0,3 |
| Ortswasserversorger | 352 | 345 | 12 | 3,5 |
| Einzelwasserversorger | 68 | 60 | 15 | 25,0 |
| Hausinstallationen | 734 | 730 | 107 | 14,7 |
| Sonstige | 330 | 330 | 47 | 14,2 |
| Summe | 3 984 | 3 612 | 187 | 5,2 |

Trinkwasseruntersuchungen

Insgesamt wurden im LGA im Jahr 2012 3 984 Trinkwasserproben gemäß TrinkwV (2001) untersucht. Davon entfielen 2 500 auf die Fernwasserversorgungen, 352 auf Ortswasserversorgungen, 68 auf Einzelwasserversorgungsanlagen und 1 064 Proben auf übrige Einsender, hierzu zählen auch Wässer aus Hausinstallationen oder raumluftechnischen Anlagen (An-

lage 1). Insgesamt wurden 187 Proben beanstandet; die Beanstandungsrate lag damit insgesamt bei 5,2 % (ohne Rohwässer). Die Fernwasserversorger zeigten bei den eingesandten Proben eine Beanstandungsquote von 0,3 %, die Ortswasserversorger von 3,5 % und die Übrigen¹ von 14,2 %; die Einzelwasserversorger verzeichneten mit 25,0 % die meisten Beanstandungen.

¹ Einsender, welche nicht unter die anderen Kategorien fallen



Untersuchungen von Schwimm- und Badebeckenwasser

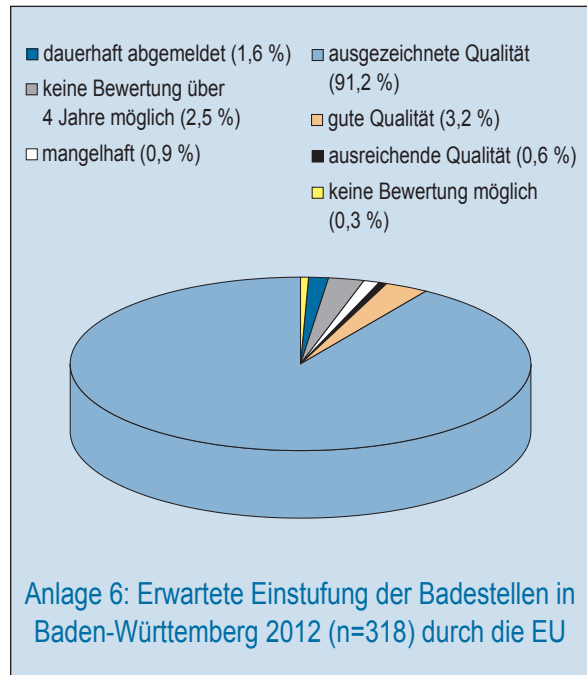
Im Jahr 2012 wurden dem LGA 2 888 Proben aus öffentlichen Bädern, z. B. Frei- und Freizeitbäder, Hallen- und Thermalbäder sowie Bäder in Krankenhäusern und Schulen, Hotel- und Privatbäder, durch die Gesundheitsämter überbracht und gemäß UBA-Empfehlung und DIN 19643 auf Koloniezahlen bei 36 °C, E. coli und Pseudomonaden in 100 ml Probe sowie Legionellen aus 1 ml Probe (Beckenwasser) bzw. 100 ml Probe (Filtrat) untersucht. Insgesamt waren 235 Proben zu beanstanden; dies entspricht 8,1 % der untersuchten Proben (Anlagen 4 und 5). Die höchsten Beanstandungsquoten verzeichneten Thermalbäder mit 24,2 % Beanstandungen, gefolgt von Privatbädern, sonstigen Bädern und Hotelbädern mit 14,3 %, 14,1 % bzw. 12,2 % Beanstandungen.

Untersuchung von EU-Badestellen und anderen Oberflächenwässern

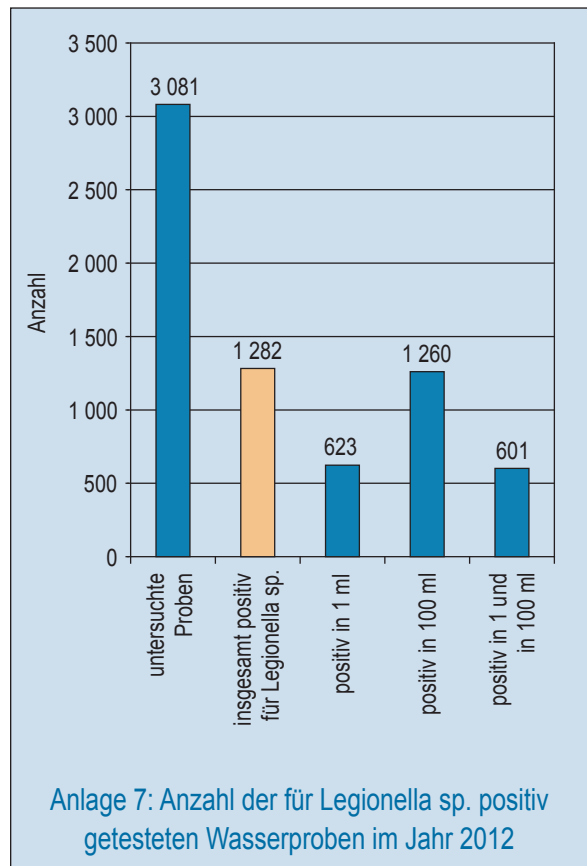
Im Jahr 2012 wurden im LGA 2 334 Oberflächenwasserproben untersucht, wovon 2 164 von EU-Badeplätzen stammten. Zum Ende der Badesaison 2012 flossen entsprechend der Verordnung die Untersuchungsergebnisse aus vier Jahren in die Bewertung mit ein. Von den 318 offiziellen EU-Badestellen in Baden-Württemberg entsprachen demnach 299 (94,4 %) den Qualitätsbestimmungen der Richtlinie hinsichtlich der zwei ausschlaggebenden Kriterien: Belastung mit E. coli und Enterokokken. 289 (91,2 %) der Badestellen erfüllten sogar die Kriterien für eine Einstufung in die höchste Qualitätskategorie ("ausgezeichnet"). Zehn Badestellen (3,2 %) wurden in die Kategorie "gut" eingestuft. Zwei Badestellen (0,6 %) erhielten die Bewertung „ausreichend“. Weitere drei Badestellen (0,9 %) konnten die Anforderungen der Richtlinie nicht erfüllen und wurden daher mit „mangelhaft“ bewertet (Anlage 6).

Untersuchung von Hausinstallationen auf Legionellen

Insgesamt wurden 3 081 Proben aus Hausinstallationen auf Legionellen untersucht. In 623 Fällen (20,2 %) konnten in 1 ml Probe, in 1 282 Fällen (41,6 %) in 100 ml Probe Legionella sp. nachgewiesen werden (Anlage 7). Aus den positiv getesteten Wasserproben wurden in 557 Fällen Legionella pneumophila Serogruppe 1 isoliert, in 697 Fällen Legionella pneumophila Serogruppe 2-14, in 20 Fällen die Serogruppen 1 und 2-14 und aus 32 Proben andere Legionella species isoliert (Anlage 8). Grundlage für die Beurteilung der Konzentrationen von Legionella sp. sind die in der TrinkwV festgelegte Maßnahmewert (> 100 KBE/100 ml), die im DVGW-Arbeitsblatt W551 (April 2004) aufgeführten Bewertungen von

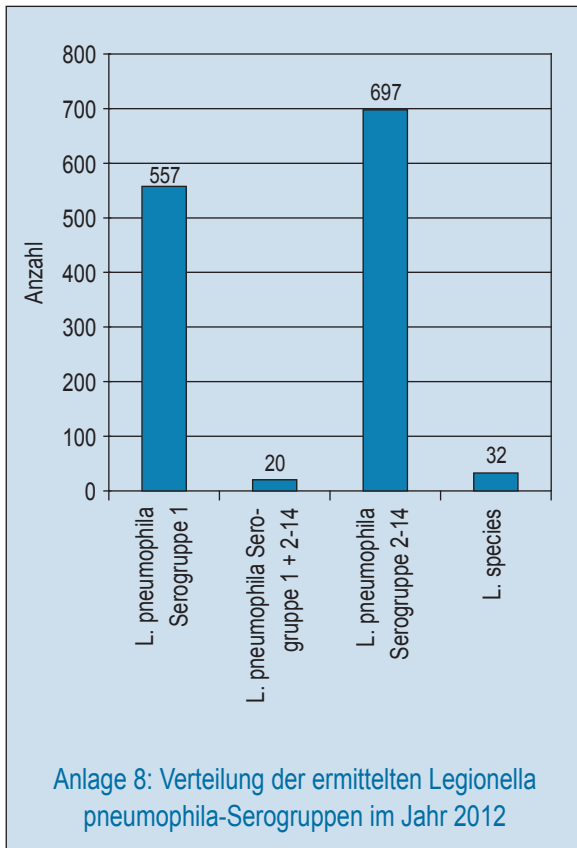


Anlage 6: Erwartete Einstufung der Badestellen in Baden-Württemberg 2012 (n=318) durch die EU



Anlage 7: Anzahl der für Legionella sp. positiv getesteten Wasserproben im Jahr 2012

Legionellenbefunden in Trinkwassererwärmungs- und Leitungsanlagen sowie die Empfehlungen des Umweltbundesamtes von 2006 und 2012 zur Probenahme und zum Untersuchungsgang.



Sonderuntersuchungen

Neben den Routineproben wurden im Jahr 2012 insgesamt 59 Wasserproben auf Viren und Parasiten, sowie auf spez. Mikroorganismen wie z. B. Cyanobakterien untersucht.

Hygieneangelegenheiten des ÖGD

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

Gastroenterologie

Bei den Stuhlproben aus den JVAs handelt es sich vorwiegend um Kontrolluntersuchungen von Mitar-

beitern und Häftlingen, die in der Küche oder bei der Essensausgabe beschäftigt sind.

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

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

Bakterielle Enteritiserreger

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 2 783 Stuhlproben bakteriologisch und virologisch untersucht. Bei den eingesandten Proben handelte es sich in erster Linie (n=619) um Untersuchungen auf EHEC (enterohämorrhagischer E. coli) bzw. EPEC (enteropathogener E. coli), wovon 157 Proben EHEC- und 39 Proben EPEC-positiv waren. An zweiter Stelle folgten die Salmonellen (n = 579). Insgesamt wurden 39 verschiedene Salmonellen-Serovare isoliert. Erwartungsgemäß lagen die S. Enteritidis-Isolierungen an erster Stelle (n = 72), gefolgt von S. Typhimurium (n = 40), monophasischen S. Typhimurium-Stämmen und reinen B-Stämmen. Außerdem wurden S. Paratyphi B-systemisches und enterisches Pathovar sowie S. Infantis und S. Newport häufiger nachgewiesen. Andere Serovare traten nur in wenigen Einzelfällen auf. Das Spektrum der seltenen Serovare ist von Jahr zu Jahr unterschiedlich.

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

Gruppenerkrankungen

Zur Infektkettenaufklärung im Rahmen von Gruppenerkrankungen werden Patienten- und Umgebungsproben zusätzlich zu den Routineverfahren (konventionelle Mikrobiologie) auch molekularbiologisch weiter identifiziert, wobei im Rahmen von epidemiologischen Fragestellungen ggf. weitergehende Untersuchungen veranlasst werden.

Im Jahr 2012 wurden dem LGA insgesamt 207 Gruppenerkrankungen nach IfSG von den Gesundheitsämtern gemeldet, jedoch nur bei 199 auch Stuhl-

Anlage 9: Infektionsorte, Zahl der Gruppenerkrankungen und Infektionserreger im Jahr 2012

| Infektionsort | Summe | Norovirus | Rotavirus | Salmonella | EHEC/EPEC | Sonstige | Unbekannt |
|---|-------|-----------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|
| Altenpflegeheime/Wohnheime | 77 | 55 | 8 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Gaststätten/Lebensmittelverkaufsstätten | 28 | 18 | 2 | 1 | 0 | 3 | 4 |
| Krankenhäuser/Rehakliniken | 6 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Schulen/Kindergärten/Tagesstätten | 72 | 48 | 3 | 0 | 2 | 2 | 17 |
| Private Haushalte/Feste | 5 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| Freizeiten/Sonstige | 11 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Gesamt | 199 | 134 | 13 | 3 | 3 | 5 | 41 |

proben zur mikrobiologischen und virologischen Untersuchung eingesandt.

Die 199 untersuchten Gruppenerkrankungen waren vorwiegend durch Noroviren (67,3 %) verursacht, gefolgt von Rotaviren (6,5 %), Salmonella species (1,5 %) und EHEC/EPEC (1,5 %). Adenoviren, Hepatitis A-Viren, Staphylococcus aureus, Bacillus cereus und Campylobacter species waren bei je einer Gruppenerkrankung die Ursache. In 20,6 % der Fälle konnte kein Erreger nachgewiesen werden, weil entweder die Probenahme zu spät erfolgte bzw. die Proben dem LGA zu spät übermittelt wurden oder der eingereichte Untersuchungsauftrag den verursachenden Erreger nicht einschloss.

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

Da bei Gruppenerkrankungen nur eine repräsentative Anzahl von Stuhlproben untersucht werden, wurden insgesamt 3 092 Personen als Erkrankte gemeldet, aber nur 878 Einzelproben untersucht.

Von den 207 gemeldeten Gruppenerkrankungen wurden fünf Gruppenerkrankungen aus privaten Haushalten gemeldet, hierbei konnten in zwei Fällen Salmonellen und in jeweils einem Fall Noroviren bzw. EHEC nachgewiesen werden. In einer Gruppenerkrankung erfolgte kein Erregernachweis. Sechs Gruppenerkrankungen wurden aus Kliniken gemeldet, wobei in fünf Noroviren identifiziert werden konnten. Eine Gruppenerkrankung blieb ebenfalls ohne Erregernachweis. In Altenheimen wurden 71,4 % durch Noroviren und 10,4 % durch Rotaviren verursacht. In Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen belief sich der Anteil der durch Noroviren verursachten Erkrankungen auf 66,7 %. In Gaststätten und Lebensmittelverkaufsstätten betrug der Anteil an durch Salmonellen verursachten Gruppenerkrankungen 3,6 % und der durch Noroviren 64,3 %. In diesen Bereichen wird deutlich, dass die Präventionsmaß-

nahmen in Bezug auf Salmonellen-Infektionen sehr gut gegriffen haben.

Die erhobenen Daten sind in Anlage 9 aufgeführt.

Darmparasiten

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

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 2 989 Proben parasitologisch-mikroskopisch untersucht. Dabei konnten in 343 Stuhlproben (11,5 %) Darmparasiten nachgewiesen werden.

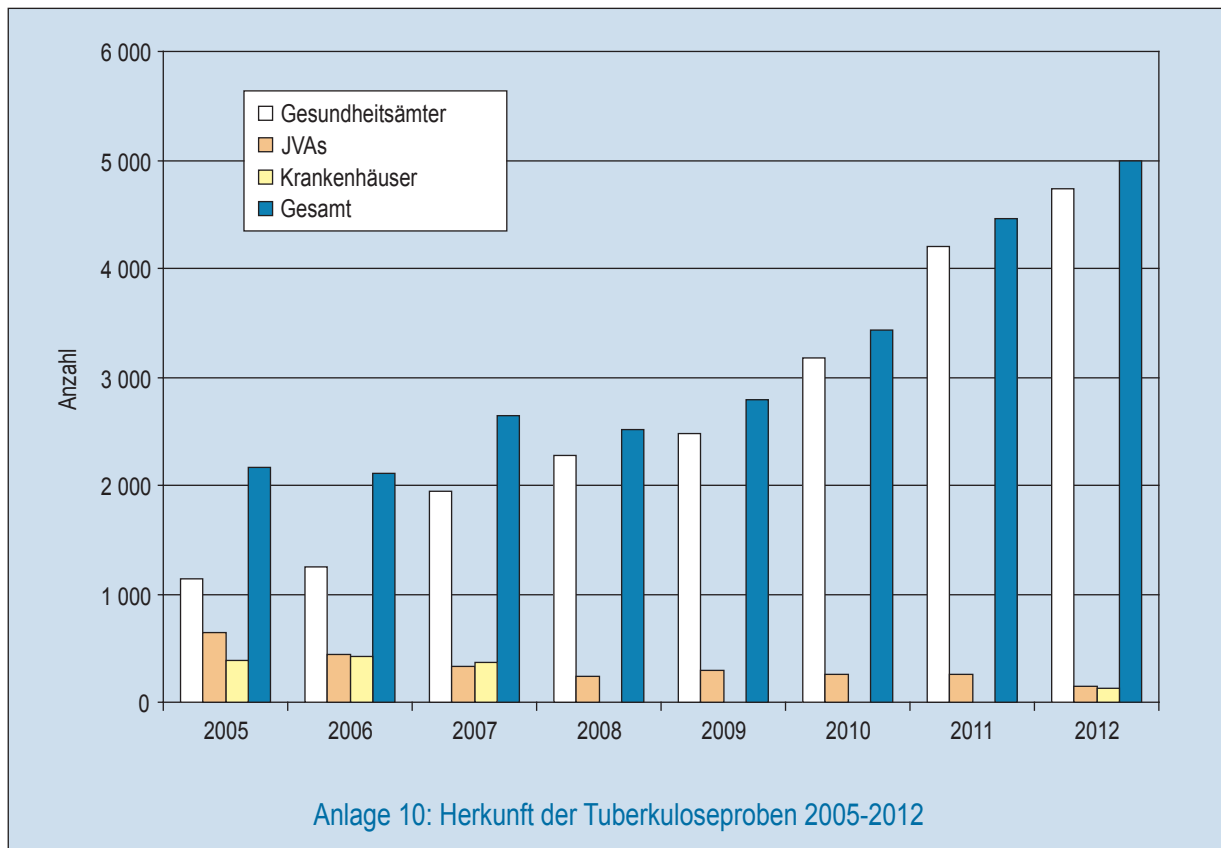
Kooperation mit dem Chemischen und Veterinäruntersuchungsamt Stuttgart (CVUA S)

Zur Infektkettenverfolgung im Rahmen von Gruppenerkrankungen oder zur Beantwortung epidemiologischer Fragestellungen erfolgt eine enge Kooperation mit dem CVUA S. Im Jahr 2012 konnte in zwei durch Noroviren hervorgerufenen Gruppenerkrankungen ein kausaler Zusammenhang zwischen einer humanen Infektion sowie dem Lebensmittel mittels Gensequenzierung festgestellt werden.

Ferner wurde bei einer Erkrankungshäufung, verursacht durch S. Typhimurium, ein Zusammenhang mit einer Sahnetorte festgestellt, wobei die Primärquelle nicht identifiziert werden konnte.

Humane Proben

Neben den Stuhluntersuchungen fanden im Jahr 2012 kulturelle mikrobiologische Verfahren in anderen Untersuchungen Anwendung, wie z. B. Abstriche von verschiedenen Körperregionen, Sputen, Urine und Blutkulturen. U. a. kamen von 24 Patienten Abstrichproben mit der Fragestellung auf Methicillin-/



Oxacillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA). In der Regel werden hierbei mindestens zusätzlich zum schon bekannten Infektionsort (wie z. B. *Ulcus cruris*) zwei weitere Stellen abgestrichen. Bei drei Patienten konnte mittels PCR (Polymerasekettenreaktion) das *mecA*-Gen nachgewiesen werden.

Im Rahmen der Listerien-Surveillance erhielt das LGA 51 Stämme von verschiedenen Laboren in Baden-Württemberg. Da der Nachweis von Listerien nach IfSG meldepflichtig ist, werden durch eine aktive Surveillance entweder vom LGA oder von den Gesundheitsämtern die meldenden Labore veranlasst, die isolierten Stämme an das Labor des LGA zu schicken. Im Labor werden diese Stämme noch einmal angezüchtet, eine Serovarbestimmung durchgeführt und anschließend zur weiteren Identifizierung mittels Pulsfeldgelelektrophorese an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) in Wernigerode gesandt, die einen Abgleich mit anderen bundesweit isolierten Listerienstämmen durchführen.

Aus Küchenbereichen und Gemeinschaftseinrichtungen sowie aus dem Bereich der Krankenhaushygiene wurden 57 Abklatsch- und Abstrichproben untersucht.

Infektionsschutz

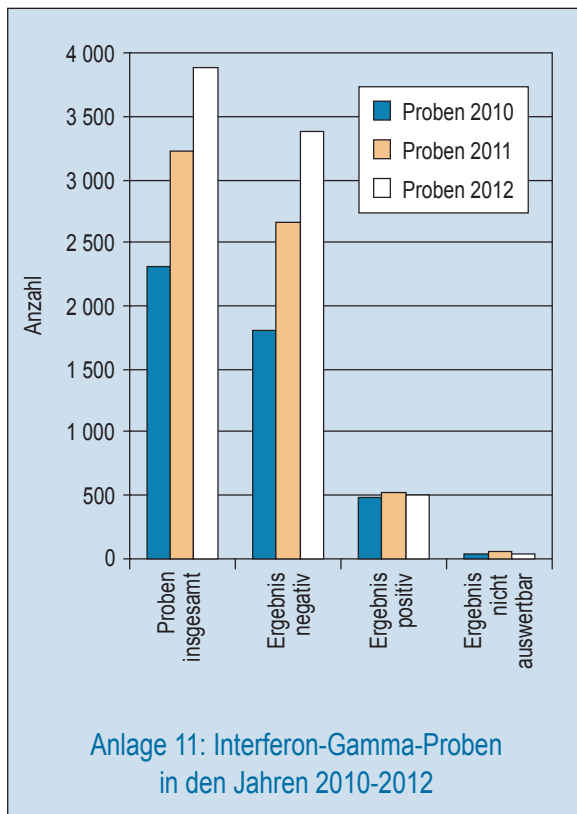
Bakteriologie

Zu den Einsendern des Tuberkulose (TB-)Arbeitsbereichs im Labor Bakteriologie zählen Gesundheitsämter, Justizvollzugsanstalten und Krankenhäuser (siehe Anlage 10).

Im Jahr 2012 wurde bei 13 Patienten von insgesamt 1 084 kulturell untersuchten Proben (vorwiegend Sputum- und Urinproben) *Mycobacterium tuberculosis* mittels GenoType *Mycobacterium*-Test nachgewiesen. Die Resistenzbestimmungen erfolgten im LGA und im NRZ in Borstel. Bei zwölf Patienten ergab sich kein auffälliges Resistenzmuster, das heißt, dass sie auf die fünf Standardmedikamente sensibel waren. Bei einem Patienten ist die Resistenztestung noch nicht abgeschlossen.

Außerdem waren in 18 Fällen Nichttuberkulöse Mykobakterien (NTM) nachweisbar. Am Häufigsten wurde *M. gordonae* (7) und *M. xenopi* (4) nachgewiesen. Zweimal wurde *M. chelonae* und je einmal *M. avium*, *M. fortuitum*, *M. kansasii*, *M. peregrinum* und *M. species* differenziert.

419 Proben wurden mittels *Mycobacterium tuberculosis*-Direkttest (Amplifikation/PCR) untersucht, insbe-



sondere wenn der Verdacht auf eine frische Infektion vorlag. Das Ergebnis der PCR fiel bei 16 Patienten positiv aus, wobei nur bei sechs Patienten auch aus der Kultur *Mycobacterium tuberculosis* anzüchtbar war. Positive Ergebnisse in der Amplifikation ohne Keimnachweis in der Kultur bestätigen die Aussage, dass diese Methode nur eingesetzt werden sollte, wenn der Abstand zur letzten floriden Tuberkulose-Erkrankung länger als ein Jahr zurückliegt.

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

Interferon-Gamma Test

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

Im Jahr 2012 wurden im LGA 3 891 Blutproben auf Interferon-Gamma untersucht, davon 3 377 mit negativem (86,8 %) und 491 (12,6 %) mit positivem Ergebnis. Bei 23 Patienten war der Test nicht auswertbar. Im Vergleich zum Vorjahr waren es 657 Proben mehr. In der Anlage 11 sind die untersuchten Interferon-Gamma-Proben von 2010 bis 2012 dargestellt.

Infektionsserologie

Im Labor Infektionsserologie wurden im Jahr 2012 insgesamt 23 851 Seren auf 22 verschiedene Infektionskrankheiten untersucht. Hierzu wurden 48 247 Untersuchungen bzw. Bestimmungen von Antikörpern oder Antigenen durchgeführt (siehe Anlage 12). Der Schwerpunkt lag auf der Diagnostik der viralen Erreger HIV, Hepatitis-B-Virus und Hepatitis-C-Virus. Diese wurde überwiegend von den Gesundheitsämtern und den JVA's angefordert.

Infektionsserologische Untersuchungen

Zur Bestimmung von Virus- bzw. Bakterien-Antikörpern im Serum werden die folgenden Testarten eingesetzt: Enzymimmunoassay (ELISA), Hämagglutinations-Hemmtest (HHT), Hämolyse im Gel-Test (HiG), Immunofluoreszenztest (IFT), Komplementbindungsreaktion (KBR), Neutralisationstest (NT) und Immunoblot (IB) bzw. Westernblot (WB). Neben den infektionsserologischen Nachweismethoden ergänzt der direkte Erregernachweis mittels Zellkultur bzw. molekularbiologischer Methoden das Untersuchungsspektrum.

Hepatitis-Diagnostik

Im Jahr 2012 gingen insgesamt 918 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis-A, 6 547 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis B und 7 207 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis C ein.

Hepatitis A-IgG-Antikörper wurden in 556 Fällen positiv getestet. Dies bedeutet, dass die Betroffenen die Infektion entweder durchgemacht oder eine Impfung gegen Hepatitis A erhalten haben. Nur in zehn Fällen wurde IgM zum Nachweis einer frischen Infektion angefordert. Eine akute Hepatitis A konnte bei keinem Patienten nachgewiesen werden.

Das HBs-Antigen, das Virushüllen-Antigen, das in der Regel sowohl bei einer akuten als auch einer chro-

Anlage 12: Untersuchungen im Labor Infektionserologie im Jahr 2012

| | |
|-----------------------|---------------|
| Amoebiasis | 12 |
| Borreliose | 656 |
| Chlamydia pneumoniae | 4 |
| Chlamydia psittacii | 2 |
| Chlamydia trachomatis | 2 |
| Echinococcus | 20 |
| FSME | 74 |
| Hantavirus | 124 |
| Hepatitis A | 928 |
| Hepatitis B | 11 872 |
| Hepatitis C | 8 254 |
| Hepatitis E | 6 |
| HIV | 20 129 |
| Influenza | 792 |
| Masern | 21 |
| Mumps | 18 |
| Mycoplasma pneumoniae | 3 |
| Q-Fieber | 1 586 |
| Röteln | 20 |
| Syphilis | 3 697 |
| Tularämie | 14 |
| Varizella zoster | 13 |
| Summe | 48 247 |

nischen Hepatitis B positiv getestet wird, wurde aus 1 903 Proben bestimmt. In 124 Fällen war das HBs-AG positiv. Aufgrund der anderen Hepatitis-Marker muss bei 105 Personen von einem chronischen HBs-AG-Trägertum ausgegangen werden. In 185 Fällen wurde eine zurückliegende Hepatitis B-Erkrankung, in keinem Fall eine akute Hepatitis B diagnostiziert.

Im Jahr 2012 gingen insgesamt 7 207 Anforderungen zum Nachweis von Antikörper gegen das Hepatitis C-Virus ein. In 785 Fällen wurde eine Hepatitis C-Infektion nachgewiesen.

Die Untersuchungen der Seren auf Hepatitis A, B und C werden mittels Enzymimmunoassays (EIA) durchgeführt. Hierzu ist die Bestimmung verschiedener Antigene/Antikörper notwendig, die überwiegend in einer Stufendiagnostik angewandt werden. Beispielsweise werden bei Verdacht auf Hepatitis B sechs verschiedene Parameter untersucht. Die Be-

fundung ist nur durch die gemeinsame Bewertung der Einzelergebnisse möglich. Zur Bestimmung der Viruslast (Grad der Infektiosität) bei nachgewiesener Hepatitis C wird zusätzlich eine PCR durchgeführt. Die Einsendungen für die Untersuchungen auf die Hepatitiden stammen vor allem aus den JVsAs. Ebenso senden die Gesundheitsämter viele Proben zur Diagnostik auf HIV und Hepatitis ein. Hier liegt der Schwerpunkt auf Untersuchungen, die im Rahmen der Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit, ehemals Beratungsstellen für Aids durchgeführt werden.

Seren von Polizeibeamten bzw. den Bediensteten der JVsAs werden im Rahmen der Überprüfung der Impftiter und möglicher Infektionen nach HIV- bzw. Hepatitis B-/C-Exposition untersucht.

HIV-Diagnostik

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 20 054 Seren auf HIV untersucht. Von diesen Seren, die überwiegend anonym untersucht werden, waren 302 Proben positiv. Durch die anonymen Einsendungen und die Vorgabe, dass ein Serum, das positiv auf HIV getestet ist, durch eine zweite Blutprobe bestätigt werden muss, kann nicht auf die Anzahl der positiv getesteten Patienten rückgeschlossen werden.

Untersuchungen im Konsiliarlabor für Q-Fieber

Seit dem Jahre 2002 ist das nationale Konsiliarlabor für Q-Fieber im LGA angesiedelt. Serologische Untersuchungen im Rahmen der Konsiliaritätigkeit werden im Labor Infektionserologie durchgeführt. Neben der Abklärung akuter bzw. chronischer Q-Fieberinfektionen im Rahmen von Ausbruchs- und Folgeuntersuchungen erfolgen Untersuchungen im Rahmen von Prävalenzstudien.

Im Jahr 2012 wurden im Labor Infektionserologie 926 Seren für das Konsiliarlabor auf spezifische Antikörper gegen *Coxiella burnetii* untersucht.

Virusnachweis in Zellkulturen

Schwerpunkt des Zellkulturnachweises im Labor Infektionserologie ist die Untersuchung von Rachenabstrichen auf Influenza-Viren während der Influenza-Saison. Im Rahmen der Influenza-Surveillance wurden im LGA in der Influenza-Saison 2011/12 Rachenabstriche von Patienten auf Influenza A und B untersucht. Die Zusammenarbeit erfolgt hierbei seit Jahren mit Sentinel-Praxen, die die Materialien an das LGA senden. Im Labor Molekularbiologie werden die Rachenabstriche zunächst mittels PCR auf Influenza A/B untersucht. Die in der PCR positiv getesteten Rachenabstriche werden auf Zellkultur gegeben. Nach erfolgreicher Anzucht erfolgt eine weitere Typisierung der Isolate am NRZ für Influenzaviren am RKI. Die

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

In der Saison 2011/12 wurden 79 Zellkulturisolate zur Typisierung an das NRZ für Influenzaviren geschickt.

Kooperationen

- NRZ für Influenzaviren
- HIV-Inzidenzstudie am RKI

Molekularbiologie

Molekularbiologische Untersuchungen mit Hilfe der Polymerasekettenreaktion (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 Labor Molekularbiologie untersucht die verschiedensten Materialien mittels PCR auf Infektionserreger. Eingesandt werden u. a. Blut, Urin, Stuhl, Bakteriensuspensionen, Organe, Abstriche, Zecken u. v. m.

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

Zudem besteht eine weitere Aufgabe dieses Labors darin, in einer Ausbruchssituation (wie z. B. im Falle der Neuen Influenza 2009 und des EHEC O104:H4-Ausbruchs im Frühjahr 2011) 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 2012 sind im LGA in diesem Bereich die in Anlage 13 dargestellten Erregernachweise durchgeführt worden.

Zusammengefasst sind dies insgesamt 4 679 molekularbiologische Untersuchungen. Die Anforderungen zur Untersuchung von Zecken auf *Borrelia burgdorferi sensu lato* ist im Gegensatz zum Vorjahr um 447 Einsendungen zurückgegangen, wobei die Positivenrate von 20 % im Jahr 2012 ähnlich wie im Vorjahr (19,3 %) ausfiel. Von den insgesamt 868 Untersuchungen auf Noroviren betrug der positive Anteil 40 %. Bei der Fragestellung Influenza wird im LGA

Anlage 13: Erregernachweise im Labor Molekularbiologie im Jahr 2012

| Erreger | Untersuchungen | positiv | negativ |
|---|-----------------|---------|---------|
| <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> | 945 | 192 | 753 |
| <i>Coxiella burnetii</i> | 40 | 1 | 39 |
| EHEC | Stx 1 | 95 | 516 |
| | Stx 2 | 62 | 546 |
| EPEC | eae | 39 | 534 |
| Influenza | A saisonal | 140 | 254 |
| | A (H1/N1) pdm09 | 2 | 0 |
| | B | 21 | 375 |
| Noroviren | 868 | 351 | 517 |
| Enteroviren | 30 | 0 | 30 |
| Adenoviren | 57 | 32 | 25 |
| Rotaviren | 16 | 0 | 16 |
| Hantaviren | 45 | 15 | 30 |
| Hepatitis A | 26 | 11 | 15 |
| <i>Entamoeba spec.</i> | 68 | 23 | 45 |
| Sonstiges (<i>Legionellen</i> , <i>Anaplasma phagocytophilum</i> , MRSA) | 23 | 14 | 9 |

auf Influenza A saisonal, Influenza A (H1/N1) pdm09 sowie Influenza B getestet. Hierbei zeigte sich im Jahr 2012 in der überwiegenden Mehrzahl der Nachweis von Influenza A saisonal mit 85,5 %, bezogen auf die positiven Ergebnisse.

Im Jahr 2012 wurden in der Molekularbiologie insgesamt 145 Sequenzierungen durchgeführt.

Schädlingsbestimmungen

Im Arbeitsbereich 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 2012 wurden 51 Schädlinge eingesandt.

Medizinisch-chemische Analytik

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

Die im Herbst 2010 begonnenen Untersuchungen für eine Längsschnittstudie mit Erwachsenen wurde 2012 fortgeführt. Das Blut von 360 Erwachsenen wurde auf spezifische Antikörper gegen Inhalationsallergene und halogenorganische Flammschutzmittel untersucht. Die analytischen Untersuchungen konnten wegen des Weggangs eines Labormitarbeiters in der chemischen Analytik noch nicht abgeschlossen werden; dies wird im Laufe des ersten Halbjahres 2013 geschehen.

Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings werden seit 1992 regelmäßig (mindestens jedes zweite Jahr) labormedizinisch-chemische Untersuchungen im Rahmen von epidemiologischen Studien an Zehnjährigen durchgeführt.

Für den ÖGD werden in Amtshilfe neben fachlichen Beratungen auch Untersuchungen und gesundheitliche Bewertungen von biologischen und chemischen Innenraumschadstoffen, insbesondere von Schimmelpilzen, durchgeführt.

Die externe analytische Qualitätssicherung (AQS) behält weiterhin einen herausragenden Stellenwert,

insbesondere im Hinblick auf die Bewertung von Schimmelpilzen und Umweltschadstoffen im Lebensumfeld des Menschen. Das Labor leitet und richtet den Ringversuch „Identifizierung von Innenraum- und lebensmittelrelevanten Schimmelpilzen“ aus, der zweimal im Jahr stattfindet und an dem ca. 120 Labore teilnehmen.

Ein wichtiges Element der AQS sind die Fortbildungsveranstaltungen „Analytische Qualitätssicherung im umweltmedizinischen Bereich“, die seit 2012 in die Reihe der „Umwelttoxikologischen Kolloquien“ (vier bis fünf pro Jahr) eingegliedert wurden, sowie die Kurse „Nachweis, Identifizierung und Bewertung von Schimmelpilzen in Innenräumen und Lebensmitteln“ (Grundkurs und Fortgeschrittene), die in Zusammenarbeit mit dem Centraalbureau voor Schimmelcultures (CBS, Utrecht/Niederlande) durchgeführt werden. Ein neuer Kurs zur Qualitätssicherung in der mykologischen Labordiagnostik infektiologisch relevanter Fadenpilze wurde im Herbst 2011 in Zusammenarbeit mit der deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft erstmals durchgeführt und soll in Zukunft möglichst jedes Jahr mit wechselnden Themen stattfinden.

Insgesamt wurden im Jahr 2012 im Labor 6 150 Proben im Bereich der biologischen Agenzien (Anlagen 15-18) und 3 240 Proben in der chemischen Analytik (Anlage 14) untersucht.

Anlage 14: Humanbiomonitoring

| Parameter | Probenanzahl |
|--|--------------|
| Polychlorierte Diphenylether (PBDE 28, 47, 100, 99, 154, 153, HBCDD, 183, 209) im Blut | 3 240 |

Anlage 15: Allergie-Screening

| Parameter | Probenanzahl |
|--|--------------|
| sx1-Inhalationsallergene: Dermatophagoides pteronyssinus, Katzenschuppen, Lieschgras, Roggen, Cladosporium herbarum, Birke, Beifuß | 226 |
| mx 1: Cladosporium herbarum, Alternaria alternata, Aspergillus fumigatus, Penicillium chrysogenum | 226 |
| gm25 Aspergillus versicolor | 226 |
| m1 Penicillium chrysogenum | 226 |
| m208 Chaetomium globosum | 226 |
| Summe | 1 130 |

Anlage 16: Ringversuche Schimmelpilze

| Parameter | Probenanzahl |
|--|--------------|
| Differenzierung von innenraum- und lebensmittelrelevanten Schimmelpilzen | 752 |
| Mischproben | 150 |
| Summe | 902 |

Anlage 17: Amtshilfe für Gesundheitsämter und sonstige Institutionen

| Parameter | Probenanzahl |
|-----------------------|--------------|
| Luftprobenahme direkt | 475 |
| Abklatschproben | 0 |
| Klebefilmproben | 48 |
| Materialproben | 3 344 |
| Staubproben | 15 |
| Wasserproben | 0 |
| Summe | 3 882 |

Anlage 18: Badewasseruntersuchungen

| Parameter | Probenanzahl |
|-------------------------|--------------|
| Harnstoff in Badewasser | 2 236 |

Staatlicher Gewerbearzt



Berufskrankheiten

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

- Alle im Land gemeldeten BK sollen ihm vorgelegt werden (§ 4 Abs. 2 BKV): Der Staatliche Gewerbearzt erhält damit einen Überblick über das BK-Geschehen in Baden-Württemberg und hat Gelegenheit, die Daten auszuwerten (§ 9 Abs. 9 SGB VII).
- Er kann als ärztlicher Sachverständiger tätig werden: Der Staatliche Gewerbearzt kann bei den ihm vorgelegten BK-Fällen Stellung zur Frage der Ursächlichkeit der Krankheit nehmen und ggf. den Unfallversicherungen ergänzende Beweiserhebungen vorschlagen, um die Frage der Ursächlichkeit beantworten zu können. Er kann auch die Arbeitsstelle selbst in Augenschein nehmen.

Der Staatliche Gewerbearzt in Baden-Württemberg übt die zweite Aufgabe aufgrund der ungünstigen Personalsituation gegenwärtig nicht aus. 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 BK-Fälle zu bearbeiten.

- **Anlagen 1a und b:** Die Anzahl der erstmalig angezeigten und vom Gewerbearzt 2012 abschließend zur Kenntnis genommenen BK-Fälle betrug insgesamt 4 248. Davon waren 4 066 BK entsprechend der BK-Liste (Fälle nach § 9[1] SGB VII) und 188

„sonstige“ nicht in der BK-Liste aufgeführte Fälle, z. B. sog. „Quasi-BK“ (Fälle nach § 9[2] SGB VII). Bei diesen Fällen handelt es sich nur um diejenigen Anzeigen oder Mitteilungen über BK, die dem Staatlichen Gewerbearzt 2012 bekannt geworden sind. Siehe dazu auch Anlage 3.

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

- **Anlage 2:** Sind die gemeldeten Krankheiten berufsbedingt oder die Ursachen woanders zu suchen? Die Frage nach der Kausalität der gemeldeten Krankheiten steht im Vordergrund. Der Anteil derjenigen gemeldeten Erkrankungen, die als berufsbedingt angesehen werden, beträgt 43,9 %. 56,2 % wurden abgelehnt, davon konnte in 8 % der BK-Fälle eine Entscheidung über die Kausalität mangels Mitwirkung des Erkrankten oder mangels ausreichender Beweise nicht getroffen werden.

Zu den Zahlen muss angemerkt werden, dass nur noch ein Teil der vorgelegten BK-Akten vom Staatlichen Gewerbearzt beurteilt werden kann. Die meisten gemeldeten BK-Fälle werden von ihm nur noch zur Kenntnis genommen und das Ergebnis der BK-Bearbeitung durch die gesetzliche Unfallversicherung in die Statistik übernommen.

- **Anlagen 3a-e:** Die fünf häufigsten angezeigten BK sind die gleichen wie in den Vorjahren und machen zusammen über zwei Drittel aller BK-Fälle aus (3a, c). Die Liste wird wie im Vorjahr von der Lärmschwerhörigkeit angeführt. Die Hautkrankheiten folgen in deutlichem Abstand. Das entspricht aber für die angezeigten BK-Fälle in Baden-Württemberg nicht der Realität (siehe unten). Die LWS-Krankheiten stehen an dritter Stelle, mit weiterhin abnehmender Tendenz. Den vierten Rang nehmen die allergisch bedingten obstruktiven Atemwegserkrankungen ein, den fünften die Asbest-Staub-lunge.

Nicht jede BK wird als berufsbedingt angesehen. Im Durchschnitt sind es gerade knapp 44 %. Von den allergisch bedingten obstruktiven Atemwegserkrankungen sind es 34 %, bei den Hautkrankheiten 72 % und 57 % bei Lärmschwerhörigkeit und Asbestosen. Der Anteil der im Sinne des BK-Rechts berufsbedingten LWS-Krankheiten beträgt mit 6 % der angezeigten Fälle nur einen Bruchteil des Anteils bei anderen BK (3b).

Die Anzahl der in Baden-Württemberg gemeldeten BK liegt jedoch wesentlich höher als die Zahl, die dem Gewerbearzt mitgeteilt worden ist. Der Länderindikator 3.32 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für das Jahr 2011 gibt für Baden-Württemberg 7 041 angezeigte BK an. Dem Staatlichen Gewerbearzt wurden im gleichen Jahr nur 4 066 BK-Fälle mitgeteilt. Insbesondere der größte Teil der angezeigten Hautkrankheiten ist dem Staatlichen Gewerbearzt verborgen geblieben. Nur 706 von 2 946 Fällen wurden ihm vorgelegt (3d). Damit wird der gesetzliche Auftrag an die Unfallversicherungsträger, der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle des jeweiligen Bundeslandes alle angezeigten BK-Fälle bekannt zu machen, auch im Berichtsjahr wieder nicht erfüllt.

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

- **Anlagen 4a und b:** Die Zahl der abgeschlossenen BK ging seit dem Maximum 1996 kontinuierlich zurück und erreichte 2008 ihr Minimum. Die Anzahl der gemeldeten Fälle fluktuiert entsprechend den von den Unfallversicherungen vorgelegten Fällen. In den Zahlenverhältnissen der einzelnen BK zueinander kommt es nur zu geringen Verschiebungen.
- **Anlagen 5a-c:** Die Entwicklung von BK, deren Verursachung erst kurze Zeit zurückliegt oder bei welchen die schädigende Exposition zum Zeitpunkt der Entscheidung über die BK noch besteht, ist besonders interessant. Hier manifestieren sich in der Gegenwart bestehende Arbeitsschutzmängel. Bei den Hautkrankheiten zeigt sich in den letzten zehn Jahren eine tendenzielle Abnahme um 66 % (5a und b; siehe aber obige Anmerkung bei Anlage 3). Bei den obstruktiven Atemwegskrankheiten lag der Höhepunkt 1996, die Abnahme seitdem beträgt ca. 70 % (5a und c).
- **Anlagen 6a und b:** Die Beobachtung der Statistik bei den durch Asbest bedingten BK ist von besonderem Interesse. Asbest ist seit vielen Jahren als Arbeitsstoff verboten und spielt nur noch bei der Sanierung von Bauten und der Beseitigung von Baumaterialien eine Rolle. Die Anzahl der gemeldeten BK bleibt – mit Schwankungen – konstant und zeigt jetzt eine Tendenz zur Abnahme. Die angezeigten Asbestosen stehen an fünfter Stelle der am häufigsten angezeigten BK in Baden-Württemberg.
- **Anlage 8:** Die Anlage entspricht der Tabelle 8 im Jahresbericht der Gewerbeaufsicht. Hier sind die

Zahlen aller im Jahr 2012 dem Gewerbearzt vorgelegten BK zusammengestellt. Der Bergbau ist bei den BK in Baden-Württemberg traditionell „schlecht“ vertreten. Nach Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes wird nicht mehr zwischen einem gewerblichen und nicht-gewerblichen Bereich unterschieden. Verfahren nach dem Fremdrentengesetz werden auftragsgemäß ebenfalls vom Gewerbearzt begutachtet, soweit sie ihm vorgelegt werden. Zur Entwicklung der BK-Zahlen s. o. Von den Gewerbeärzten werden aus Personalmangel seit einigen Jahren keine Zusammenhangsgutachten mehr erstellt.

Dienstgeschäfte

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

Die Zahl der Dienstgeschäfte hat gegenüber dem Vorjahr weiter abgenommen.

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

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

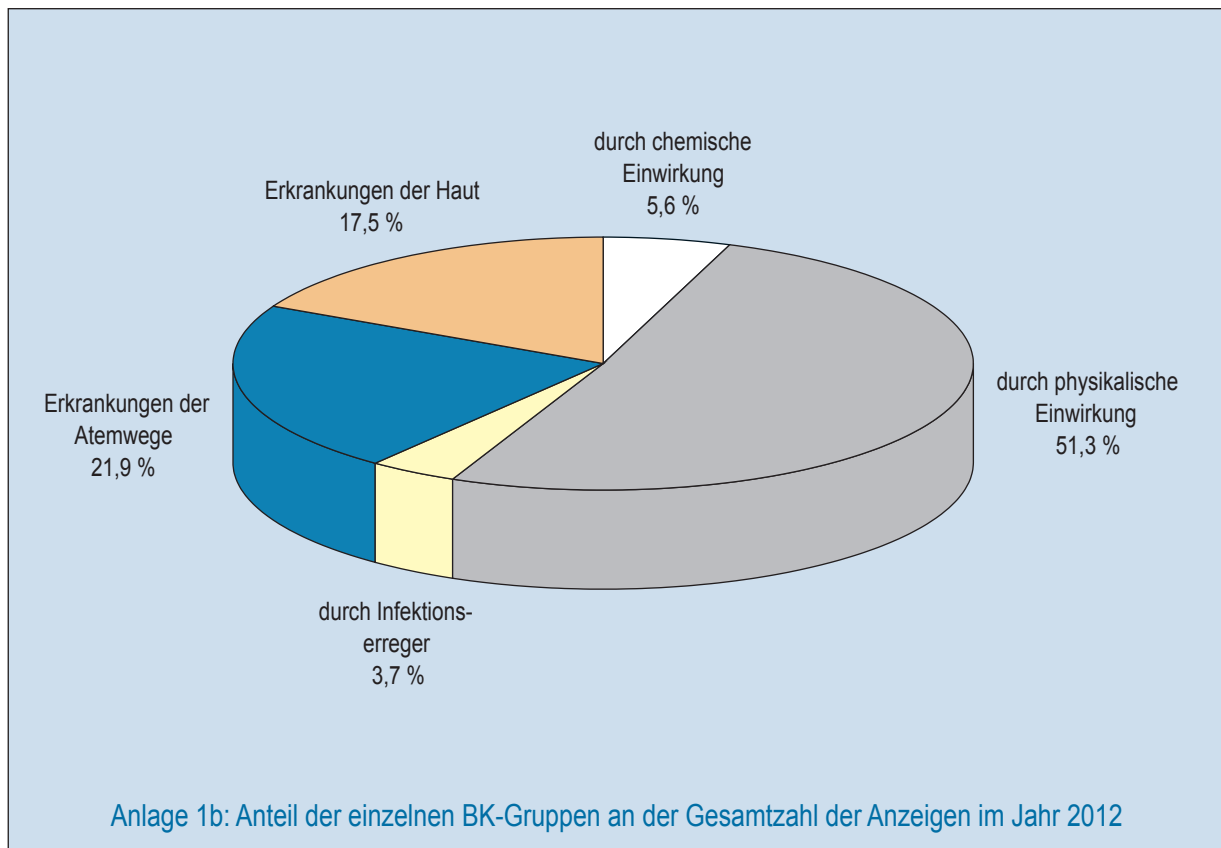
- **Anlage 9:** Anlass für Betriebsbegehungen des Staatlichen Gewerbearztes sind das BK-Verfahren, Anfragen der technischen Gewerbeaufsicht, Nachfragen aus Betrieben und Projekte. Die Zahl der Begehungen ist wegen des damit verbundenen Zeitaufwandes bei geringer Personalkapazität seit einigen Jahren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

Ermächtigungen

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

Anlage 1a: Anteil der einzelnen BK-Gruppen an der Gesamtzahl der Anzeigen im Jahr 2012

| Nr. | BK | angezeigte Anzahl | % |
|-------------|--------------------------------|-------------------|--------------|
| 1 | durch chemische Einwirkung | 227 | 5,6 |
| 2 | durch physikalische Einwirkung | 2 096 | 51,3 |
| 3 | durch Infektionserreger | 153 | 3,7 |
| 4 | Erkrankungen der Atemwege | 896 | 21,9 |
| 5 | Erkrankungen der Haut | 716 | 17,5 |
| Summe | | 4 088 | 100,0 |
| Sonstige | | 160 | 3,8 |
| Gesamtsumme | | 4 248 | |



Anlage 2: Kausalität in den BK-Hauptgruppen – Entscheidungen der Gewerbeärzte im Jahr 2012¹

| BK-Gruppe | % in den Klassen | | | | | | % in Gruppen | | |
|----------------------------|------------------|------|------|------|-----|-----|--------------|------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1-2 | 1-3 | 1-6 |
| 1 chemische Einwirkung | 4,4 | 3,1 | 2,6 | 80,2 | 0,0 | 9,7 | 7,5 | 10,1 | 100,0 |
| 2 physikalische Einwirkung | 1,6 | 37,4 | 1,0 | 51,6 | 0,3 | 8,1 | 39,0 | 40,0 | 100,0 |
| 3 Infektionen | 4,6 | 45,8 | 5,2 | 39,2 | 2,0 | 3,3 | 50,3 | 55,6 | 100,0 |
| 4 Atemwegserkrankungen | 15,5 | 16,5 | 5,7 | 55,6 | 1,0 | 5,7 | 32,0 | 37,7 | 100,0 |
| 5 Hautkrankheiten | 0,7 | 5,7 | 64,8 | 20,5 | 0,7 | 7,5 | 6,4 | 71,2 | 100,0 |
| Durchschnitt (1-5) | 4,7 | 25,7 | 13,5 | 48,2 | 0,6 | 7,4 | 30,4 | 43,9 | 100,0 |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----|------|------|------|-----|--|------|------|--|
| 1 BK rentenpflichtig anerkannt | 4,7 | | | | | | | | |
| 2 BK anerkannt („dem Grunde nach“) | | 25,7 | | | | | | | |
| 3 berufsbedingt, keine BK-Anerkennung | | | 13,5 | | | | | | |
| 4 BK abgelehnt, kein Zusammenhang | | | | 48,2 | | | | | |
| 5-6 keine Entscheidung möglich | | | | | 8,0 | | | | |
| 1-2 anerkannt | | | | | | | 30,4 | | |
| 1-3 berufsbedingt | | | | | | | | 43,9 | |

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):

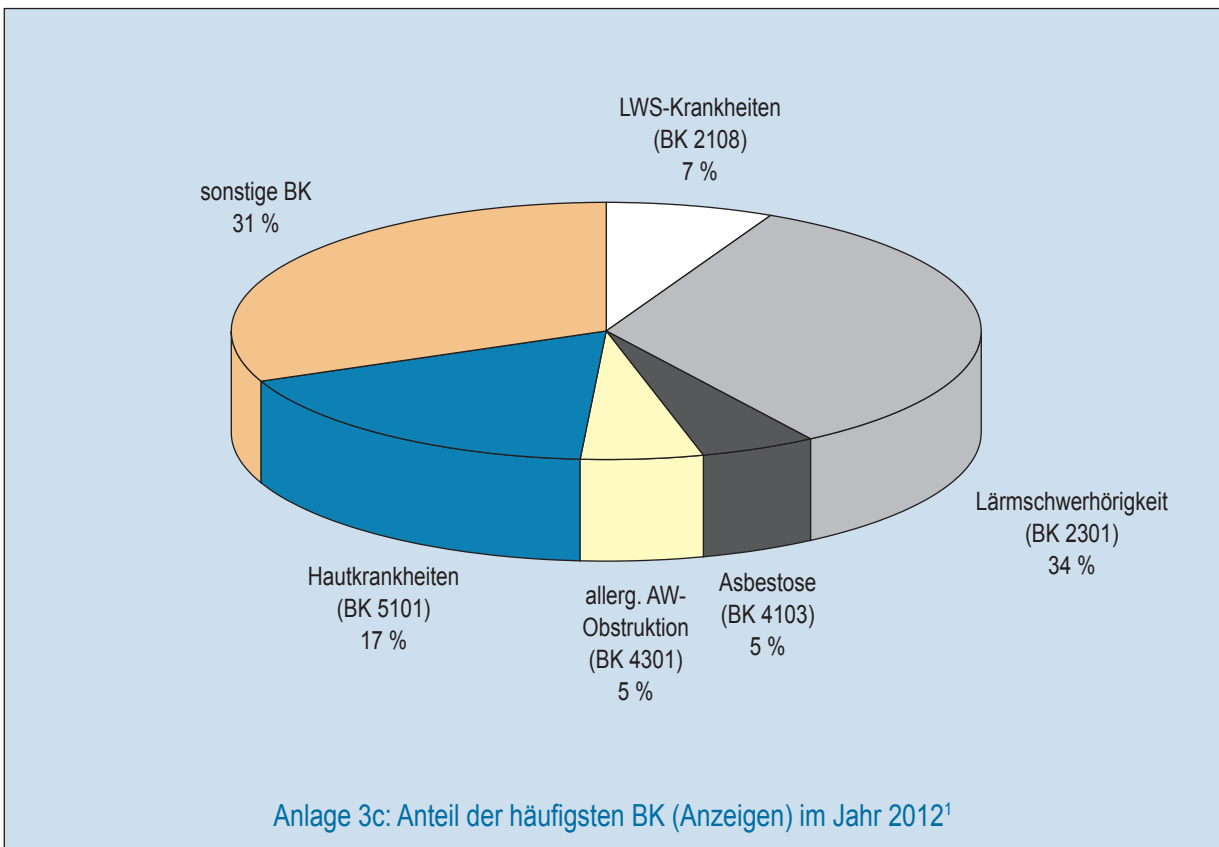
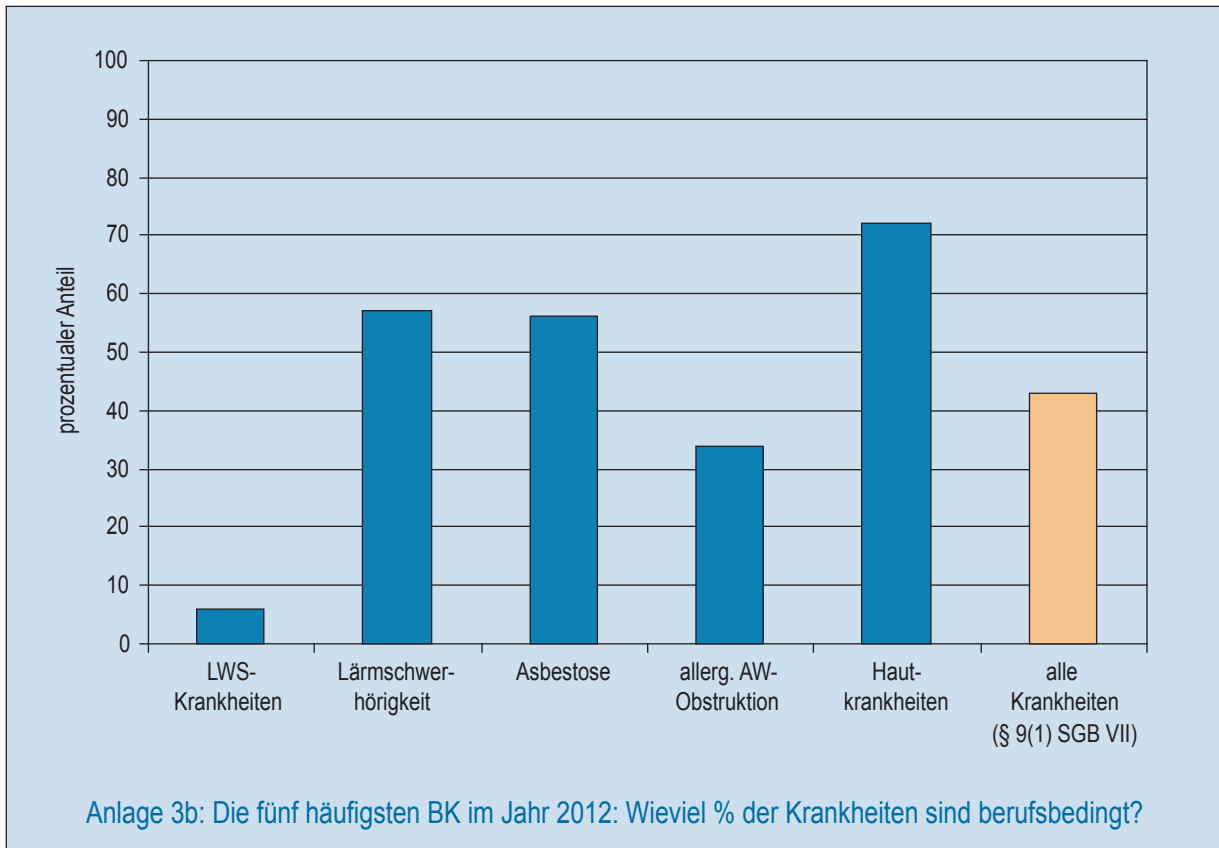
Klasse 1 = „bestätigt“, die Klassen 1-3 = „berufsbedingt“, die Klassen 1-6 = „begutachtet“

Anlage 3a: Die fünf häufigsten BK – Ergebnisse der Feststellungsverfahren im Jahr 2012¹

| BK-Nr. | Krankheit | n | % | % -Anteile in den Klassen | | | | | | bb (1-3) |
|---------------------------------------|------------------------|-------|-------|---------------------------|------|------|------|-----|------|----------|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 2108 | LWS-Krankheiten | 303 | 7,5 | 2,3 | 2,3 | 1,3 | 86,8 | 0,7 | 6,6 | 5,9 |
| 2301 | Lärmschwerhörigkeit | 1 356 | 33,5 | 1,6 | 54,8 | 0,2 | 32,9 | 0,1 | 10,3 | 56,6 |
| 4103 | Asbestose | 200 | 4,9 | 12,0 | 43,5 | 0,0 | 36,5 | 1,5 | 6,5 | 55,5 |
| 4301 | allerg. AW-Obstruktion | 213 | 5,3 | 1,9 | 16,0 | 16,0 | 59,2 | 0,5 | 6,6 | 33,8 |
| 5101 | Hautkrankheiten | 706 | 17,4 | 0,7 | 5,5 | 65,7 | 20,0 | 0,6 | 7,5 | 72,0 |
| alle Krankheiten (§ 9 Abs. 1 SGB VII) | | 4 046 | 100,0 | 4,5 | 25,0 | 13,1 | 45,9 | 0,5 | 7,2 | 42,6 |

bb = berufsbedingt

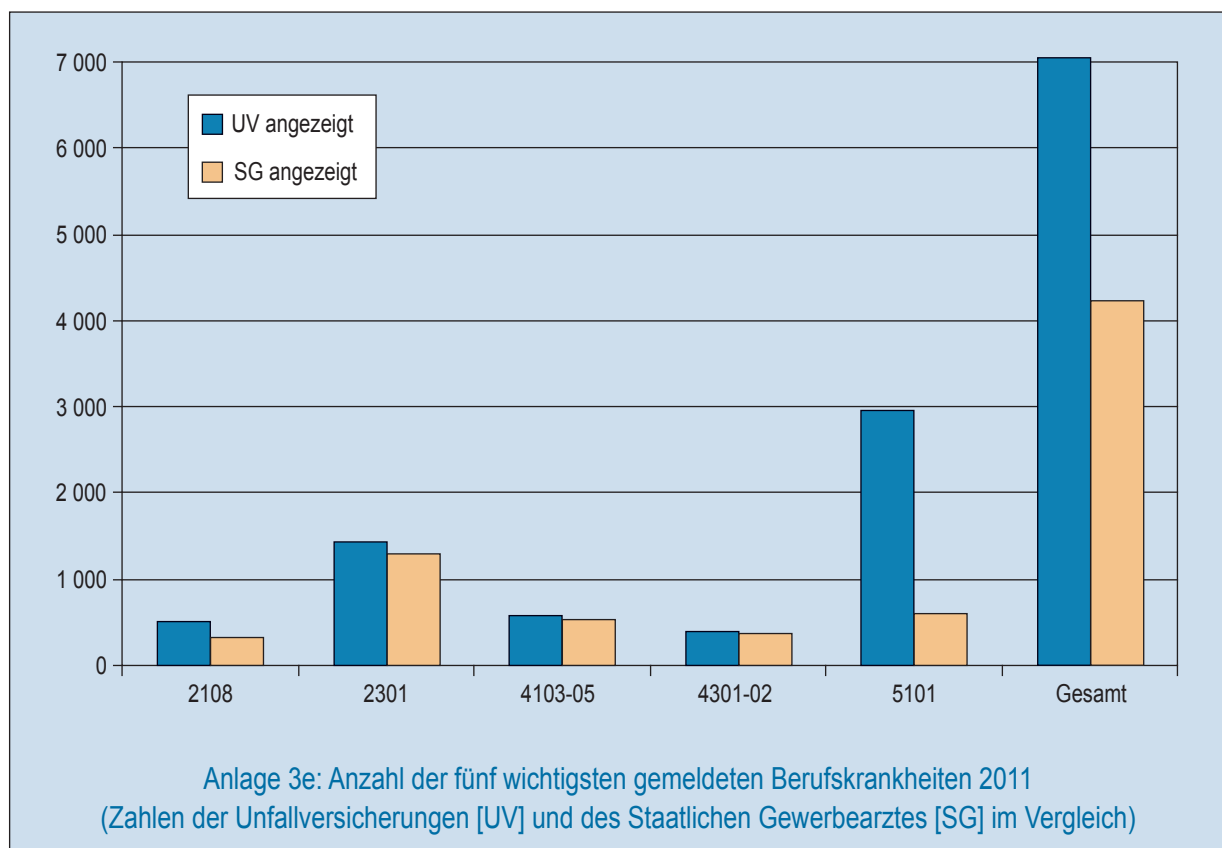
¹ Rundungsfehler sind nicht vermeidbar.



¹ Rundungsfehler sind nicht vermeidbar.

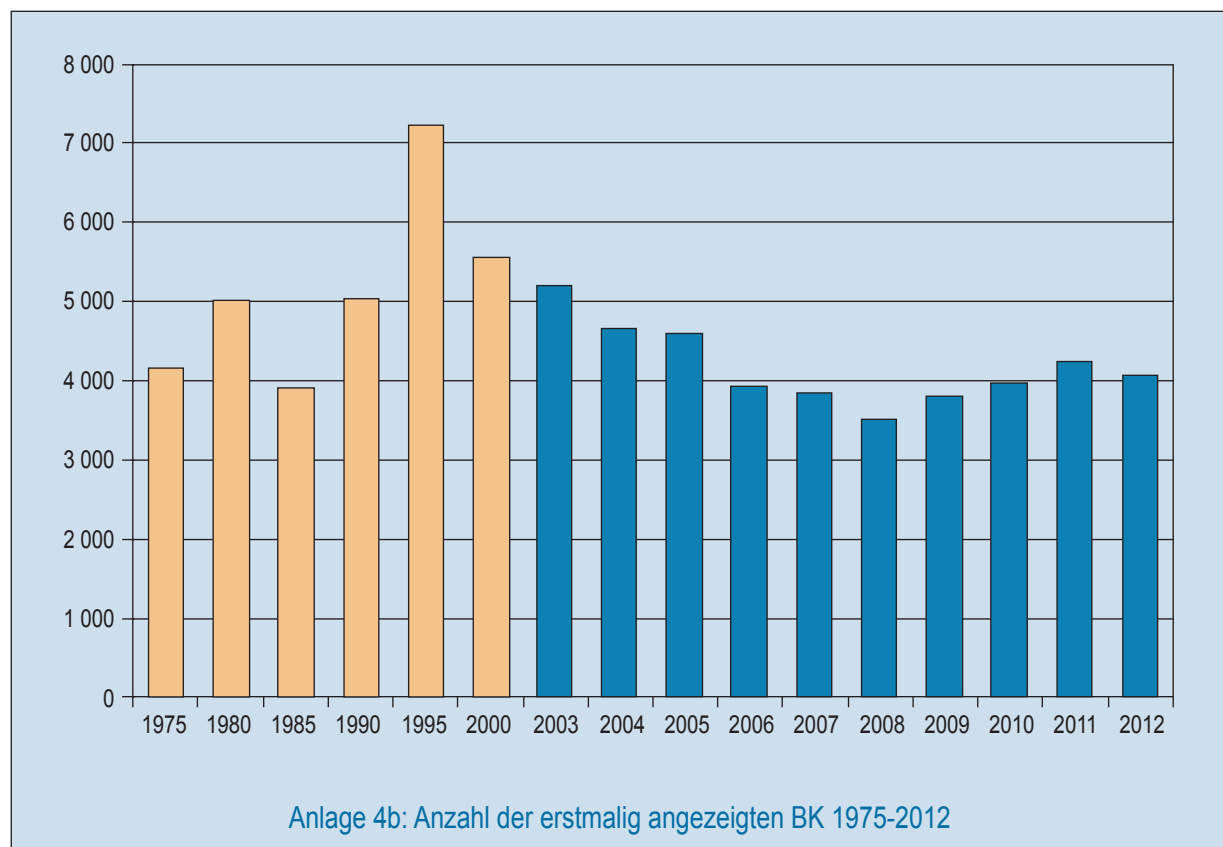
Anlage 3d: Anzahl der fünf wichtigsten gemeldeten BK 2011
(Zahlen der Unfallversicherungen [UV] und des Staatlichen Gewerbearztes [SG] im Vergleich)

| BK | UV | | SG | | % SG/UV |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------|
| | angezeigt | anerkannt | angezeigt | anerkannt | angezeigt |
| 2108 | 497 | 28 | 312 | 18 | 63 |
| 2301 | 1 431 | 679 | 1 285 | 690 | 90 |
| 4103-05 | 570 | 288 | 532 | 248 | 93 |
| 4301-02 | 392 | 62 | 366 | 125 | 93 |
| 5101 | 2 946 | 76 | 601 | 397 | 20 |
| Gesamt | 7 041 | 1 314 | 4 230 | 1 614 | 60 |



Anlage 4a: Entwicklung der dem Gewerbearzt mitgeteilten BK (§ 9 Abs. 1 SGB VII) 1975-2012

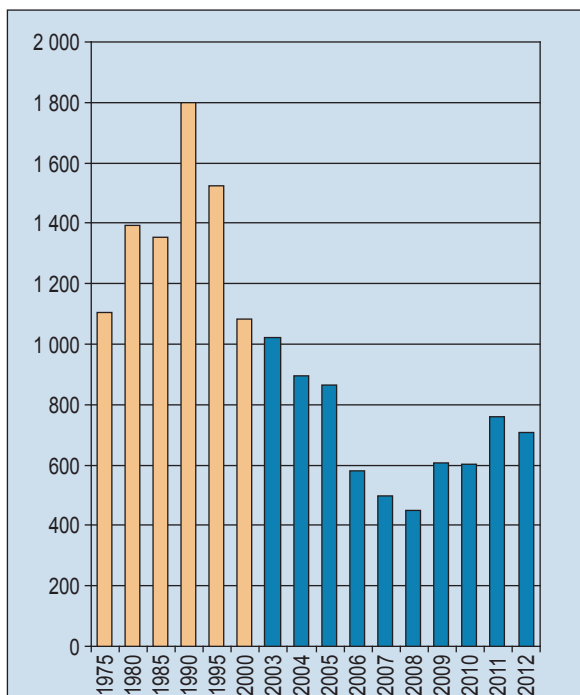
| Jahr | Abschlüsse (n) | % | |
|------|----------------|---------------|------------------------------|
| | | berufsbedingt | entschädigungs- pflichtig |
| 1975 | 4 175 | | 30,3 |
| 1980 | 5 033 | | 14,3 |
| 1985 | 3 907 | 61,6 | 20,5 |
| 1990 | 5 048 | 65,9 | 31,4 |
| 1995 | 7 231 | 46,5 | 8,5 |
| 2000 | 5 562 | 44,3 | 6,8 |
| 2003 | 5 210 | 43,7 | 6,4 |
| 2004 | 4 676 | 43,7 | 6,9 |
| 2005 | 4 612 | 42,6 | 5,4 |
| 2006 | 3 944 | 42,9 | 7,4 |
| 2007 | 3 847 | 43,0 | 6,4 |
| 2008 | 3 510 | 41,2 | 5,4 |
| 2009 | 3 819 | 43,8 | 5,5 |
| 2010 | 3 981 | 40,0 | 5,1 |
| 2011 | 4 247 | 43,5 | 5,7 |
| 2012 | 4 068 | | |



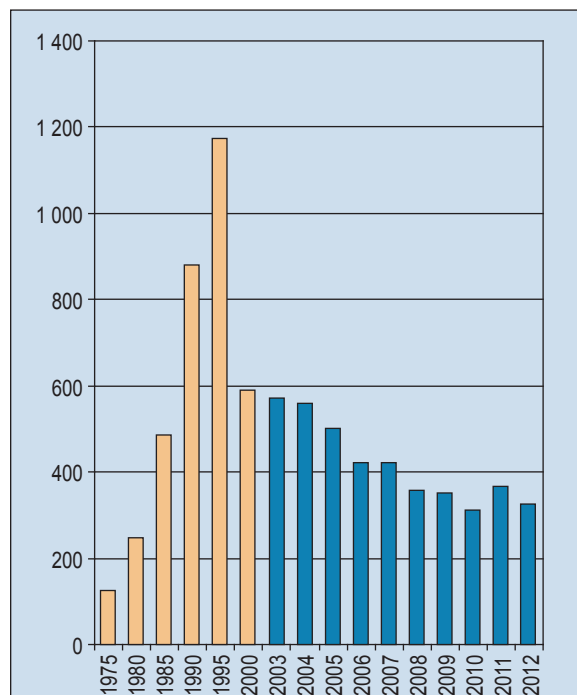
Anlage 5a: Entwicklung von BK-Anzeigen 1975-2012

| Jahr | Hautkrankheiten | | | Obstruktive AW-Krankheiten | | |
|------|-----------------|------|------|----------------------------|------|------|
| | Anzahl | % | | Anzahl | % | |
| | | bb | ep | | bb | ep |
| 1975 | 1 106 | 0 | 21,8 | 124 | 0 | 41,9 |
| 1980 | 1 394 | 0 | 11,1 | 249 | 0 | 17,3 |
| 1985 | 1 355 | 70,1 | 15,1 | 487 | 52,0 | 20,7 |
| 1990 | 1 801 | 79,2 | 31,7 | 880 | 47,8 | 23,5 |
| 1995 | 1 525 | 70,0 | 12,2 | 1 173 | 36,2 | 6,9 |
| 2000 | 1 081 | 69,0 | 7,5 | 591 | 36,9 | 4,9 |
| 2003 | 1 023 | 59,5 | 5,9 | 572 | 32,1 | 3,1 |
| 2004 | 895 | 61,8 | 5,9 | 559 | 35,4 | 6,1 |
| 2005 | 865 | 66,4 | 4,3 | 500 | 36,4 | 3,8 |
| 2006 | 580 | 65,2 | 4,1 | 422 | 36,3 | 4,5 |
| 2007 | 498 | 69,3 | 4,4 | 422 | 36,7 | 2,8 |
| 2008 | 451 | 66,1 | 3,5 | 358 | 34,6 | 5,3 |
| 2009 | 608 | 68,1 | 2,6 | 353 | 32,3 | 2,5 |
| 2010 | 601 | 65,3 | 2,8 | 311 | 31,8 | 3,9 |
| 2011 | 761 | 73,1 | 1,4 | 366 | 34,2 | 3,3 |
| 2012 | 707 | 71,9 | 0,7 | 324 | 28,4 | 2,2 |

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



Anlage 5b: Entwicklung der BK-Anzeigen: Hautkrankheiten (BK 5101) 1975-2012

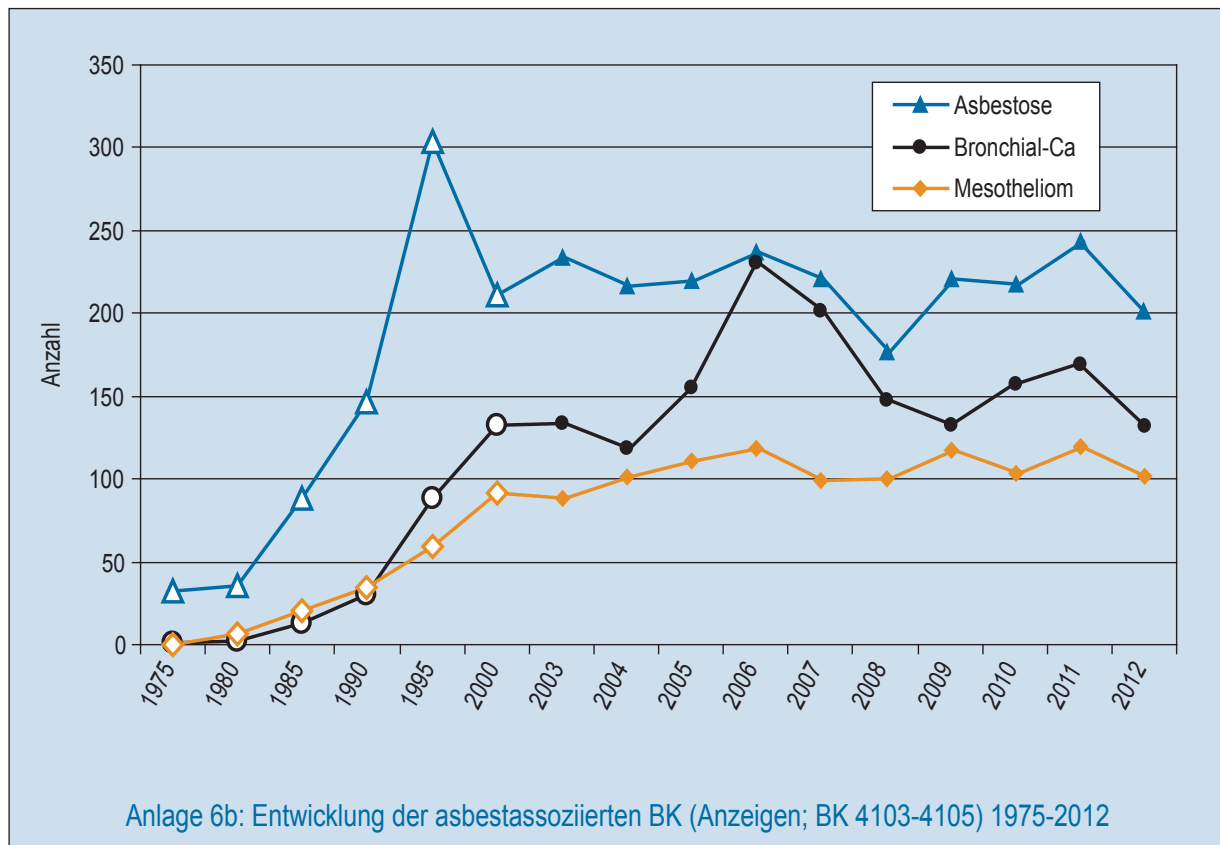


Anlage 5c: Entwicklung der BK-Anzeigen: obstruktive Atemwegskrankheiten (BK-Gruppe 43) 1975-2012

Anlage 6a: Entwicklung der asbestbedingten BK (Anzeigen) 1975-2012

| Jahr | Asbestose | | Bronchial-Ca | | Mesotheliom | |
|------|-----------|------|--------------|------|-------------|------|
| | 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 |
| 2003 | 234 | 59,4 | 134 | 29,1 | 88 | 70,5 |
| 2004 | 216 | 58,3 | 119 | 23,5 | 101 | 72,3 |
| 2005 | 220 | 60,9 | 155 | 19,3 | 111 | 67,6 |
| 2006 | 237 | 59,5 | 230 | 22,2 | 118 | 72,0 |
| 2007 | 221 | 53,4 | 201 | 24,4 | 99 | 70,7 |
| 2008 | 177 | 52,5 | 148 | 17,7 | 100 | 63,0 |
| 2009 | 221 | 56,2 | 133 | 18,0 | 117 | 61,5 |
| 2010 | 218 | 48,6 | 157 | 21,0 | 103 | 63,1 |
| 2011 | 243 | 52,7 | 169 | 26,0 | 120 | 63,3 |
| 2012 | 200 | 55,5 | 130 | 19,2 | 102 | 69,6 |

bb = berufsbedingt (%), * 1975 noch keine BK



Anlage 7: Dienstgeschäfte und Tätigkeiten des Staatlichen Gewerbeärztes im Jahr 2012

| Position | Tätigkeit | Zuständigkeiten | | Summe (4) |
|---------------|--|-----------------------|------------------|-----------|
| | | Gewerbeaufsicht (1+3) | Bergaufsicht (2) | |
| 1 | Außendienst | | | |
| 1.1. | Dienstgeschäfte | 91 | | 91 |
| 1.2. | Tätigkeiten | | | |
| 1.2.1. | Betriebsbesichtigungen, Überprüfungen | 38 | | 38 |
| 1.2.2. | Besprechungen | 91 | | 91 |
| 1.2.3. | Vorträge (dienstlich) | 30 | | 30 |
| 1.2.4. | sonstige Tätigkeiten | 0 | | 0 |
| 1.2.5. | ärztliche Untersuchungen | 3 | | 3 |
| 1.2.6. | Messungen | 1 | | 1 |
| 1.2.7. | Beanstandungen* | | | 0 |
| 2 | Innendienst | | | |
| 2.1. | Gutachten, Stellungnahmen, Beratungen | | | |
| 2.1.1. | Gutachten über BK und andere berufsbedingte Erkrankungen** | | | 0 |
| 2.1.2. | Stellungnahmen bez. ASiG* | | | 0 |
| 2.1.3. | sonstige Gutachten und Stellungnahmen* | | | 0 |
| 2.1.4. | Beratung in arbeitsmedizinischen Fragen | 866 | | 866 |
| 2.2. | Ermächtigung von Ärzten | | | |
| 2.2.1. | Ermächtigungen durch Staatlichen Gewerbearzt | 13 | | 13 |
| 2.2.2. | Stellungnahme zu Ermächtigungen | 0 | | 0 |
| 2.2.3. | Fristverlängerungen | 54 | | 54 |
| 2.3. | ärztliche Untersuchungen | | | |
| 2.3.1. | Untersuchungsanlass | | | |
| 2.3.1.1. | vorgeschriebene Vorsorgeuntersuchungen | 50 | | 50 |
| 2.3.1.2. | BK-Untersuchungen | 0 | | 0 |
| 2.3.1.3. | sonstige Untersuchungen | 0 | | 0 |
| 2.3.2. | Untersuchungsinhalt | | | |
| 2.3.2.1. | körperliche Untersuchungen | 50 | | 50 |
| 2.3.2.2. | Röntgenuntersuchungen | 0 | | 0 |
| 2.3.2.3. | Elektrokardiogramme | 0 | | 0 |
| 2.3.2.4. | Lungenfunktionsuntersuchungen | 0 | | 0 |
| 2.3.2.5. | Blutuntersuchungen | 50 | | 50 |
| 2.3.2.6. | Urinuntersuchungen | 50 | | 50 |
| 2.3.2.7.1. | Hautuntersuchungen | 50 | | 50 |
| 2.3.2.7.2. | Hautteste | 0 | | 0 |
| 2.3.2.8. | sonstige medizin.-techn. Untersuchungen | 0 | | 0 |
| 2.4. | Analysen | | | |
| 2.4.1. | biologisches Material | 0 | | 0 |
| 2.4.2. | Arbeitsstoffe | 0 | | 0 |
| 2.4.3. | Raumluftproben | 0 | | 0 |
| 2.4.4. | sonstige Analysen | 0 | | 0 |

* Tätigkeiten werden statistisch nicht erfasst

** ärztlich bearbeitete BK-Fälle

Anlage 8: Begutachtete BK im Jahr 2012

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

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2012

| Nr. | BK | Zuständigkeitsbereich | | | | | | | | | | | | | |
|------|---|-----------------------|-----|-------|---------|-----|-------|-------------------------|-----|-------|-------|-----|-------|----|----|
| | | Gewerbeaufsicht | | | Bergbau | | | sonst., 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 | | | | |
| 1307 | Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| 1308 | Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 1309 | Erkrankungen durch Salpetersäureester | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| 1310 | Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryl/oxide | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| 1311 | Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryl/sulfide | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| 1312 | Erkrankungen der Zähne durch Säuren | 5 | 1 | | | | | | | | | | 5 | 1 | 0 |
| 1313 | Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| 1314 | Erkrankungen durch para-tertiär-Butylphenol | 2 | 1 | | | | | | | | | | 2 | 1 | 0 |
| 1315 | Erkrankungen durch Isocyanate, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können | 32 | 8 | | | | | | | | | | 32 | 8 | 0 |
| 1316 | Erkrankung der Leber durch Dimethylformamid | 3 | | | | | | | | | | | 3 | 0 | 0 |
| 1317 | Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische | 18 | | | | | | | | | | | 18 | 0 | 0 |
| 1318 | Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol | 31 | 4 | 4 | | | | | | | | | 31 | 5 | 27 |
| 2101 | Erkrankungen der Sehnscheiden oder des Sehnenleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelsansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können | 78 | 5 | | | | | | | | | | 78 | 5 | 0 |
| 2102 | Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten | 118 | 12 | | | | | | | | | | 118 | 12 | 0 |
| 2103 | Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen | 32 | 2 | 1 | | | | | | | | | 32 | 2 | 1 |

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2012

| Nr. | BK | Zuständigkeitsbereich | Zuständigkeitsbereich | | | | | | | | | | | | | | Summe | |
|------|----|---|-----------------------|-----|---------|-----|-------------------------|-----|-------------------------|-----|-------------------------|-----|-------------------------|-----|-------------------------|-----|-------|-----|
| | | | Gewerbeaufsicht | | Bergbau | | sonst., Fremdrentenges. | | sonst., Fremdrentenges. | | sonst., Fremdrentenges. | | sonst., Fremdrentenges. | | sonst., Fremdrentenges. | | Summe | |
| | | | beg. | bb. | beg. | bb. | beg. | bb. | beg. | bb. | beg. | bb. | beg. | bb. | beg. | bb. | beg. | bb. |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | |
| 2104 | | Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können | 11 | 5 | 1 | | | | | | | | | | 11 | 5 | 1 | |
| 2105 | | Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck | 54 | 25 | | | | | | | | | | | 54 | 25 | 0 | |
| 2106 | | Druckschädigung der Nerven | 8 | | | | | | | | | | | | 8 | 0 | 0 | |
| 2107 | | Abrissbrüche der Wirbelfortsätze | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | |
| 2108 | | Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können | 303 | 18 | 7 | | | | | | | | | | 303 | 18 | 7 | |
| 2109 | | Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können | 41 | | | | | | | | | | | | 41 | 0 | 0 | |
| 2110 | | Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können | 15 | | | | | | | | | | | | 15 | 0 | 0 | |
| 2111 | | Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit | 1 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | 0 | |
| 2112 | | Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastungen mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13 000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt 1 Stunde pro Schicht | 66 | 2 | 2 | | | | 1 | | | | | | 67 | 2 | 2 | |
| 2201 | | Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | |
| 2301 | | Lärmschwerhörigkeit | 1 356 | 768 | 22 | | | | | | | | | | 1 356 | 768 | 22 | |
| 2401 | | Grauer Star durch Wärmestrahlung | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | 0 | 0 | |

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2012

| Nr. | BK | Zuständigkeitsbereich | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|-----------------------|-----|-------|---------|-----|-------|-------------------------|-----|-------|-------|-----|-------|-----|----|
| | | Gewerbeaufsicht | | | Bergbau | | | sonst., 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 | | | | |
| 2402 | Erkrankungen durch ionisierende Strahlen | 11 | | | | | | | | | | | 11 | 0 | 0 |
| 3101 | Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrts- pflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektions- gefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war | 84 | 46 | 3 | | | | | | | | | 84 | 46 | 3 |
| 3102 | Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten | 60 | 34 | 4 | | | | | | | | | 60 | 34 | 4 |
| 3103 | Wurmkrankheiten der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale der Strongy- loides stercoralis | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| 3104 | Tropenkrankheiten, Fleckfieber | 9 | 5 | | | | | | | | | | 9 | 5 | 0 |
| 4101 | Quarzstaublungenerkrankung (Silikose) | 46 | 16 | 2 | | | 9 | 4 | 4 | 4 | 55 | 20 | 6 | | |
| 4102 | Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko- Tuberkulose) | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 4103 | Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkran- kungen der Pleura | 200 | 111 | 24 | | | | | | | | | 200 | 111 | 24 |
| 4104 | Lungenkrebs- oder Kehlkopfkrebs - in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) - in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder - bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeits- platz von mindestens 25 Faserjahren (25×10^6 (Fasern/m ³) x Jahre)) | 128 | 25 | 23 | | | 2 | | | | | | 130 | 25 | 23 |
| 4105 | Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Peri- kards | 102 | 71 | 65 | | | | | | | | | 102 | 71 | 65 |
| 4106 | Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Ver- bindungen | 2 | | | | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 4107 | Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbei- tung von Hartmetallen | 11 | 2 | 1 | | | | | | | | | 11 | 2 | 1 |

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2012

| Nr. | BK | Zuständigkeitsbereich | | | | | | | | | | | | |
|------|---|-----------------------|-----|---------|-----|-------------------------|-----|-------|-----|------|-----|-------|----|--|
| | | Gewerbeaufsicht | | Bergbau | | sonst., Fremdrehtenges. | | Summe | | | | | | |
| | | beg. | bb. | beg. | bb. | beg. | bb. | beg. | bb. | beg. | bb. | best. | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 4108 | Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Thomasmehl (Thomasphosphat) | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | |
| 4109 | Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen | 2 | | | | | | | | | 2 | 0 | 0 | |
| 4110 | Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereiohrgase | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | |
| 4111 | Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlebergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren ($\mu\text{g}/\text{m}^3 \times \text{Jahre}$) | 1 | | | | 5 | 1 | 1 | 6 | 1 | | | | |
| 4112 | Lungenkrebs durch Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO_2) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose) | 15 | 1 | 1 | | | | 1 | | | 16 | 1 | | |
| 4113 | Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benzo(a)pyren-Jahren ($\mu\text{g}/\text{m}^3 \times \text{Jahre}$) | 2 | | | | | | | | | 1 | | | |
| 4114 | Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis, die einer Verursachungswahrscheinlichkeit von mindestens 50 % nach der Anlage 2 entspricht | 1 | | | | | | | | | 1 | | | |
| 4115 | Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen (Siderofibrose) | 14 | 2 | 2 | | | | | | | 15 | 1 | | |
| 4201 | Exogen-allergische Alveolitis | 21 | 8 | 4 | | | | | | | 21 | 8 | | |
| 4202 | Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-, Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose) | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 4203 | Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- und Buchenholz | 9 | 5 | 5 | | | | | | | 9 | 5 | | |

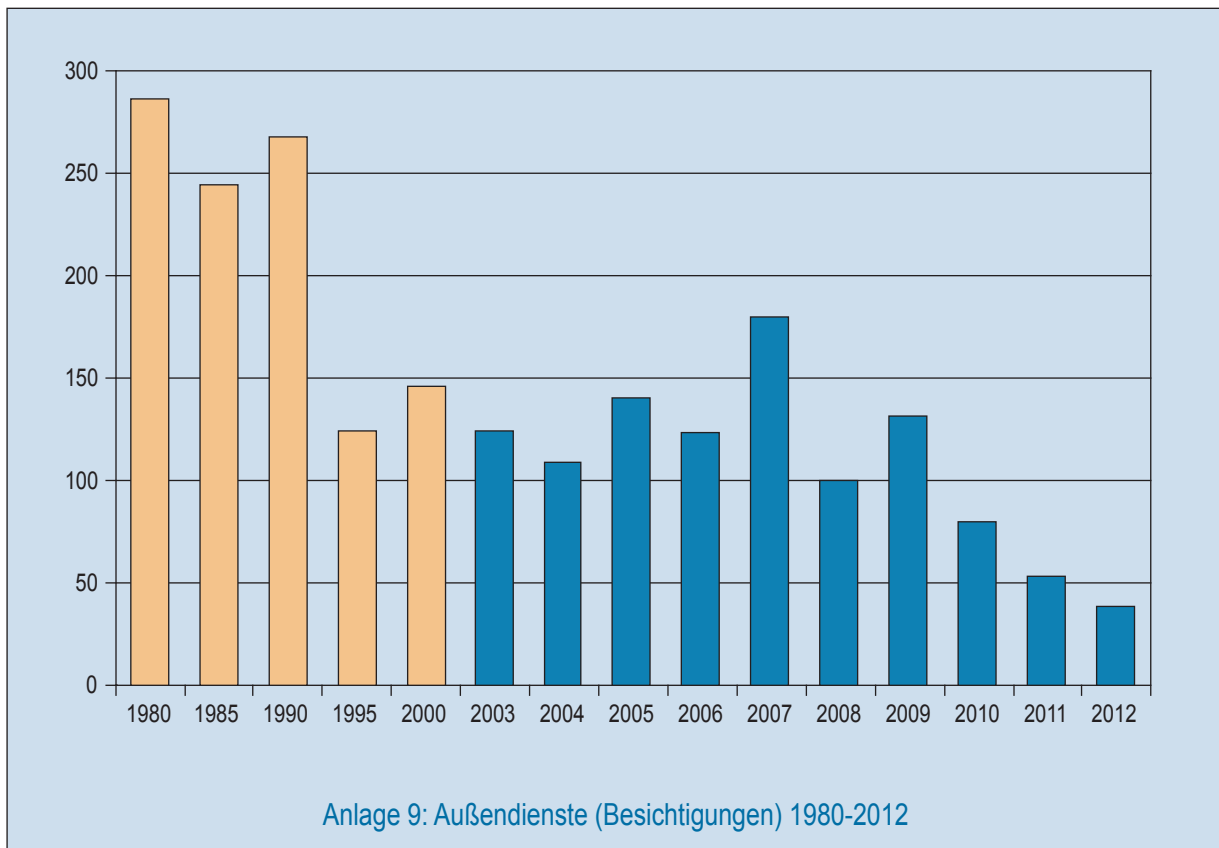
Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2012

| Nr. | BK | Zuständigkeitsbereich | | | | | | | | | | | | | | Summe | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------|-------|---------|---|----------------------|---|-------|---|------|-------|-------|-----|-------|---|-------|---|-----|---|-------|---|---|-----|-----|----|
| | | Gewerbeaufsicht | | Bergbau | | sonst., Fremdrenges. | | Summe | | beg. | | bb. | | best. | | beg. | | bb. | | best. | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 4301 | Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können | 212 | 72 | 4 | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 213 | 72 | 4 |
| 4302 | Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können | 271 | 41 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 271 | 41 | 5 |
| 5101 | Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können | 728 | 509 | 5 | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 729 | 509 | 5 |
| 5102 | Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe | 18 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 18 | 4 | 0 |
| 6101 | Augenzittern der Bergleute | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| Berufskrankheiten nach § 9(1) SGB VII | | 4 236 | 1 811 | 190 | 0 | 0 | 0 | 20 | 5 | 5 | 4 256 | 1 816 | 195 | | | | | | | | | | | | |
| 9999 | Berufskrankheit nach § 9(2) SGB VII | 160 | 21 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 160 | 21 | 2 |
| 0 | Kein begründeter Verdacht auf Berufskrankheit | 22 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 22 | 1 | 0 |
| Summe | | 4 418 | 1 833 | 192 | 0 | 0 | 0 | 20 | 5 | 5 | 4 438 | 1 838 | 197 | | | | | | | | | | | | |

beg. = begutachtet = im Berichtsjahr abschließend begutachtete Erstanzeigen

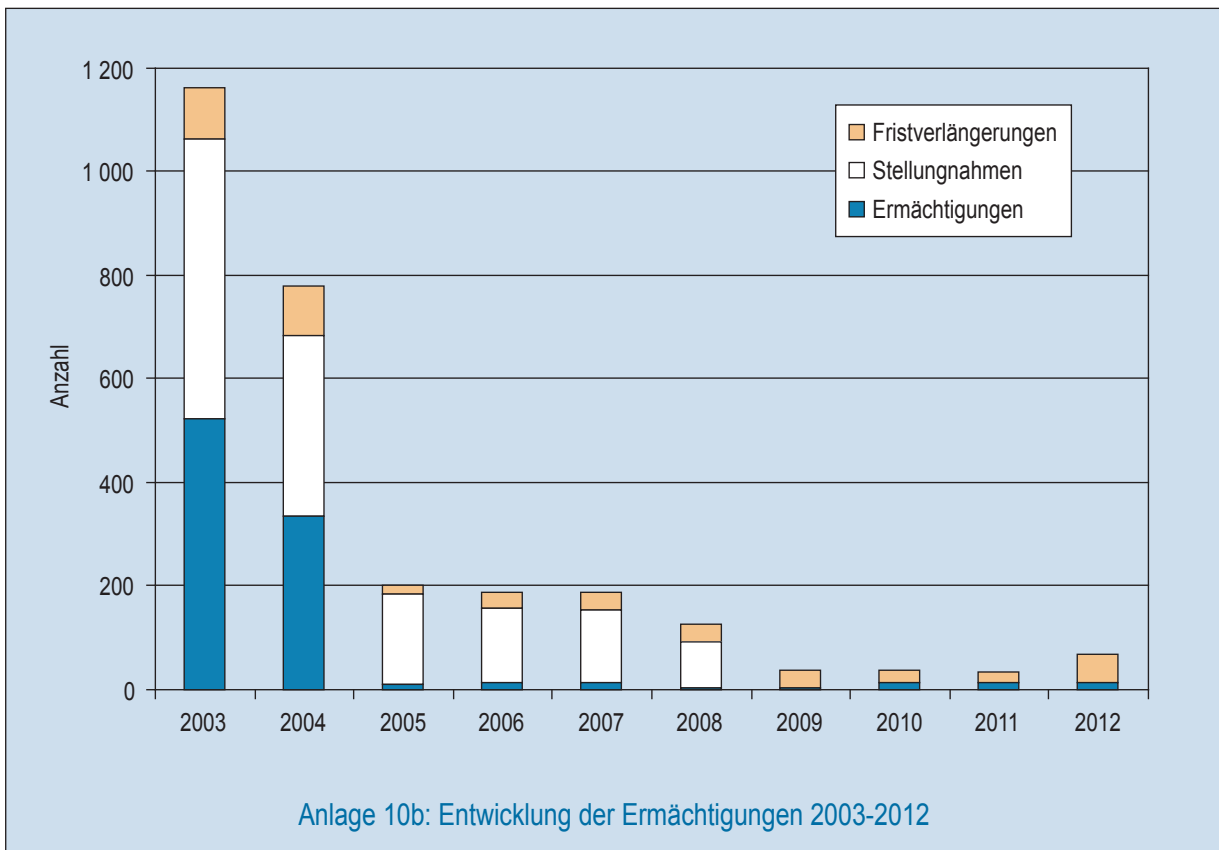
bb. = berufsbedingt = Zusammenhang zwischen Erkrankung und beruflichen Einflüssen festgestellt

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



Anlage 10a: Entwicklung der Ermächtigungen 2003-2012

| Jahr | Ermächtigungen | Stellungnahmen | Fristverlängerungen | Summe |
|------|----------------|----------------|---------------------|-------|
| 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 |



Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen



Schutz durch Rechtsverfahren: die Gesundheit der Bevölkerung

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

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

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

Berufserlaubnis. Aufgrund des Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes entfällt seit 01.04.2012 die Privilegierung aufgrund der Staatsangehörigkeit, so dass auch Nicht-EU-Staatsangehörige bei entsprechender Ausbildung grundsätzlich eine Approbation erhalten können. Soweit die Anerkennung von ausländischen Berufsqualifikationen bereits in den deutschen Berufsgesetzen geregelt ist, gehen diese spezielleren Regelungen den (subsidiären) Regelungen des Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes vor. So enthalten beispielsweise die Approbationsordnung der Ärzte oder das Krankenpflegegesetz bereits spezielle Regelungen zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse. Diese Regelungen sind im Hinblick auf die Anerkennung von Abschlüssen aus dem europäischen Wirtschaftsraum sehr konkret. Ansonsten gilt der allgemeine Grundsatz, dass der Betroffene die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nachweisen oder die Gleichwertigkeit des Kenntnisstandes durch das Absolvieren einer Prüfung belegen muss, die der staatlichen Abschlussprüfung entspricht. So ist vorgesehen, dass die für die Prüfung der Gleichwertigkeit zuständige Stelle bei Versagung einer Anerkennung durch einen 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 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. 6 500 Approbationen und

Berufserlaubnisse sowie Berufs- und Berufsbezeichnungserlaubnisse pro Jahr. Im Jahr 2011 wurden rund 2 600 Approbationen und rund 1 100 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 1 900 Berufsbezeichnungserlaubnisse – die Berufsausübung als solche ist nicht erlaubnispflichtig – verliehen. Den Hauptanteil mit rund 900 Erlaubnissen nimmt der Bereich der Krankenpflege/ Kinderkrankenpflege mit inländischer Ausbildung ein. In der Altenpflege und Heilerziehungspflege wurden insgesamt rund 600 Fachkräfte für die ambulante und stationäre Pflege und Betreuung von alten und pflegebedürftigen Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen staatlich anerkannt. Bei den bundesrechtlich geregelten nicht-akademischen Gesundheitsberufen medizinisch-technischer Assistent, pharmazeutisch-technischer Assistent, Physiotherapeut, Masseur/medizinischer Bademeister, Diätassistent, Ergotherapeut, Logopäde wurden insgesamt rund 650 Berufserlaubnisse, in den landesrechtlich geregelten sozialen Berufen Jugend- und Heimerziehung, Arbeitserziehung, Heilpädagogik und Haus- und Familienpflege rund 230 Berufserlaubnisse erteilt.

Schutz durch Zusammenarbeit – Aufsicht und Beratung (Schulaufsicht)

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

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

Am Beispiel der Altenpflege sollen im folgenden exemplarisch die Aufgaben der Schulaufsicht dargestellt werden: Im Regierungsbezirk Stuttgart bestehen derzeit 19 Berufsfachschulen für Altenpflege und Altenpflegehilfe in freier Trägerschaft, weitere Interessenten möchten in naher Zukunft eine solche Berufsfachschule gründen. Zu einer Schulneugründung muss zunächst eine geeignete Immobilie nachgewiesen werden, geeignetes pädagogisch und fachlich geschultes Personal angestellt und alle sächlichen Mittel vom Lehrbuch bis hin zum Pflegebett, an dem die Schüler die Grundlagen der Pflege vermittelt bekommen, bereitgestellt werden. Die Schulaufsichtsbehörde hat sich von der Geeignetheit der Räume ebenso persönlich zu überzeugen, wie von der Geeignetheit der Schulleitung und Lehrer. In Abstimmung mit der Schulaufsichtsbehörde schließt die Schule Kooperationsverträge mit den Pflegeeinrichtungen ab, in denen dann der praktische Teil der Ausbildung stattfindet. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen erteilt das zuständige Referat den Genehmigungsbescheid zur Eröffnung der Schule. Dieser erlaubt es dann dem Träger, den Ausbildungsbetrieb aufzunehmen. Selbstverständlich hat sich die neue Schule bereits im Vorfeld der Eröffnung bekanntgemacht, so dass es ihr in aller Regel gelingt, nicht zuletzt aufgrund des sich immer stärker abzeichnenden Mangels an Fachkräften in der Altenpflege, die genehmigten Schulplätze auch zu belegen. Vom ersten Tag des Schulbetriebs an ist das zuständige Referat in ständigem, beratendem und begleitendem Kontakt mit den Schulen, Schulleitern und Schülern, um den Ablauf der Ausbildung möglichst reibungslos zu gestalten und die Einhaltung der vorgeschriebenen Ausbildung nach den Vorschriften des Altenpflegegesetzes, der Bundesausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf des Altenpflegers und der Altenpflegerin und ergänzender landesrechtlicher Verordnungen sicher zu stellen. Um die staatlichen Zuschüsse der Privatschulfinanzierung zu erhalten, muss sich die neue Schule drei Jahre lang bewähren, d. h. sie muss sich selbst finanzieren und die Ausbil-

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

Schutz durch Rechtseingriffe – Entzug der Approbation/Berufsurkunde

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

Unwürdigkeit liegt vorn, 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 Zusam-

menhang 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 Therapievorschläge 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“ weiterföhren. Er ist durch die Ruhensanordnung lediglich vorübergehend an der Ausübung seines Berufs gehindert. Deshalb ist das „Ruhens der Approbation“ für die Fälle vorgesehen, in denen gegen den Arzt ein Strafverfahren wegen des Verdachts einer Straftat eingeleitet ist, aus der sich die Unzuverlässigkeit oder Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufs ergeben kann. Darüber hinaus kann das Ruhens der Approbation angeordnet werden, wenn ein Arzt derzeit, aber nicht endgültig, „in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist“, oder wenn er sich weigert, sich der angeordneten amts- oder fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

Durch den Widerruf der Approbation wird der Arzt auf Dauer an der Ausübung des Berufs gehindert. Er ist nicht mehr Mitglied des Berufsstandes der Ärzte und darf folglich die Berufsbezeichnung „Arzt“ nicht mehr föhren, 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. Lebensföhhrung des betroffenen Arztes ein, der dann den Beruf nicht mehr ausüben darf.

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

Artikel 12 des Grundgesetzes gewährt eine umfassende Berufsausübungsfreiheit als Grundrecht. Ru-

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

Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

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

Das Staatsexamen am Ende des Studiums wird entzerrt. Dazu wird der bisherige schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung vor das Praktische Jahr (PJ) verlegt. Damit können sich die angehenden Ärzte während des PJ auf die klinisch-praktische Tätigkeit konzentrieren und ihre ärztlichen Kompetenzen verfestigen, ohne sich gleichzeitig auf die schriftlichen Prüfungen vorbereiten zu müsssen. 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 durchgeföhrt wird. Die Studenten forderten seitdem eine Abschaffung des „Hammerexamens“. Die medizinischen Fakultäten in Deutschland befürworteten ebenfalls eine Änderung. Der Medizinische Fakultätentag hat in einer Resolution Ende Juni 2011 dem Gesetzgeber empfohlen, den Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung als Staatsexamen inhaltlich zu erhalten, jedoch zeitlich in einen schriftlichen und einen mündlich-praktischen Teil zu teilen. Dabei soll der schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung vor das PJ ge-

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

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

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

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

terbildung in der Allgemeinmedizin und eine spätere Niederlassung als Hausärzte gewonnen werden.

Kennzahlen für das Jahr 2012

| | |
|---|-------|
| erteilte Erlaubnisse Altenpfleger | 457 |
| erteilte Erlaubnisse Gesundheits- und Krankenpfleger | 894 |
| erteilte Berufserlaubnisse Jugend- und Heimerzieher | 124 |
| Zulassungsanträge für die medizinischen Prüfungen | 3 378 |
| Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung | 1 360 |
| Approbationen und Berufserlaubnisse an Ärzte mit ausländischer Ausbildung | 1 425 |
| Ertelung Berufserlaubnisse an Physiotherapeuten | 351 |

Die Kennzahlen des Referats 92 haben gegenüber dem Vorjahr nochmals zugenommen und bewegen sich weiterhin auf sehr hohem Niveau. Insgesamt hat das Referat 6 876 Berufserlaubnisse (Vorjahr: 6 546) erteilt. Dies umfasst die Approbationen und Berufserlaubnisse für akademische sowie die Berufsbezeichnungsurkunden für die nicht-akademische Gesundheits- und Pflegeberufe sowie für soziale Berufe. Erstmals steigen im Betrachtungszeitraum seit 2008 die Zahlen der Erlaubnisse bei deutscher Ausbildung in den Pflegeberufen wieder an, während sich die Anerkennung ausländischer Pflegekräfte auf dem Niveau des Vorjahres bewegt. Bei den ausländischen akademischen Ausbildungen (Arzt, Zahnarzt, Apotheker) sind weiterhin Zunahmen zu verzeichnen. Die Zahl der Approbationen und Berufserlaubnisse an Ärzte mit ausländischer Ausbildung hat leicht abgenommen (1 425 gegenüber 1 534 im Vorjahr), übertrifft aber weiterhin die Zahl der Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung (1 360). Deutlich macht sich das Anerkennungsgesetz mit dem Wegfall der Privilegierung für Deutsche und EU-Staatsangehörige bemerkbar. Bei den Ärzten mit ausländischer Ausbildung hat die Zahl der erteilten Approbationen um 38 % zugenommen, die Zahl der erteilten Berufserlaubnisse jedoch um 42 % abgenommen. Die Zulassungsanträge für die medizinischen Prüfungen an den Universitäten sind gegenüber dem Vorjahr weiter rückläufig und haben das niedrigste Niveau seit fünf Jahren erreicht. Eine Zunahme ist bei den „Certificates of Good Standing“ zu verzeichnen (482 gegenüber 381 im Vorjahr). Dies belegt das zunehmende Interesse von Ärzten an einer Berufsausübung im Ausland.

Laufende Projekte 2012



58 Projekte (Vorjahr: 52) ergänzten 2012 die laufenden Arbeiten des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg und hoben einzelne Arbeitsschwerpunkte heraus. Sie waren/sind zeitlich befristet und wurden 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

| Projekttitlel | Zeitraum | Verantwortliche Organisationseinheit |
|--|-------------------|--------------------------------------|
| Empfehlungen möglicher Gesundheitsindikatoren für die Evaluation von ausgewählten Gesundheitszielen der Gesundheitsstrategie | 01/2012 - 12/2013 | Abt. 9 |
| Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe zur Unterstützung der Umsetzung der Gesundheitsstrategie | 01/2010 - 12/2013 | Abt. 9 |
| Vorbereitung der inhaltlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung modular aufgebauter Amtsarztlehrgänge in Baden-Württemberg | 01/2012 - 06/2013 | Abt. 9 |
| ISSGA-Neuentwicklung | 04/2010 - 12/2013 | Ref. 91 |
| Konsequenzen der Neuordnung der Akkreditierungslandschaft in Deutschland für den akkreditierten Laborbereich des LGA | 04/2010 - 12/2014 | Ref. 91 |
| LABDÜS-Schnittstelle | 01/2012 - 12/2013 | Ref. 91 |
| LIMS-Testumgebung | 01/2011 - 12/2013 | Ref. 91 |
| Organisatorisch-administrativer Teil (einschließlich Gebührekalkulation/-abwicklung) der Erstellung modellhafter Fortbildungsmodule für ÖGD-Bedienstete am Beispiel und im Zusammenhang mit der Krankenhaushygieneverordnung | 12/2011 - 12/2013 | Ref. 91 |
| Weiterentwicklung LIMS Laborbereich (Folgeprojekt) | 01/2004 - 12/2012 | Ref. 91 |
| Online-Prüfungsanmeldung | 10/2010 - 06/2012 | Ref. 92 |
| Automatisiertes mikrobiologisches Trinkwasser-Monitoring-System (DMP) | 01/2010 - 07/2013 | Ref. 93 |
| Chronisches Q-Fieber beim Menschen (DMP) | 01/2011 - 09/2013 | Ref. 93 |
| Coxiellen: B Pathogen Panel (DMP) | 11/2010 - 10/2012 | Ref. 93 |
| Curriculare Fortbildung für den ÖGD in Krankenhaushygiene | 01/2012 - 12/2013 | Ref. 93 |
| Flächendeckende Umsetzung des MRE-Netzwerks Baden-Württemberg (DMP) | 01/2012 - 12/2014 | Ref. 93 |
| Ökologie von Zecken als Überträger von Krankheitserregern | 03/2012 - 03/2014 | Ref. 93 |
| Q-Fieber-Konsiliarlabor: Fachaufgaben (DMP) | 01/2010 - 12/2013 | Ref. 93 |
| Q-Fieber-Konsiliarlabor: Netzwerkprojekt des RKI-Netzwerkes Zoonosen (DMP) | 01/2011 - 12/2013 | Ref. 93 |
| Be smart – Don't start (11.+ 12. Folgeprojekt) im Rahmen der Tabakprävention | 01/2001 - 08/2015 | Ref. 94 |

| Projekttitle | Zeitraum | Verantwortliche Organisationseinheit |
|---|-------------------|--------------------------------------|
| Erstellung mehrsprachiger Elternbroschüren Alkohol (DMP) | 12/2011 - 12/2013 | Ref. 94 |
| Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg. Netzwerke für generationenfreundliche Kommunen (Folgeprojekt; DMP) | 08/2010 - 07/2013 | Ref. 94 |
| Hilfen für süchtige und suchtgefährdete Menschen – Hepa & Co | 12/2012 - 12/2015 | Ref. 94 |
| Kampagne „Spielverderber“ (Folgeprojekt; DMP) | 01/2008 - 12/2014 | Ref. 94 |
| Pilotgesundheitsdialoge auf Ebene von Kreisen und Städten bzw. Gemeinden im Rahmen des zu etablierenden Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg (DPM) | 12/2012 - 10/2013 | Ref. 94 |
| Regionaler Knoten Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Folgeprojekt; DMP) | 01/2004 - 07/2013 | Ref. 94 |
| Umsetzung des Integrationsplans Baden-Württemberg, Themenschwerpunkt Gesundheit: Broschüre Demenz (DMP) | 12/2010 - 12/2012 | Ref. 94 |
| Umsetzung des Integrationsplans Baden-Württemberg, Themenschwerpunkt Gesundheit: Leitfaden Gesundheit | 01/2008 - 12/2013 | Ref. 94 |
| Zentrum für Bewegungsförderung Baden-Württemberg (Folgeprojekt; DMP) | 05/2011 - 12/2013 | Ref. 94 |
| Dokumentation und Auswertung der verbindlichen Sprachstandsdiagnostik (DMP) | 09/2008 - 12/2013 | Ref. 95 |
| EDV-unterstützte Dokumentation, Auswertung und Archivierung von Einschulungsuntersuchungen (DMP) | 12/2010 - 12/2013 | Ref. 95 |
| Epidemiologie der Haemophilus influenzae-Erkrankungen in Baden-Württemberg | 01/2009 - 12/2014 | Ref. 95 |
| EPIET 2012/2013 (Rahmenpartnerschaft ECDC) | 09/2012 - 12/2014 | Ref. 95 |
| Impfschutz und Maßnahmen zum WHO-Ziel 2015: Eliminierung von Masern und Röteln | 01/2009 - 12/2015 | Ref. 95 |
| Implementierung des Gesundheitsatlas Baden-Württemberg auf der ÖGD-Homepage (Folgeprojekt) | 10/2009 - 12/2013 | Ref. 95 |
| Infektionsbericht Baden-Württemberg 2011 (Folgeprojekt) | 01/2009 - 08/2012 | Ref. 95 |
| Intensivierte Surveillance der Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME) in Baden-Württemberg | 01/2012 - 12/2012 | Ref. 95 |
| Konzeption und Durchführung einer Fortbildungsreihe zu Methoden der Gesundheitsberichterstattung | 01/2012 - 12/2012 | Ref. 95 |
| Masernsurveillance in Baden-Württemberg 2001-2012 (DMP) | 01/2012 - 08/2012 | Ref. 95 |
| Monitoring sylvatischer Zoonosen (DMP) | 01/2011 - 06/2014 | Ref. 95 |
| Prospektive Erhebung der Syphilis-, HIV-, HCV- und HBV-Prävalenz bei MSM in Baden-Württemberg | 01/2012 - 04/2013 | Ref. 95 |
| Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für die Schuleingangsuntersuchung | 08/2011 - 12/2013 | Ref. 95 |
| Tuberkulose-Bericht 2004-2011 | 01/2012 - 12/2012 | Ref. 95 |
| Umstellung auf neue Meldesoftware SurvNet 3 | 11/2010 - 12/2012 | Ref. 95 |
| Weiterentwicklung und Begleitung der Einschulungsuntersuchung | 02/2005 - 06/2012 | Ref. 95 |
| Aurale Lärmwirkungen bei Kindern | 07/2006 - 12/2012 | Ref. 96 |
| Bestimmung von Hintergrundkonzentrationen von Schimmelpilzen in Dämmstoffen und anderen Materialien im Innenraum in Hinblick auf Sanierungsempfehlungen (DMP) | 01/2011 - 07/2012 | Ref. 96 |
| Betriebliches Gesundheitsmanagement in Zahnarztpraxen am Beispiel von Hautkrankheiten | 12/2009 - 06/2012 | Ref. 96 |

| Projekttitle | Zeitraum | Verantwortliche Organisationseinheit |
|--|-------------------|--------------------------------------|
| Checkliste BioStoffV "Krankenhaus" | 09/2009 - 03/2012 | Ref. 96 |
| Erkennen und Bewerten von gesundheitsrelevanten Hygienefaktoren in Innenräumen | 01/2012 - 06/2013 | Ref. 96 |
| Erstellung einer Homepage für Angebote zum betrieblichen Gesundheitsmanagement | 06/2010 - 06/2013 | Ref. 96 |
| Evaluation der Angebote zum betrieblichen Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung im Rahmen der Gesundheitsstrategie (DMP) | 01/2011 - 03/2013 | Ref. 96 |
| FUNGISCOPE – Identifizierung von Schimmelpilzen als seltene Infektionserreger (DMP) | 10/2010 - 12/2013 | Ref. 96 |
| Gutachten: Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit in Baden-Württemberg | 07/2012 - 04/2013 | Ref. 96 |
| Leitfaden "Arbeitsschutz in Einrichtungen der vorschulischen Erziehung" | 09/2008 - 12/2012 | Ref. 96 |
| Leitfaden für den Umgang mit Nadelstichverletzungen und den Einsatz von sicheren Instrumenten (Nadelschutztechniken, NST) im Krankenhaus – 2. ergänzte Auflage (DMP) | 01/2012 - 03/2012 | Ref. 96 |
| Leitfaden: Mutterschutz im Krankenhaus (3. Auflage) | 09/2009 - 06/2012 | Ref. 96 |
| Organisatorische Unterstützungsleistungen im Rahmen der Geschäftsstelle des WHO-CC (DMP) | 04/2007 - 09/2014 | Ref. 96 |
| Raumklima und Befindlichkeit/Wohnzufriedenheit der Bewohner in energetisch teilsanierten Wohnungen (KLIMOPASS; DMP) | 01/2011 - 06/2013 | Ref. 96 |

Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot 2012



Das Angebot richtet sich zum einen an die Mitarbeiter der Gesundheitsämter, die in der Frühförderung und in den Arbeitsbereichen des Landesarztes für behinderte Menschen sowie im medizinischen Arbeitsschutz Tätigen, zum anderen an verschiedene Berufsgruppen im Umgang mit Hygiene in medizinischen Einrichtungen.

Eine aktuelle Übersicht der Veranstaltungen enthält der Fortbildungskalender auf der Homepage des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg (www.gesundheitsamt-bw.de). Dort können Anmeldungen auch online erfolgen.

Veranstaltungen Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) – Landesarzt für behinderte Menschen – Arbeitsmedizin

Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

| Thema | Termin | Verantwortliche Organisationseinheit |
|--|--|--------------------------------------|
| Krankenhaushygiene für den ÖGD (Curriculare Fortbildung) | 01.-02.02./29.02.-01.03./06.-07.03./ 13.-14.03./23.-24.05./11.-12.07./18.09./ 24.-25.10./21.-22.11./27.-28.11.2012 | Ref. 93 |
| Laborworkshop „Molekularbiologische Diagnostik am Beispiel von Influenza“ | 14.02.2012 | Ref. 93 |
| Laborworkshops „Methoden und Befundbewertung im Wasserlabor“ | 05.03./24.09.2012 | Ref. 93 |
| Laborworkshops „Diagnostik der Tuberkulose“ | 17.04./20.04.2012 | Ref. 93 |
| Laborworkshop „Mikrobiologische Grundlagen zur Diagnostik von Gastroenteritiden“ | 08.05.2012 | Ref. 93 |
| Symposium „Interdisziplinäre Strategien zur Prävention Multiresistenter Erreger“ | 08.10.2012 | Ref. 93 |
| Seminar „Trinkwasserhygiene für Hygienefachkräfte“ | 29.11.2012 | Ref. 93 |

Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

| Thema | Termin | Verantwortliche Organisationseinheit |
|---|----------------|--------------------------------------|
| Qualifizierung "Kordinator/in kommunale Gesundheitsförderung" | 05.-06.12.2012 | Ref. 94 |

Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

| Thema | Termin | Verantwortliche Organisationseinheit |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| GBE-Reihe | 23.01./19.03./ 21.05./23.07.2012 | Ref. 95 |
| Workshop „Infektionsepidemiologie und Meldewesen“ | 07.-08.02.2012 | Ref. 95 |
| Gestaltung guter Grafiken zu Gesundheitsdaten | 26.03.2012 | Ref. 95 |
| Refresher 1: Biologische und toxikologische Gefahrenlagen | 27.-28.03.2012 | Ref. 95 |
| Management von lebensmittelbedingten Erkrankungen | 17.04.2012 | Ref. 95 |
| Software-Forum ESU | 02.05.2012 | Ref. 95 |
| Qualitätsmanagement in Ausbruchssituationen und im IfSG-Meldewesen | 15.05./26.11.2012 | Ref. 95 |
| Refresher 2: PSA Persönliche Schutzausrüstung – Theorie und Praxis | 11.09.2012 | Ref. 95 |
| Abschluss Einschulungsuntersuchung 2013/Auftakt Einschulungsuntersuchung 2014 | 12./13.09.2012 | Ref. 95 |
| Dienstbesprechung zur Einschulungsuntersuchung | 04./13.12.2012 | Ref. 95 |
| Statistik für Fortgeschrittene: Regressionsmodelle | 13.12.2012 | Ref. 95 |

Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz

| Thema | Termin | Verantwortliche Organisationseinheit |
|---|----------------|--------------------------------------|
| Treffen der Referenzlabore | 23.02.2012 | Ref. 96 |
| Fortbildung zum 20./21. Ringversuch | 24.02.2012 | Ref. 96 |
| Arbeitsmedizinische Kolloquien | | |
| • Nr. 88: Demographischer Wandel in der Arbeitswelt | 09.03.2012 | Ref. 96 |
| • Nr. 89: Chronische Krankheiten in der Arbeitswelt | 12.10.2012 | |
| WHO-Symposium Wohnen und Gesundheit | 30.03.2012 | Ref. 96 |
| Fortgeschrittenen-Kurs "Nachweis und Identifizierung von Schimmelpilzen in Innenräumen und Lebensmitteln" | 24./25.4.2012 | Ref. 96 |
| Das Noxen-Informationssystem für den ÖGD | 25.04.2012 | Ref. 96 |
| Anfänger-Kurs "Nachweis und Identifizierung von Schimmelpilzen in Innenräumen und der Umwelt" | 26.-28.4.2012 | Ref. 96 |
| 3. Arbeitsmedizinisch-umwelttoxikologisches Kolloquium: Stoffliche Grenz- und Richtwerte | 04.05.2012 | Ref. 96 |
| Laborkurs „Schimmelpilze in Innenräumen“ | 22.05.2012 | Ref. 96 |
| 30. Arbeitsmedizinischer Qualitätszirkel: Medikamenteneinnahme und moderne Schmerztherapie | 13.06.2013 | Ref. 96 |
| VDB-Tagung incl. Ringversuch zu luftgetragenen Schimmelpilzen | 18.-20.06.2012 | Ref. 96 |
| Umwelttoxikologische Kolloquien | | |
| • Nr. 18: Bundesimmissionschutzgesetz | 18.10.2012 | Ref. 96 |
| • Nr. 19: AQS – Analytische Qualitätssicherung | 14.11.2012 | Ref. 96 |

Sonstiges

| Thema | Termin | Verantwortliche Organisationseinheit |
|--|------------|--------------------------------------|
| Amtsärztliche Fortbildung: Begutachtungen bei Dienstunfähigkeit wegen Sehstörungen und Burnout | 10.07.2012 | Abt. 9 |

LGA-interne Fortbildungen

| Thema | Termin | Verantwortliche Organisationseinheit |
|---|------------|---|
| 8. LGA-Kolloquium „Der staatlich anerkannte Alltagsbetreuer“ | 01.02.2012 | Ref. 92 |
| 9. LGA-Kolloquium „Diabetes und mehr“ | 21.03.2012 | Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe Gesundheitsstrategie der Abt. 9 |
| 10. LGA-Kolloquium • „Aufgaben des S3-Labors und der Molekularbiologie“ • „Einführung in die Schädlingskunde“ | 16.05.2012 | Ref. 93 |
| 11. LGA-Kolloquium „Landesinitiative ‚Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg‘“ | 25.07.2012 | Ref. 94 |
| 12. LGA-Kolloquium • „Von Mäusen und Menschen – Rückblick auf die Hantavirus-Saison 2012 und was wir dabei gelernt haben“ • „Fast wie Grippe oder doch nicht? Ein Krankenhausausbruch durch respiratorische Synzytal-Viren“ • Was man im Herbst & Winter 2012/13 trägt, wenn es sein muss: Die neue Kollektion von Bio-Schutzkleidung“ | 10.10.2012 | Ref. 95 |
| 13. LGA-Kolloquium • „Mutterschutz – eine Herausforderung!“ • „Literaturverwaltung und Wissensmanagement mit Citavi“ | 21.11.2012 | Ref. 96 |

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

| Thema | Termin | Verantwortliche Organisationseinheit |
|-----------|---|--------------------------------------|
| Grundkurs | 06.-10.02./11.-15.06./ 24.-28.09./19.-23.11.2012 | Ref. 91 |

Berufsgruppe Desinfektoren

| Thema | Termin | Verantwortliche Organisationseinheit |
|------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Grundkurs | 05.-23.03./08.-26.10.2012 | Ref. 91 |
| Fortbildungskurs | 23.-24.04./22.-23.10.2012 | Ref. 91 |

Berufsgruppe Hygienefachkräfte

| Thema | Termin | Verantwortliche Organisationseinheit |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| Lehrgang A | | |
| Grundlagen der Krankenhaushygiene | 09.01.-17.02.2012 | Ref. 91 |
| Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation, Themenbereich 5 | 20.-24.02./ 26.-30.03.2012 | Ref. 91 |
| Sozialwissenschaftliche Grundlagen | 27.02.-09.03./16.-27.04.2012 | Ref. 91 |
| Grundlagen der Mikrobiologie | | |
| • Teil 1 | 12.-23.03.2012 | Ref. 91 |
| • Teil 2 | 11.-22.06.2012 | Ref. 91 |
| Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation | 07.-11.05.2012 | Ref. 91 |
| Grundlagen der technischen Krankenhaushygiene und des Krankenhausbaus | | |
| • Teil 1 | 08.-19.10.2012 | Ref. 91 |
| • Teil 2 | 05.-16.11.2012 | Ref. 91 |
| Lehrgang B | | |
| Grundlagen der technischen Krankenhaushygiene und des Krankenhausbaus | | |
| • Teil 1 | 16.-27.01.2012 | Ref. 91 |
| • Teil 2 | 16.-27.04.2012 | Ref. 91 |
| Sozialwissenschaftliche Grundlagen | 06.-17.02.2012 | Ref. 91 |
| Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation | 16.-22.06.2012 | Ref. 91 |
| Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation, Themenbereich 5 | 25.-29.06.2012 | Ref. 91 |
| Grundlagen der Krankenhaushygiene | 10.-19.10.2012 | Ref. 91 |
| Grundlagen der Mikrobiologie | | |
| • Teil 1 | 05.-16.11.2012 | Ref. 91 |
| • Teil 2 | 26.11.-07.12.2012 | Ref. 91 |

Hygiene in Arzt- und Zahnarztpraxen

| Thema | Termin | Verantwortliche Organisationseinheit |
|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Hygiene in Zahnarztpraxen | | |
| • Teil 1 | 10.-12.01./20.-22.03./25.-27.09.2012 | Ref. 91 |
| • Teil 2 | 14.-16.02./17.-19.04./16.-18.10.2012 | Ref. 91 |
| Hygiene in Arztpraxen | | |
| • Teil 1 | 24.-26.01./09.-11.10.2012 | Ref. 91 |
| • Teil 2 | 06.-08.03./13.-15.11.2012 | Ref. 91 |

Hygiene in Pflegeeinrichtungen

| Thema | Termin | Verantwortliche Organisationseinheit |
|--------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Grundkurs | 16.-20.01.2012 | Ref. 91 |
| Aufbaukurs 1 | 27.02.-02.03.2012 | Ref. 91 |
| Aufbaukurs 2 | 16.-20.04.2012 | Ref. 91 |
| Aufbaukurs 4 | 07.-11.05./22.-26.10.2012 | Ref. 91 |
| Aufbaukurs 3 | 11.-15.06./25.-29.06.2012 | Ref. 91 |
| Aufbaukurs 5 | 05.-09.11.2012 | Ref. 91 |

Gremienarbeit



Abteilungsleitung 9

- Deutsche Fachgesellschaft Reisemedizin (Vorsitz)
- Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften und Public Health (Vorstand)
- „Flug-, Tropen-, Reisemedizin“, Thieme-Verlag Stuttgart (Mitherausgeber)
- Landesärztekammer Baden-Württemberg: Prüfungsausschuss für Sozialmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg: Gesundheitsforum
 - AG Gesundheit als Standortfaktor
 - Projektgruppe Gesund und aktiv älter werden
 - Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen
- Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V. (SAMA; Vorstand)
- Zeitschrift Prävention und Gesundheitsförderung, Springer-Verlag: Praxisbeirat

Referat 91: Recht und Verwaltung

- Arbeitskreis der QM-Beauftragten in amtlichen Untersuchungseinrichtungen
- Informatikzentrum Landesverwaltung Baden-Württemberg (IZLBW): Arbeitskreis Microsoft-Support und der LVN-Benutzerkoordinatoren
- Innenministerium: AG CMS-Portalmandanten
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg: AG Gesundheitsportal des Gesundheitsforums

Referat 92: Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen

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

Referat 93: Hygiene, Infektionsschutz

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

- Wasserhygiene-Arbeitskreis der Landesuntersuchungsämter (ALUA)
- Zeitschrift Hygiene und Medizin, Wissenschaftlicher Beirat

Referat 94: Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

- AG Ambulante Pflege
- Arbeitsgruppe Aids/STI-Prävention
- Arbeitsgruppe Suchtprävention
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit
- Bundesweiter Arbeitskreis der Überregionalen Arbeitsstellen Frühförderung in den Ländern
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
 - Bund-Länder-Gremium zur Koordinierung von Maßnahmen der Aids-Aufklärung
 - Kooperationstreffen Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
 - Länder-Kooperationskreis Suchtprävention
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Vernetzungsstelle Schulverpflegung, Projektgremium Neue Festkultur
- Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG), Sektion Sexuelle Gesundheit
- Interministerielle Kommission Frühförderung (IKF)
- Kooperationstreffen der Landesvereinigungen für Gesundheit
- Länderkoordinationsgremium Glücksspielsucht
- Landesarbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten
- Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen Baden-Württemberg
- Landesbehindertenbeirat Baden-Württemberg
- Landeshörgeschädigtenkommission Baden-Württemberg
- Landeskommision für sehbehinderte und blinde Menschen Baden-Württemberg
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg:
 - AG-Heimaufsicht
 - Gesundheitsforum
 - * AG Gesundheit als Standortfaktor
 - * Projektgruppe Aktiv für ein gesundes Altern in Baden-Württemberg
 - * Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen

- * Projektgruppe Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen der Gesundheitsstrategie
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg
 - Beraterkreis Sonderpädagogische Förderung in allgemeinbildenden Schulen
 - Fachbeirat zu frühkindlicher Bildung, Erziehung und Betreuung
- ÖGD Baden-Württemberg
 - Netzwerktreffen g'sund & g'scheit
 - Regionale Fachkonferenzen der Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit § 19 IfSG
 - Regionale Fachkonferenzen für Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg

Referat 95: Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

- Ärztesverband Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg e.V.: Fachbereich Prävention Gesundheitsberichterstattung
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS): Präsidiumskommission zur Nachwuchsförderung
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention: Fachbereich öffentliche Gesundheit
- Deutsche Gesellschaft für Virologie
- Deutsches Grünes Kreuz e. V.: Arbeitsgemeinschaft Meningokokken
- Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM): Kommission Lebensmittel-Mikrobiologie und Lebensmittel-Hygiene, Arbeitsgruppe Richt- und Warnwerte
- European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), Training Site-Forum
- European Public Health Association: Section on Infectious Disease Control
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg:
 - Begleitgruppe zur Einführung der neuen Einschulungsuntersuchung
 - Gesundheitsforum
 - * AG Gesundheit als Standortfaktor
 - * Projektgruppe Aufbau einer auf die Gesundheitsstrategie ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung
 - * Projektgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement
 - * Projektgruppe Gesundheitsziele Baden-Württemberg

- Oberrheinkonferenz: Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik
 - Expertenausschuss EPI-Rhin
 - Expertenausschuss Gesundheitsbeobachtung
 - ÖGD Baden-Württemberg
 - Arbeitskreis Qualitätsmanagement in der Tuberkulosefürsorge
 - Fachbeirat Einschulungsuntersuchung
 - Qualitätszirkel Tuberkulose
 - Robert Koch-Institut (RKI)
 - Bund-Länder-Arbeitsgruppe Surveillance
 - Herausgeberbeirat Bundesgesundheitsblatt
 - Kommission Infektionsepidemiologie
 - Kommission Qualitätssicherung und Methoden der Umweltmedizin
 - Telematikplattform Medizinische Forschungsnetze: Arbeitsgruppe Zoonosen und Infektionsforschung
 - Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (WHO EURO): Regionales Verifizierungskomitee für die Eliminierung von Masern und Röteln
- Referat 96: Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Staatlicher Gewerbearzt**
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: Redaktionsgruppe Betriebliche Pandemieplanung
 - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA):
 - Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed)
 - * Projektgruppe 1 Konkretisierung der ArbMedVV
 - * UA 1: Expositionsbezogene arbeitsmedizinische Präventionsmaßnahmen
 - Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe (ABAS), UA 3: Arbeitskreis Arbeitsmedizinische Vorsorge
 - Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS), UA 4: Arbeitskreis TRGS: Umgang mit Gefahrstoffen in Einrichtungen zur humanmedizinischen Versorgung
 - Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN): KoSMaS 130-01 Arbeitskreis Betriebliches Gesundheitsmanagement: Entwicklung DIN SPEC (PAS) 91020 „BGM“
 - European Environmental Monitoring Society: Arbeitsgruppe wissenschaftliche Internet-Fachschaff
 - Gesellschaft für Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung mbH (GQB): Widerspruchsausschuss
 - Gesellschaft für Toxikologie in der Deutschen Gesellschaft für Pharmakologie und Toxikologie: Arbeitskreis Regulatorische Toxikologie
 - Länderarbeitskreis Rahmenhygienepläne
 - Länderausschuss für Arbeitssicherheit (LASI): Arbeitskreis Handlungshilfe Mutterschutz
 - Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz (LUBW):
 - Arbeitskreis Deponiegas Baden-Württemberg
 - Arbeitskreis Vorhaben mit Modellcharakter in der Altlastenbearbeitung
 - Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
 - Arbeitskreis Chemische Innenraumluft
 - Arbeitskreis Netzwerk Schimmelpilzberatung in Baden-Württemberg
 - Leitstelle für den Qualitätszirkel Analytische Qualitätssicherung im Bereich der Innenraumluftmessung biologischer Schadstoffe in Baden-Württemberg
 - Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen:
 - Arbeitskreis Probabilistische Expositionsabschätzung
 - Arbeitskreis Qualitätssicherung im Noxen-Informationssystem der Bundesländer
 - Beirat des Noxen-Informationssystem (NIS) der Bundesländer
 - Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg:
 - Arbeitskreis Arbeitsmedizin im Rahmen der Deutsch-Französischen Zusammenarbeit im Arbeitsschutz
 - Arbeitskreis Arbeitspsychologie
 - Landesausschuss für Jugendarbeitsschutz
 - Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V. (SAMA): Planungsgruppe Arbeitsmedizin
 - Umweltbundesamt (UBA):
 - Ausschuss Gesundheitliche Bewertung von Baustoffen (AgBB)
 - Kommission Innenraumluftthygiene
 - Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte, Beratergruppe Qualitätssicherung
 - Verein Deutscher Ingenieure (VDI/DIN):
 - Arbeitskreis Bioaerosole und biologische Agenzien
 - * Luftgetragene Mikroorganismen und Viren
 - * MVOC, Endoxine, Mykotoxine, Glukane
 - Arbeitskreis Erfassen von Schimmelpilzen im Innenraum
 - Arbeitskreis Messplanung
 - Weltgesundheitsorganisation (WHO): WHO-working group on noise

Forschung und Lehre¹



Vorträge

Aichinger E. Masernsituation weltweit. 2. Reisemedizinischer Tag, CMT Messe, Stuttgart, 21.01.2012.

Aichinger E. Nosokomialer Ausbruch von RSV-Infektionen, Heidelberg 2011-2012. Jour Fixe-Besprechung im Rahmen des PAE-Programms des Robert Koch-Instituts (RKI), Berlin, 19.04.2012.

Aichinger E. Zusammenfassung des Masernausbruchs in Baden-Württemberg, 2011 – Und nun? Jour Fixe-Besprechung im Rahmen des PAE-Programms des RKI, Berlin, 19.07.2012.

Berg B. Entwicklung des Pflegebedarfs in der Eingliederungshilfe. Fachtagung der Heimaufsichtsbehörden SK/LK Karlsruhe, Karlsruhe, 25.01.2012.

Berg B. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Expertenworkshop Kinderrehabilitation der Deutschen Rentenversicherung, Stuttgart, 09.07.2012.

Fischer G. Bedeutung von Schimmelpilzen, Mykotoxinen und Schimmelpilz-Allergenen in Innenräumen. Cottbuser Forum Umwelt und Gesundheit, 22. 02.2012.

Fischer G. Gesundheitliche Bewertung von Schimmelpilzen – Möglichkeiten und Grenzen. Landesarchiv Baden-Württemberg, Ludwigsburg, 06.-07.10.2012.

Fischer G. Möglichkeiten und Grenzen der Allergiediagnostik bei Schimmelpilzen. AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter, Kinderkrankenhaus Ralstedt, Hamburg, 24.10.2012.

Fischer G. Resistenzentwicklung bei Antimykotika. Bundesinstitut für Risikobewertung, 7. Sitzung Biologische Gefahren, Berlin, 15.03.2012.

Fischer G. Schimmel – Problem unter Deutschen Dächern. Behördliche Empfehlungen? 6. Kölner Schimmelpilzkonferenz der TÜV Rheinland Akademie, Köln, 07.12.2012.

Fischer G. Schimmelpilze: Aktueller wissenschaftlicher Stand zur innenraumhygienischen Bedeutung. 11. Umweltmedizinische Jahrestagung IGUMED und EUROPEAN, Hamburg, 19.-21.10.2012.

Fischer G. Schimmelpilze – die großen Unbekannten?! – Aktuelles zu neuen und alten Bekannten. 53. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Nürnberg, 29.03.-01.04.2012.

Fischer G. Schimmelpilz-Kontaminationen in Gebäuden – Gesundheitliche Bewertung und Sanierung. VDI-Wissensforum, Frankfurt, 23.-24.10.2012.

Fischer G. Zellkultur-basierte In-vitro-Tests zur Wirkung von Bioaerosolen – Möglichkeiten und Aussagekraft. 16. Pilztagung – Gemeinsame Fachtagung für Biogene Schadstoffe des VDB/BSS und UBA, Dessau-Roßlau, 18.-20.06.2012.

Fleischer J. Umsetzung der neuen TrinkwV bei der Analytik und Sanierung von Legionellenkontaminationen. AQS Baden-Württemberg, Universität Stuttgart, Büsnau, 15.03.2012.

Fleischer J. Untersuchung von Trinkwasserinstallationen auf Legionella spp. nach TrinkwV – Anforderungen an die Probenahme. Infoveranstaltung „Legionellen in Trinkwasserinstallationen“, 4baselab GmbH, Reutlingen, 10.12.2012.

Fromme H, Lahrz T, Kraft M, Grams H, Link B. Landesuntersuchungsprogramme (LUPE) – Hintergrund und künftige Entwicklungen. 6. Jahrestagung der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP), Freiburg, 22.-23.11.2012.

Jaroni H. Beurteilung des Wirkungspfades Boden – Mensch. Fortbildungsverband Boden und Altlasten Baden-Württemberg, Karlsruhe, 19.06.2012.

Jaroni H. Der Pfad Boden – Mensch. Lehrgang für Probenehmer, Institut für Wasserbau, Stuttgart, 09.03.2012.

Jaroni H. Pfad Boden – Mensch; Risikoabschätzung/Prüfwerte

- Ministerium für Umwelt, Klima und Energiewirtschaft Baden-Württemberg, FDB Boden/Altlasten, Altensteig-Wart, 16.-17.10.2012
- VEGAS – Institut für Wasser- und Umweltmodellierung, Stuttgart, 18.07.2012

¹ ohne Aktivitäten im Rahmen von LGA-eigenen Veranstaltungen

Kluge S, Winterer H, Harder J. Risiko Diptamwurzel-Extrakt in Nahrungsergänzungsmitteln? – Eine Fallserie toxischer Leberschäden, Singen 2011. 8. Sitzung BfR-Kommission „Bewertung von Vergiftungen“, Berlin, 24.04.2012.

Körber J. Der Erfolg der HIV-Pharmakotherapie und seine Konsequenzen für die HIV-/STI-Primärprävention. Amtsärztetagung Kloster Schöntal, 07.03.2012.

Körber J. HCV- und STI-Infektionsprävention bei süchtigen und suchtgefährdeten Menschen. Vorstellung des Hepa-Projektes, AG Aids- und STI-Prävention, Stuttgart, 19.11.2012.

Körber J. Vorstellung des Projektes „Hilfen für Süchtige und suchtgefährdete Menschen – Hepa & Co.“, AG Substitution, Stuttgart, 28.11.2012.

Leykamm B. Gesundheitsförderung – ein möglicher Aktivitätsschwerpunkt für Bürgermentoren. Veranstaltung für Bürgermentoren, Paritätisches Bildungswerk, Stuttgart, 02.03.2012.

Leykamm B. Kommunale Gesundheitskonferenzen – Einblicke in aktuelle Entwicklungen. 3. Statussymposium – die Gesundheitsstrategie im Dialog, Stuttgart, 31.10.2012.

Leykamm B. Kommunale Gesundheitskonferenzen. Selbsthilfetreffen Der Paritätische, Stuttgart, 26.10.2012.

Link B, Fischer G, Otzelberger K, Rebmann A, Bitthofer PM. Gesundheitliche Bewertung von Wohnungen anhand einer Checkliste. 6. Jahrestagung der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP), Freiburg, 22.-23.11.2012.

Oehme R. Dengue, West Nile – neue Entwicklungen. 2. Reisemedizinischer Tag, CMT Messe, Stuttgart, 21.01.2012.

Oehme R. Durch Zecken übertragene Infektionen

- Fortbildungsveranstaltung der Ärzteschaft Biberach, Biberach, 04.07.2012

- Fortbildungsveranstaltung Selbsthilfegruppe Borreliose, Karlsruhe, 05.10.2012

Oehme R. Was übertragen Zecken außer Borrelia burgdorferi und FSME-Viren? 1. Süddeutscher Zeckenkongress, Universität Hohenheim, Hohenheim, 21.-22.03.2012.

Otzelberger K, Horras-Hun G, Tögel P, Jovanovic S. Lärmbedingter Hörverlust bei Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. 6. GHUP-Jahrestagung, Freiburg, 22.-23.11.2012.

Pfaff G. Auswirkungen des Erfassungsalters auf den dokumentierten Durchimpfungsgrad von Schulanfängern. Beobachtungen aus Baden-Württemberg zur Impfstatuserhebung nach § 34 Abs. 11 IfSG. Workshop des RKI zur Verbesserung der Erfassung der Impfquoten im Kindes- und Jugendalter, Berlin, 20.09.2012.

Pfaff G. Prävalenz von Amalgam und quecksilberfreien Füllstoffen bei Kindern und Jugendlichen, Baden-Württemberg 1997-2011. 62. Wissenschaftlicher Kongress des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Erfurt, 10.-12.05.2012.

Pfaff G. Weiterentwicklung des Hitzewarnsystems für Baden-Württemberg. Fachtagung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (SM) für die Heimaufsichtsbehörden, Bad Herrenalb, 04.05.2012.

Pfaff G. Zukünftige Berichtspflichten zum WHO-Ziel 2015 „Eliminierung von Masern und Röteln“. Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Surveillance“, Berlin, 15.-16.11.2012.

Reick D. Interdisziplinäres Management des bundesweit größten Legionellenausbruchs in Ulm/Neu-Ulm aus medizinischer Sicht. 4. Eisenacher Symposium, Eisenach, 30.05.-01.06.2012.

Reick D. Medizinische Hygieneverordnung Baden-Württemberg. Fürther-Erlanger-Nürnberger Hygienetage 2012, Fürth, 23.-24.10.2012.

Reick D. MRE-Netzwerk aus Sicht des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg. Auftraktveranstaltung des Landratsamtes Calw, Calw, 17.10.2012.

Reick D. Nachweis von Viren – ein Indikator für die Praxis. AWBR-/TZW-Kolloquium, Karlsruhe, 16.03.2012

Reick D. Netzwerk zur Prävention der Weiterverbreitung multiresistenter Erreger in Baden-Württemberg. GHUP-Jahrestagung, Freiburg, 22.-23.11.2012.

Sammet T. Kommunale Gesundheitsförderung

- 1. Gesundheitskonferenz, Karlsruhe, 21.03.2012
- Sitzung zur Gesundheitskonferenz Ludwigsburg, Ludwigsburg, 17.07.2012.

Schmolz G. Aufgabenstellung für das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Grundkurs Sozialmedizin, Bad Mergentheim, 26.01.2012.

Schmolz G. Hajj – eine reisemedizinische Herausforderung. Refresherseminar Reise- und Tropenmedizin, Stuttgart, 27.10.2012.

Schmolz G. Mass gatherings – Risikostratifizierung am Beispiel des Hajj. 4. Nationaler Präventionskongress, Dresden, 27.-29.09.2012.

Schmolz G. Reiseapotheke. Jahrestagung Medipus, Köln, 25.02.2012.

Schnell K. Aktuelle Entwicklungen im Netzwerk Neue Festkultur. Frühjahrstagung der Kommunalen Suchtbeauftragten, Waiblingen, 07.05.2012.

Schnell K. Der Erste Glücksspieländerungsstaatsvertrag und das Landglücksspielgesetz Baden-Württemberg. Beratung und Behandlung pathologischer Spieler, Münzesheim, 02.12.2012.

Schnell K. Neueste Entwicklungen zum Thema Glücksspiel – Spiel nicht bis zur (Glücksspiel-)Sucht. Heilbronn, 24.09.2012.

Schnell K. Prevet – ein Informationsportal der Suchtprävention.

- AG Suchtprävention, Stuttgart, 26.10.2012
- Herbsttagung der Kommunalen Suchtbeauftragten, Friedrichshafen, 26.11.2012

Schnell K. Rückblick auf die Tagung „Bodycult – das „neue“ Körperbewusstsein von Jugendlichen“. AG Suchtprävention, Stuttgart, 16.03.2012.

Schnell K. Suchtprävention am LGA. Aus erster Hand – Einführungsseminar für Kommunale Suchtbeauftragte, Bad Herrenalb, 14.12.2012.

Schnell K. Suchtprävention am LGA. LAG Sucht, Stuttgart, 07.11.2012.

Vehreschild MJGT, Vehreschild J, Wahlers K, Hamprecht A, Fischer G, de Hoog S, Cornely OA. Fungiscope – a global database for emerging fungal infections. Jahrestagung der International Society for Human and Animal Mycology (ISHAM) 2012, Berlin, 11.-15.06.2012

Volk-Uhlmann C. Gesundheitliche Chancengleichheit und gesund älter werden. Arbeitstreffen der Altenhilfefachberater, Karlsruhe, 18.10.2012.

Volk-Uhlmann C. Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Treffen der Kursverantwortlichen für Gesundheitsförderung, Stuttgart, 04.12.2012.

Volk-Uhlmann C. Wie geht`s? Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt. 17. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin, 08.-10.03.2012.

Weidenfeller P. Hygienische Anforderungen im Umgang mit MRE-Keimträgerschaft. Fachtagung Caritasverband, Caritas Schulungszentrum Freiburg, 03.05.2012.

Weidenfeller P. Infektionshygiene auf Isolierstationen.

- Hygienetagung Karlsruhe, Städt. Klinikum Karlsruhe, 12.12.2012
- Symposium Hygiene, Klinikum Stuttgart Katharinenhospital Stuttgart, 03.02.2012

Weidenfeller P. Klinikbegehung durch den ÖGD. Hygienetagung Karlsruhe, Städt. Klinikum Karlsruhe, 25.05.2012.

Weidenfeller P. MRE-Netzwerk Baden-Württemberg.

- Auftaktveranstaltung MRE-Netzwerk Balingen, Landratsamt Balingen, 10.10.2012
- Auftaktveranstaltung MRE-Netzwerk Heilbronn, Rathaussaal Heilbronn, 25.01.2012
- Auftaktveranstaltung MRE-Netzwerk Rastatt, Kreistag Rastatt, 31.10.2012

Zöllner I. Ergebnisse der Untersuchung einer vermuteten Krankheitshäufung. Informationsveranstaltung zu „Krebserkrankungen in Helmlingen“, Rheinau-Helmlingen, 18.04.2012.

Zöllner I. Zum Stand der Durchimpfung gegen Poliomyelitis bei Schulanfängern in Baden-Württemberg. Landtag von Baden-Württemberg, Weltpoliotag, Stuttgart, 27.10.2012.

Buchbeiträge

Bittighofer PM, Weidenfeller P. Arbeitsschutz beim Ambulanten Operieren. In: Zinn GC (Hrsg.), Tabori E (Hrsg.), Weidenfeller P (Hrsg.). Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene. 2. Auflage. Pürgen: Verlag für medizinische Praxis, 2012: 273-300.

Weidenfeller P, Groismann D, Tabori E. Hygiene in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. In: Zinn GC (Hrsg.), Tabori E (Hrsg.), Weidenfeller P (Hrsg.). Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene. 2. Auflage. Pürgen: Verlag für medizinische Praxis, 2012: 195-204.

Weidenfeller P, Heudorf U. Behördliche Überwachung der ambulanten OP-Praxis. In: Zinn GC (Hrsg.), Tabori E (Hrsg.), Weidenfeller P (Hrsg.). Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene. 2. Auflage. Pürgen: Verlag für medizinische Praxis, 2012: 329-334.

Weidenfeller P. Hygienische Anforderungen an die Urologie und die HNO-Heilkunde. In: Zinn GC (Hrsg.), Tabori E (Hrsg.), Weidenfeller P (Hrsg.). Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene. 2. Auflage. Pürgen: Verlag für medizinische Praxis, 2012: 191-194.

Weidenfeller P. Hygienische Aspekte der Wundheilung. In: Zinn GC (Hrsg.), Tabori E (Hrsg.), Weidenfeller P (Hrsg.). Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene. 2. Auflage. Pürgen: Verlag für medizinische Praxis, 2012: 77-82.

Weidenfeller P. Reinigung und Desinfektion der Praxis. In: Zinn GC (Hrsg.), Tabori E (Hrsg.), Weidenfeller P (Hrsg.). Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene. 2. Auflage. Pürgen: Verlag für medizinische Praxis, 2012: 67-76.

Weidenfeller P. Wäschemanagement der OP-Praxis. In: Zinn GC (Hrsg.), Tabori E (Hrsg.), Weidenfeller P (Hrsg.). Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene. 2. Auflage. Pürgen: Verlag für medizinische Praxis, 2012: 63-66.

Zinn G, Tabori E, Weidenfeller P. Spezielle Hygienemaßnahmen in der Ophthalmochirurgie. In: Zinn GC (Hrsg.), Tabori E (Hrsg.), Weidenfeller P (Hrsg.). Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene. 2. Auflage. Pürgen: Verlag für medizinische Praxis, 2012: 157-172.

Zinn G, Weidenfeller P, Becker J. Hygienisch-mikrobiologische Kontrollen. In: Zinn GC (Hrsg.), Tabori E

(Hrsg.), Weidenfeller P (Hrsg.). *Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene*. 2. Auflage. Pürgen: Verlag für medizinische Praxis, 2012: 265-272.

Zeitschriftenartikel

Aichinger E, Gillesberg-Lassen S, Matysiak-Klose D, Takla A. Aktuelle Epidemiologie und Erfahrungen aus Ausbruchsuntersuchungen 2010/2011. *Epidemiologisches Bulletin* 2012; 19: 165-172.

Boone I, Wagner-Wiening C, Reil D, Jacob J, Rosenfeld UM, Ulrich RG, Lohr D, Pfaff G. Rise in the number of notified human hantavirus infections since October 2011 in Baden-Württemberg, Germany. *Eurosurveillance* 2012; 17(21): pii=20180.

Claessen H, Genz J, Bertram B, Trautner C, Gianni G, Zöllner I, Icks A. Evidence for a considerable decrease in total and cause-specific incidences of blindness in Germany. *European Journal of Epidemiology* 2012; June 19, Epub ahead of print.

Ettinger J, Hofmann J, Enders M, Tewald F, Oehme R, Rosenfeld UM, Ali HS, Schlegel M, Essbauer S, Osterberg A, Jacob J, Reil D, Klempa B, Ulrich RG, Kruger DH. Multiple synchronous outbreaks of Puumala virus, Germany, 2010. *Emerging Infectious Diseases* 2012; 18(9): 1461-1464.

Fischer G. Mykotoxinbildung von Schimmelpilzen in Baumaterialien und deren gesundheitliche Bedeutung. *Umweltmed Forsch Prax* 2012; 17(3): 135.

Link B, Gabrio T, Zöllner I, Jaroni H, Piechotowski I, Schilling B, Felder-Kennel A, Flicker-Klein A, König M, Maisner V, Schick KH, Fischer G. Decrease of internal exposure to chlororganic compounds and heavy metals in children in Baden-Wuerttemberg between 1996/1997 and 2008/2009. *Int J Hyg Environ Health* 2012; 215(2): 196-201.

Gehring H, Schacht E, Maylaender N, Zeman E, Kaysser P, Oehme R, Pluta S, Splettstoesser WD. Presence of an emerging subclone of *Francisella tularensis holarctica* in *Ixodes ricinus* ticks from southwestern Germany. *Ticks and Tick Borne Diseases* 2012; 6: 1877-1895.

Geis S, Prifert C, Weissbrich B, Lehnert N, Egerer G, Eisenbach C, Buchholz U, Aichinger E et al. Molecular characterization of a Respiratory Syncytial Virus (RSV) outbreak in a hematology unit, Heidelberg, Germany. *Journal of Clinical Microbiology* 2012; Oct 24, Epub ahead of print.

Huy C, Kuhn D, Schneider S, Zöllner I. Seasonal waves of influenza and cause-specific mortality in Germany. *Central European Journal of Medicine* 2012; 7: 450-456.

Link B, Gabrio T, Mann V, Schilling B, Maisner V, König M, Flicker-Klein A, Zöllner I, Fischer G. Poly-

brominated diphenyl ethers (PBDE) in blood of children in Baden-Wuerttemberg between 2002/03 and 2008/09. *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 2012; 215: 224-228.

Sammet T. Die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“. In: *Gesundheit Berlin-Brandenburg* (Hrsg.). Newsletter des Kooperationsverbundes zum kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg 2012.

Sander I, Zahradnik E, van Kampen V, Kespohl H, Stubel H, Fischer G, Brüning T, Bünger J, Raulf-Heimsoth M. Development and application of mold antigen-specific enzyme-linked immunosorbent assay (Elisa) to quantify airborne antigen exposure. *Journal of Toxicology and Environmental Health Part A* 2012; 75: 1185-1193.

Schmolz G. Gründung reisemedizinischer Qualitätszirkel in Gesundheitsämtern. *Epidemiologischer Wochenbericht* 28/2012, LaGeSo Berlin.

Skuballa J, Petney T, Pfäffle M, Oehme R, Hartelt K, Fingerle V, Kimmig P. Occurrence of different *Borrelia burgdorferi sensu lato* genospecies including *B. afzelii*, *B. bavariensis*, and *B. spielmanii* in hedgehogs (*Erinaceus* spp.) in Europe. *Ticks and Tick Borne Diseases* 2012; 3(1): 8-13.

Wyer MD, Wyn-Jones AP, Kay D, Au-Yeung HK, Gironés R, López-Pila J, de Roda Husman AM, Rutjes S, Schneider O. Relationships between human adenoviruses and faecal indicator organisms in European recreational waters. *Water Research* 2012; 46: 4130-4141.

Zöllner I, Gabrio T, Weidner U, Horras-Hun G, Knebel H, Gottfried A, Hack U, Miljanic T, Link B, Fischer G. Sensibilisierung gegenüber Schimmelpilzen bei Erwachsenen in Baden-Württemberg 2010/11. *Umweltmedizin in Forschung und Praxis* 2012; 17: 173-181.

Rezensionen

Schmolz G: Jelinek T (Hrsg.). *Kursbuch Reisemedizin – Beratung, Prophylaxe, Reise mit Erkrankungen*. Thieme 2012, für Flug-, Tropen-, Reisemedizin 5/2012.

Schmolz G: Petersen E et al. *Infectious Diseases – A Geographic Guide*, Wiley Blackwell 2011, für Flug-, Tropen-, Reisemedizin 2/2012.

Poster

Aichinger E, Fischer M, Müller HJ, Zimmermann S, Heeg K, Klittich G, Raithel K, Wagner-Wiening C, Pfaff G. Ausscheidungsdauer von EHEC O104:H4 bei Teilnehmern eines Theaterdiners, Baden-Württemberg, 2011. 62. Wissenschaftlicher Kongress

des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Erfurt, 10.-12.05.2012,

Aichinger E, Zimmermann E, Prager R, Mauder N, Klittich G, Pfaff G. An outbreak of listeriosis traced to an industrial fish slicer, Germany, 2010-2011. Sixth European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology, Edinburgh, Schottland, 24.-26.10.2012.

Huesmann B. Zentrum für Bewegungsförderung Baden-Württemberg. 3. Statussymposium zur Umsetzung der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg, Stuttgart, 31.10.2012.

Körber J. STI-Beratung und -Testung. Standards für die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg. STI-Jubiläumskongress der Deutschen STI-Gesellschaft, Berlin, 14.-16.06.2012.

Piechotowski I, Rohnert K, Wagner-Wiening C, Weh M, Keller S, Pfaff G, Burghardt J. Zielgruppenspezifische Impfaufklärung – Der Lehrerkoffer Impfen. 62. Wissenschaftlicher Kongress des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Erfurt, 10.-12.05.2012.

Sammet T. Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg. Beteiligte Kommunen der Landesinitiative. 3. Statussymposium zur Umsetzung der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg, Stuttgart, 31.10.2012

Volk-Uhlmann C. Wie geht's? Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt. Fachtagung zum Praxistransfer, Stuttgart, 15.02.2012.

Weidenfeller P, Reick D, Schmolz G. Curriculare klinikhygienische Fortbildung für Ärzte des ÖGD. 6. GHUP-Jahrestagung, Freiburg, 22.-23.11.2012.

Lehraufträge

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

Bittighofer PM. Das Berufskrankheitenverfahren. Aufbaukurs Sozialmedizin, Kursblock E. Sozial- und

Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V. (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.

Fischer G. Mikrobiologische Diagnostik von Schimmelpilzen. Scientia Akademie e. V., Systemische Pilzinfektionen, Charité Berlin.

Fischer G. Vorlesung Mykologie. MTA-Schule Katharinen-Hospital Stuttgart.

Fischer S, Kirch A, Oehme R. Mikrobiologische Diagnostik in der Humanmedizin. Universität Hohenheim.

Jaroni H. Hygiene, Physiologie. MTA-Schule Katharinen-Hospital Stuttgart.

Körber J. Sucht – Interventions- und Präventionsmöglichkeiten. Evangelische Hochschule Ludwigsburg.

Link B. Vorlesung „Umwelt + Gesundheit“ – Teilbereich Wohnen und Gesundheit. Ludwig-Maximilians-Universität München, 11.05.2012.

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.

Pfaff G. Infektionsschutzgesetz. Landesakademie Baden-Württemberg für Veterinär- und Lebensmittelwesen (AkadVet).

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

Zöllner I. Epidemiologie/Statistische Methoden. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Planung klinischer Studien. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Surveillance. Universität Mainz (EUMSE).

Pressemitteilungen



13.01.2012

Hantaviren – Erkrankungen in Baden-Württemberg nehmen zu – Das Landesgesundheitsamt empfiehlt Schutzmaßnahmen für Tätigkeiten mit erhöhtem Infektionsrisiko
(Regierungspräsidium Stuttgart)

06.02.2012

Grippeaktivität in Baden-Württemberg steigt an – Influenza-Virustyp A(H3N2) löst Schweinegrippe als häufigsten Virustyp ab
(Regierungspräsidium Stuttgart)

09.03.2012

Hantaviren weiter auf dem Vormarsch – Das Landesgesundheitsamt weist auf Schutzmaßnahmen bei Tätigkeiten mit Brennholz und Kontakt zu Mäuseausscheidungen in betroffenen Gebieten hin
(Regierungspräsidium Stuttgart)

23.03.2012

Welttuberkulosestag am 24. März – Immer noch Kindertuberkulose in Baden-Württemberg – Alarmierende Zunahme von Infektionen mit Tuberkulose-Erregern, die nicht mehr durch die gängigen Tuberkulose-Medikamente behandelbar sind
(Regierungspräsidium Stuttgart)

29.03.2012

Symposium „Wohnen und Gesundheit“ – Sozialministerium und Landesgesundheitsamt entwickeln Leitfaden für gesundes Wohnen
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

04.05.2012

Europawoche – Aktionstag mit Beteiligung Landesgesundheitsamt – Gesundheitscheck Diabetes in neun Sprachen verfügbar
(Regierungspräsidium Stuttgart)

23.05.2012

Gesundheit der Menschen in Baden-Württemberg ist ein wichtiger Standortfaktor – Das Landesgesundheitsamt schafft hierfür wichtige Voraussetzungen
(Regierungspräsidium Stuttgart)

09.06.2012

Faltblatt "Schütteln von Babys ist lebensgefährlich" in türkischer und russischer Sprache
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

18.06.2012

Preisverleihung beim Nichtraucherwettbewerb "BE SMART – DON'T START"
(Gemeinsame Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, des Regierungspräsidiums Stuttgart und der AOK Baden-Württemberg)

30.06.2012

Badegewässerkarte 2012 veröffentlicht
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

07.09.2012

Hantavirus-Erkrankungen in Baden-Württemberg rückläufig
(Regierungspräsidium Stuttgart)

24.09.2012

Tag der Zahngesundheit 2012
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

24.09.2012

„Spielverderber – Die Sucht verdirbt mehr als nur das Spiel!“ – Bundesweiter Aktionstag Glücksspielsucht
(Gemeinsame Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg und des Regierungspräsidiums Stuttgart)

17.10.2012

Erste Hinweise auf frühen Beginn der Influenzawelle – Sozialministerin Katrin Altpeter und Landesgesundheitsamt rufen zur Grippeimpfung auf
(Gemeinsame Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg und des Regierungspräsidiums Stuttgart)

21.12.2012

Gesundheit – Dengueviren-Erkrankungen bei Reiserückkehrern aus tropischen und subtropischen Regionen nehmen zu – Landesgesundheitsamt empfiehlt Vorsorge bei Fernreisen zum Jahreswechsel
(Regierungspräsidium Stuttgart)

Fachpublikationen



Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

- Leitfaden Praxishygiene – Hygiene in der Arztpraxis und beim Ambulanten Operieren; Aktualisierung der 3. überarbeiteten Neuauflage
- Leitlinien zum Q-Fieber – Maßnahmen im Falle des Auftretens von Q-Fieber (Merkblatt)

Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

- AG Standortfaktor Gesundheit. Abschlussbericht der Projektgruppe „Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“ (Hrsg. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg).
- Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg. Angebote und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung; 3. Auflage.
- Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg – Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen – eine soziallagenbezogene und integrative Perspektive mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung; 2. unveränderte Auflage.
- Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg – Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung; 2. aktualisierte Auflage.
- Infodienst Gesundheitsförderung, Nr. 5-6/2012
- Meine Mutter/mein Vater wird extrem vergesslich – Ist das normal im Alter oder Hinweis auf eine Demenz? (in russischer und in türkischer Sprache)
- Präventive Hausbesuche im Spannungsfeld zwischen Ehren- und Hauptamt – Dokumentation Impulskonferenz Baden-Württemberg

- Standards zur HIV-Beratung und -Testung (klassischer HIV-Test und HIV-Schnelltest)
- Standards zur STI-Beratung und -Testung für die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg
- Wie geht's? Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt – Evaluation und Dokumentation.

Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung

- Impfprävalenz und Immunschutz gegenüber Masern, Mumps, Röteln und FSME bei Viertklässlern in Baden-Württemberg 2008/09
- Infektionskrankheiten aus 10 Jahren – Infektionsbericht für Baden-Württemberg 2001-2010
- Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Baden-Württemberg 2003-2008, Teil 2: Zeitreihen wöchentlich gemeldeter Fallzahlen

Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz

- Checkliste Biostoffverordnung: Krankenhaus
- Hantavirus-Erkrankungen und Waldkindergärten (Merkblatt)
- Monitoring Gesundheit und Umwelt Untersuchung 2008/09 – Ergebnisse und Bewertung
- Monitoring Gesundheit und Umwelt, Untersuchung 2008/09 – Anhang
- Wohnen und Gesundheit – Auswertung wohnungsbezogener Daten aus den Untersuchungen 2007/08 und 2008/09 im Rahmen des Monitorings Gesundheit und Umwelt, 2. Auflage

Sonstiges

- Amtsärztliche Fortbildung 2011 – Begutachtungen im Rahmen von Dienstunfällen und bei Hörstörungen
- Aus-, Fort- und Weiterbildung Hygiene 2013
 - Gesamtprogramm
 - Desinfektoren
 - Hygienebeauftragte Ärzte
 - Hygiene in Pflegeeinrichtungen
 - Hygiene in Praxen
- LGA-Jahresbericht 2011
- Metabolisches Syndrom/Diabetes mellitus – Aktuelle Aspekte zu Früherkennung und Primärprävention – Dokumentation des LGA-Symposiums 2012.
- Veranstaltungsprogramm 2013 – ÖGD, Landesarzt für behinderte Menschen, Arbeitsmedizin

Lageplan Nordbahnhofstraße 135



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

Altenpfleger 34, 37
 Arbeitsstelle Frühförderung Baden-
 Württemberg 46
 Arztpraxen 34
 Ausbruchsuntersuchung
 Epidemiologie 11
 Aus-, Fort- und Weiterbildung 34, 35, 90

B

Behinderung 22
 Berufskrankheiten
 Übersicht 64
 Betreuung 22
 Betriebliches Gesundheitsmanagement 28
 Bewegung 27
 Bewegungsangebote 24
 Bindung 22

C

Cooling Centres 25

D

Desinfektoren 34
 Deutsche Akkreditierungsstelle 30

E

EHEC 17
 Entwicklungsrisiko 22
 Entwicklungsverzögerung 22
 Ermächtigungen
 arbeitsmedizinische Vorsorge 65

Ernährung 27
 Erster Glücksspieländerungsstaatsvertrag 23

F

Fortbildung 37
 Frühförderung 22
 Frühsommer-Meningoenzephalitis 13

G

Generationenübergreifende Angebote 24
 Gesundheitsämter 35
 Gesundheitskonferenz 29
 Gruppenerkrankungen 45

H

Hantavirus 15
 Epidemiologie 16
 HIV 12
 Hygiene 34, 37
 Hygienebeauftragte 37
 Hygienebeauftragte Ärzte 34
 Hygienefachkräfte 34

I

Infektionsdaten
 Infektionsbericht 33
 Infektionsschutz 34, 37
 Infraschall 19
 Inzidenz 32

K

Kinderschutz 22
 Klimaanpassungsstrategie 25
 Kommunale Gesundheitsförderung 26
 Kommunale Gesundheitskonferenzen 47
 Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancen-
 gleichheit 27
 Krankenhaushygiene 45
 Krankenpfleger 37
 Krebs
 Krebslokalisierungen 32
 Krebsrisikofaktoren 32
 Kreislauferkrankungen 21

L

Landesarzt für behinderte Menschen 46
 Landesglücksspielgesetz 23
 Lungenkrebs 32

M

Masern
neues Berichtsformat 10
Microarray-Technik 18
Mortalität 32

O

Öffentlicher Gesundheitsdienst 35
Ökologie von Zecken 14
One-Health 9

P

PATH₂OGENSCAN 18
Pflegeeinrichtungen 34, 37
Psychische Gesundheit 27

Q

Q-Fieber 45

S

S3-Labor 45
Salmonellose 9
Salmonellosebekämpfung 9
Selbsthilfe 29
Serogruppen 17

Staatlicher Gewerbearzt
Dienstgeschäfte 65
Stadt
Stadtklima 29
Stadtplanung 24
Sterblichkeit 21
Surveillance 17

T

Teilhabe 47
Tiefrequenter Hörschall 19
Todesursachen 21
Trinkwasser
Trinkwasserüberwachung 30
Trinkwasserverordnung 30

U

Übergewicht 20

W

Wasserhygiene 45, 51

Z

Zahnarztpraxis 36
Zeckenübertragene Erkrankungen 14



Landes Gesundheits Amt
Baden-Württemberg

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