



2016

Jahresbericht Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Baden-Württemberg

REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTART



2016

Jahresbericht Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Baden-Württemberg
REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART

Impressum

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

Mai 2017



Vereinfachte Schreibweise:

Sofern nicht beide Personenbezeichnungen oder eine neutrale Personenbezeichnung gewählt wurden, ist entweder die männliche oder die weibliche Form genannt. Die Ausführungen gelten jedoch für Männer und Frauen gleichermaßen.

Bildnachweis

Umschlagvorderseite: © Robert Kneschke/fotolia; © Alexander Rath/fotolia; © Rido/fotolia; S. 3 + S. 11: © Marlee/fotolia; © Philpictore/fotolia; © Nico/fotolia; S. 20: © Ramona Heim/fotolia; S. 25: © A. Fechler; S. 41: © Löhr-Fotografie/fotolia; S. 45: © amridesign/fotolia; © Christian42/fotolia; S. 47: © Rido/fotolia; S. 48: © Patricia Hofmeister/fotolia; S. 51: © Robert Kneschke/fotolia.; S. 53: © Sapannpix/fotolia; S. 54: © Klaus Epele/fotolia; S. 56: © Alexander Rath/fotolia; S. 73: © Lane Erickson/fotolia; S. 93: © Maksym Yemelyanov/fotolia; S. 99: © Joe Gough/fotolia; S. 102: © Robert Kneschke/fotolia; S. 107: © PhotoCreate/fotolia; S. 111: © Dmitry Nikolaev/fotolia; S. 114: © tm-pictures.ch/fotolia; S. 115: © Franz Pfluegl/fotolia; S. 118: © askaja/fotolia; Umschlagrückseite: © A. Schnabel;

Vorwort	5
----------------------	---

Im Fokus

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Wandel der Zeit. Fachsymposium anlässlich des 25-jährigen Bestehens am 05.07.2016 in Stuttgart	6
--	---

Einblicke in die Arbeit

Gut aufgestellt im Land – der Öffentliche Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg	11
--	----

Analyse



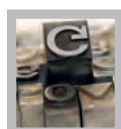
Vermehrte Salmonellen-Ausbrüche im Jahr 2016.....	12
Den Listerien auf der Spur – Aufklärung des längsten Ausbruchs.....	13
Wiederholter Nachweis von Brucella melitensis bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern	14
Effekt der Rückstellung von Blutspendern in einem Q-Fieber-Ausbruchsgebiet 2016 auf die regionale Blutversorgung	15
Chlamydia trachomatis- und Neisseria gonorrhoeae-Diagnostik im Labor	16
Die Tigermücke – eine grenzüberschreitende Herausforderung.....	17
Beratung im umweltbezogenen Gesundheitsschutz – welche Themen waren 2016 gefragt?	18
Vier neue Berufskrankheiten seit Januar 2015	19
Keuchhusten im Säuglingsalter.....	20
Angst und vergessene Termine sind Hauptgründe für Impflücken.....	21
Zeitreihen aus der bundesweiten Krankenhausdiagnose-Statistik 1994-2014	22

Prävention/Gesundheitsförderung



Gesundheitsplanung – eine neue Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg	23
Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung.....	24
Fit für die Zukunft – interkulturelle Sensibilisierung.....	25
Symposion Frühförderung Baden-Württemberg 2016	26
Gute Zahngesundheit bei Schulkindern in Baden-Württemberg. Eine Untersuchung unterstreicht den Wert der Gruppenprophylaxe gegen Karies.....	27
Hörverlust – ein unterschätztes Problem?	28
Binationales Projekt zum Thema Glücksspielsucht	29
Diabetisches Fußsyndrom – Prävention und frühe Versorgung sind wesentlich	30
Neues Element in der HIV-Prävention: Die Präexpositionsprophylaxe.....	31
Antibiotic Stewardship als zusätzliche MRE-Präventionsstrategie	32
Aufbruch im Medizinischen Arbeitsschutz.....	33
Die Arbeitspsychologie legt los – Pilotprojekt zur Schulung der Arbeitsschutzaufsicht.....	34
Implementierung von BGM-Zielsystemen in Organisationen.....	35
Netzwerkansätze zur Förderung des BGM in kleinen und mittelständischen Unternehmen	36

Qualitätssicherung



Weiterentwicklung des Curriculums „Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen“ in Baden-Württemberg.....	37
Visualisierung von epidemiologischen Daten zur Gesundheit	38
Bedeutung der Analytischen Qualitätssicherung bei biologischen Noxen im Innenraum.....	39
Das Qualitätsmanagement-System Probenehmer Trinkwasser Baden-Württemberg	40

Anhang

1	Organisationspläne	42
2	Aufgaben der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt im Überblick.....	45
3	Laborunterstützter Gesundheitsschutz.....	56
4	Landesarzt für Menschen mit Behinderungen.....	69
5	Staatlicher Gewerbearzt.....	73
6	Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen	93
7	Laufende Projekte	99
8	Veranstaltungen	102
9	Forschung und Lehre	107
10	Gremienarbeit	111
11	Fachpublikationen	114
12	Pressemitteilungen.....	115
13	Anfahrtsbeschreibung – Dienstgebäude Nordbahnhofstr. 135	117
14	Stichwortverzeichnis	118

„Das LGA im Wandel der Zeit“ – das Motto zum 25-jährigen Jubiläum des Landesgesundheitsamtes (LGA) gilt in besonderer Weise für das gesamte Jahr 2016



Wolfgang Reimer,
Regierungspräsident

Am 01.07.2016 feierte das Landesgesundheitsamt (LGA) sein 25-jähriges Jubiläum. Mit dem Motto „das LGA im Wandel der Zeit“ luden wir ehemalige Kolleginnen und Kollegen, Kooperationspartner, Behördenvertreter und weitere Wegbegleiter am 05.07.2016 zu einem Fachsymposium ein, das sehr gut besucht war.

Das Motto unseres Jubiläums passt auch sehr gut als Überschrift zum Jahresbericht 2016. Das zum 01.01.2016 in Kraft getretene novellierte Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) machte eine Umstrukturierung im LGA erforderlich. Die Bereiche „Landesärztin für Menschen mit Behinderungen“ und „Staatlicher Gewerbearzt, Arbeitsmedizin“ gehören seit dem 01.01.2016 nicht mehr zum Landesbetrieb LGA. Nach den notwendigen Abstimmungsprozessen gingen zum 01.01.2017 die Aufgaben der „Landesärztin für Menschen mit Behinderungen“ organisatorisch in die Abteilung 10, Referat 102 des Regierungspräsidiums über. Der Aufgabenzuschnitt „Staatlicher Gewerbearzt, Arbeitsmedizin“ bleibt wie bisher als Referat 96 in Abteilung 9 erhalten. Die dem alten Referat 96 bisher zugehörigen Bereiche „Umweltbezogener Gesundheitsschutz“ (neu im Referat „Gesundheitsschutz und Epidemiologie“) sowie „Kommunalhygiene“ und „Human Biomonitoring, Analytische Qualitätssicherung“ (beide neu im Referat „Hygiene und Infektionsschutz“) wurden den neuen Referaten des Landesbetriebs ab dem 01.01.2017 zugeordnet. Künftig sind die Referate 91-94 dem Landesbetrieb zugehörig; die Referate 95 (bis zum 31.12.2016: Referat 92) und 96 bleiben weiterhin der Abteilung 9 zugeordnete Bereiche außerhalb des ÖGD-Spektrums, die zugleich landesweite Zuständigkeiten innehaben. Übersichtlich dargestellt finden Sie den alten und den neuen Organisationsplan im Anhang 1 des Jahresberichtes. Bei den Berichten aus der Arbeit ist zur besseren Zuordnung jeweils in Klammern die alte Referatszugehörigkeit mit aufgeführt.

Trotz der notwendigen Aktivitäten im Zuge der inneren Umstrukturierung kamen unsere umfangreichen dienstlichen Aufgaben nicht zu kurz. In gewohnter Manier wurden Dienstbesprechungen durchgeführt, Gesundheitsämter bei speziellen Fragestellungen beraten und unterstützt, verschiedenste Proben in unseren Laboren untersucht, Meldungen verarbeitet

und weitergeleitet, Gremien und Ausschüsse fachlich begleitet, Fortbildungsveranstaltungen organisiert. Auch Anfragen von Ministerien, anderen Behörden und der Presse konnten fachlich kompetent, oftmals sehr kurzfristig sowie trotz personeller Engpässe in verschiedenen Aufgabengebieten bearbeitet werden.



Dr. Karlin Stark,
Abteilungspräsidentin

Im Bereich „Landesprüfungsamt, Approbationswesen“ kam es durch die seit Oktober 2014 bestehende landesweite Zuständigkeit und die zusätzliche deutliche Antragszunahme zu hohen Rückständen und Bearbeitungsverzögerungen. Eine zeitgerechte Abarbeitung der Anträge ausländischer Antragsteller konnten wir im Jahr 2016 nicht immer gewährleisten. Dem hohen Engagement und Einsatz der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter ist es zu verdanken, dass trotzdem viele Anträge bearbeitet und beschieden werden konnten. Mit Hochdruck arbeiten wir daran, unsere personelle Situation zu verbessern.

In Anbetracht der Gesamtsituation ist es umso wichtiger, unsere Kräfte und Kapazitäten zu bündeln und unsere Netzwerke zu stärken. Intern zeigt sich dies in vermehrten referatsübergreifenden Kooperationen und Projekten, extern in den guten und fruchtbaren Kontakten zu anderen Behörden, Institutionen und fachlichen Stellen.

In diesem Sinne hoffen wir auf viele interessierte Leserinnen und Leser unseres Jahresberichtes 2016! Unter „Einblicke in die Arbeit“ finden Sie exemplarisch einzelne Aktivitäten und Auswertungen in kurzer, übersichtlicher Darstellung. Abgerundet wird der Jahresbericht durch Auflistungen der organisierten Veranstaltungen, der Aktivitäten in Forschung und Lehre und der Fachpublikationen.

Blieben Sie uns gewogen, und zwar bei bestmöglicher Gesundheit!

Wolfgang Reimer
Regierungspräsident

Dr. Karlin Stark
Abteilungspräsidentin des
Landesgesundheitsamtes

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Wandel der Zeit. Fachsymposium anlässlich des 25-jährigen Bestehens am 05.07.2016 in Stuttgart

Matthias Appelt, Ref. 91

Mit Wirkung vom 01.07.1991 wurde das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) aus seiner Vorgängerinstitution – dem Medizinischen Landesuntersuchungsamt (MLUA) – heraus neu gegründet und damit die Empfehlung einer 1988/89 von der damaligen Sozialministerin eingesetzten großen Kommission umgesetzt. Deren Ziel war es, „Zukunftsperspektiven des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)“ zu erarbeiten und

darin eine Landesanstalt als wissenschaftliche und konzeptionelle Unterstützungseinheit zu schaffen.

Viele Wegmarken haben das LGA seitdem beeinflusst und Spuren hinterlassen. Doch schon die vier Vorgänger vor der jetzigen Abteilungspräsidentin haben den Kurs des „Tankers“ gehalten, manche Klippen umschiffen und die Besatzung auf die jeweilige Fahrtroute eingestimmt. „Das einzig Beständige ist der Wandel“ war über viele Jahre ein gern zitiertes Motto.



Dienstgebäude im Wechsel: Wiederholdstr. 15 (bis Juni 2007) – Nordbahnhofstr. 135

Meilensteine in der Geschichte des LGA

15.06.1991: Festlegung der fachlichen Aufgaben des LGA im „Aufgaben- und Organisationsstatut“

12.12.1994: Institutionalisierung des LGA als Landesoberbehörde im Geschäftsbereich des Sozialministeriums durch das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)

1996/97: Konzentration der Laboruntersuchungen auf gesundheitspolitisch wichtige Kernbereiche und gleichzeitige Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation an das neue Aufgabenprofil durch Einrichtung eines Zentralen Laborbereichs (ZLB) sowie Neustrukturierung der Abteilungen 1 und 2

01.01.1998: LGA-Umwandlung in einen Landesbetrieb nach § 26 LHO („Route 26“)

02/1998: Verabschiedung der LGA-Leitlinien „Gesund leben und arbeiten in Baden-Württemberg“. Übergeordnetes Ziel ist das Engagement für die Gesundheit der Bürger – bürgerfreundlich, kundenorientiert und verbraucherbezogen.

1999: Entwicklung und Einführung des LGA-Logos

01.01.2000: Übertragung der Zuständigkeit der amtlichen Lebensmittelüberwachung auf das Chemische und Veterinäruntersuchungsamt (CVUA) Stuttgart im Zusammenhang mit der Neuordnung der Zuständigkeiten der Ministerien vom 07.12.1998

18.09.2000: Start des Internetauftritts www.gesundheitsamt-bw.de („ÖGD-Homepage“) und www.landesgesundheitsamt.de („LGA-Homepage“)

2001: Startschuss der Umsetzungsphase des Landesprojekts NSI (Neue Steuerungsinstrumente): Einführung Kosten-Leistungsrechnung, Controlling, Balanced Score Card (in Pilotfunktion) im LGA
 23.10.2001: Ministerratsbeschluss zur Anti-Terror-Bekämpfung; Aufbau des Kompetenzzentrums Gesundheitsschutz
 2002: Ernennung des LGA zum Konsiliarlabor Q-Fieber durch das Robert Koch-Institut
 14.02.2004: Aufgabe des ZLB und Eingliederung der Labore in die Abteilungen 1 und 2
 29.06.2004: Erstmalige Akkreditierung des gesamten Laborbereichs nach DIN EN ISO/IEC 17025
 01.01.2005: Eingliederung des LGA als Abteilung 9 in das Regierungspräsidium Stuttgart
 29.12.2006: Ernennung des LGA zum "WHO-Collaborating Centre for Housing and Health" durch die WHO
 06/2007: Umzug des LGA in das zentrale Dienstgebäude Nordbahnhofstr. 135, Stuttgart
 01.11.2007: Eingliederung des Landesprüfungsamtes für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen als Referat 97 in die Abteilung 9/Landesgesundheitsamt
 2009: Zusammenschluss der Referate 92 (Umweltbezogener Gesundheitsschutz) und 96 (Arbeitsmedizin, Staatlicher Gewerbearzt) zum neuen Referatszuschnitt 96 „Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Staatlicher Gewerbearzt“; Umbenennung des Referats 97 in Referat 92
 01.01.2016: In-Kraft-Treten des „Gesetz(es) über den Öffentlichen Gesundheitsdienst“; in § 16 werden die Aufgaben des LGA als fachliche Leitstelle für den ÖGD um Gesundheitsplanung erweitert.

Einstimmung ins Programm der Feierstunde

„25 Jahre LGA sind eine beachtliche Lebensdauer für eine Fachbehörde, die ihren Platz zwischen Gesundheitspolitik, Verwaltung und Wissenschaft anfangs finden musste und heute als fachliche Drehscheibe für die Aufgaben des ÖGD in Baden-Württemberg unverzichtbar geworden ist. Das LGA berät die Behörden insbesondere auf Landesebene und darin an erster Stelle das Sozialministerium und ebenso die Gesundheitsämter vor Ort in den Stadt- und Landkreisen. Vom ÖGD gefordert sind fachliche Expertise, aber auch Koordinations-, Moderations- und Bündelungstätigkeiten, für die die ökonomische Interessensneutralität ein Pfand mit ausgleichender Wirkung und Fokussierung auf die Fachlichkeit ist. 25 Jahre LGA repräsentieren 25 Jahre Erfahrung und Kontinuität. Diese Kontinuität und Professionalität verschiedener Disziplinen sind unsere Stärken!“

Mit diesen Worten stimmte Dr. Karlin Stark, Präsidentin des LGA die Gäste – Wegbegleiter, Kooperationspartner, Kunden und Mitarbeiter – auf das Fachsymposium ein und dankte für die Zusammenarbeit und die vielen Anregungen in all den Jahren. Ihr ganz besonderer Dank galt auch den derzeitigen und ehemaligen Mitarbeitenden für deren hohe Motivation, Einsatzbereitschaft und Beharrlichkeit beim Umsetzen der Aufgaben, Ideen und Konzepte.



Regierungspräsident Wolfgang Reimer begrüßte als Hausherr die Gäste in der Nordbahnhofstraße 135 und drückte seine Freude darüber aus, mit dem LGA zu gesundheitlichen Themen eine so fachkompetente Abteilung im Regierungspräsidium Stuttgart zu haben.



Ministerialdirektor Wolf-Dietrich Hammann überbrachte die Grüße von Herrn Sozial- und Integrationsminister Manfred Lucha MdL, der seine Teilnahme ganz kurzfristig absagen musste: „Er hatte schon

früh nach Amtsübernahme seine Teilnahme zugesagt und wäre auch gerne anwesend. – 25 Jahre LGA sind eine erfreulich langes Alter für eine Fachbehörde in heutiger Zeit – zumal wenn der Jubilar quicklebendig und guter Dinge ist.“



Dr. Ute Teichert MPH wünschte, in ihrer Funktion als Vorsitzende des Bundesverbands der Ärzte im ÖGD e. V. anwesend, dem LGA auch für die nächsten 25 Jahre für die Arbeit viel Erfolg und bedauerte, dass es solche fachlichen Leitstellen in einigen anderen Bundesländern nicht oder nicht mehr gibt oder in anderer Bedeutung und Funktion existieren. „Bei der Vielzahl der Aufgabenbereiche sind wir im ÖGD auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene auf eine vernetzte Zusammenarbeit untereinander angewiesen.“



Prof. Dr. Joachim E. Fischer vom Mannheim Institute of Public Health stellte „New Public-Health“ als wichtiges Wissenschafts- und Forschungsgebiet vor und skizzierte eine Vielfalt von Schnittstellen für möglicher Beiträge der Wissenschaft und Anknüpfungspunkte für den ÖGD.





Dr. Ulrich Clever, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg (LÄK), unterstrich anhand mehrerer Beispiele die bewährt gute und enge Kooperation zwischen dem LGA und der LÄK.



Nach so vielen guten Worten und hilfreichen Gedanken verhalfen die musikalischen Einlagen des Landespolizeiorchesters Baden-Württemberg unter Leitung von Fabio Croce zu erholsamen Verschnaufpausen, auch um das Gesagte ein wenig nachwirken zu lassen.



Dr. Peter Oertel ist für die fachliche Leitung des Kurses für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg bei der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie BW (SAMA) verantwortlich. Er warb wegen der bestehenden Rekrutierungsprobleme bei geeignetem Personal für eine Qualifizierungsoffensive für den Nachwuchs im ÖGD.



Altpäsident Prof. Dr. Volker Hingst (1992-2002) verstand es, unter der Überschrift „Kontinuität trotz Wandel?“ die Zeitreise des LGA quer durch 25 Jahre erlebter Geschichten mit einer Vielzahl an Zitaten zu schmücken. So helfe es, „bei der Zugfahrt durch unvermeidbare Tunnel“ ein gewisses Maß an professioneller Gelassenheit und etwas mehr emotionale Distanz zu wahren. Mit einem Augenzwinkern bezog er sich auf Ringelnetz: „Humor ist der Knopf, der verhindert, dass uns der Kragen platzt“.

Gerne nahm er das Glas des RPS-eigenen Honigs als Geschenk entgegen und überreichte als Erwidерung Frau Dr. Stark eines der drei Bände des exakt 600 Seiten umfassenden Berichts der Kommission „Zukunftsperspektiven des öffentlichen Gesundheitsdienstes Baden-Württemberg“ als Grundlage für die damalige Errichtung des LGA im Jahr 1991.



Abteilungspräsidentin Dr. Karlin Stark dankte abschließend allen Vorrednern für die wertschätzenden und wohlwollenden Worte gerade auch vor dem Hintergrund des novellierten ÖGD-Gesetzes, das zum 01.01.2016 in Kraft trat. Dieses formuliert die Aufgaben des ÖGD in Baden-Württemberg und definiert in § 16 speziell die Aufgaben des LGA als fachliche Leitstelle für den ÖGD. „Wieder ist eine Standortbestimmung notwendig, einerseits als Bestandsaufnahme, andererseits als Fingerzeig in die Zukunft, wo die Schwerpunkte liegen sollen, wie wir uns ausrichten, wohin wir uns und unser LGA entwickeln werden“.

Danach nutzte Frau Dr. Stark die Gelegenheit, den offiziellen Teil der Feierstunde mit dem Übergang zum „Come together“ abzurunden und die Gäste mit den überleitenden Worten „Wer gemeinsam arbeitet, sollte auch gemeinsam feiern“ den Leckereien im Nebenraum zuzuführen.



Durch viele leckere Spenden aus der Mitarbeiterschaft war die Auswahl am Buffett vielfältig und abwechslungsreich.



Karl-Heinz Schaumann (links), Kurt Geibel (rechts) und Andrea Dreisigacker (Mitte) blicken zusammen auf fast 25 Jahre Verwaltungsverantwortung im LGA zurück.



Ein Blick in die festliche Runde: Für Abteilungsleiter Dr. Peter Michael Bittighofer naht schon der wohlverdiente Ruhestand ab dem Jahr 2017.



... und wieder zeigte sich das Wetter von der Sonnenseite.

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



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

Der ÖGD

- beobachtet und bewertet die Auswirkungen der Lebens- und Umweltbedingungen auf die Gesundheit,
- ist für den Infektions- und umweltbezogenen Gesundheitsschutz zuständig sowie in der Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg aktiv tätig und
- nimmt eine besondere Verantwortung für Menschen mit sozialer Benachteiligung und Menschen mit Migrationshintergrund wahr.

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

- das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (SM),
- die Regierungspräsidien einschließlich des Landesgesundheitsamtes (LGA) und
- die 38 Gesundheitsämter in den Stadt- und Landkreisen.

Fachliche Leitstelle für den ÖGD

Das LGA ist fachliche Leitstelle des ÖGD in Baden-Württemberg. Es unterstützt vorrangig das SM, andere Landesbehörden und die Gesundheitsämter. Das Aufgabenspektrum ist im Anhang 2 ausführlicher beschrieben. Neben der Wahrnehmung der laufenden Aufgaben ermöglichen abgestimmte Projekte (siehe Anhang 7) die Vertiefung einzelner Arbeitsschwerpunkte.

Die Leitstellenfunktion des LGA bewährt sich z. B.

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

Qualitätssicherung im ÖGD

Die Fortbildungen, Dienstbesprechungen, Workshops und Qualitätszirkel (zu Einzelthemen) gewährleisten den Erfahrungsaustausch und die Abstimmung einheitlicher Verfahrensweisen und von Standards. Soweit möglich werden bei der Landesärztekammer Fortbildungspunkte beantragt. Der Laborbereich des LGA ist nach DIN EN ISO/IEC 17025 („Prüflabore“) sowie nach DIN EN ISO 15189 („medizinische Labore“) akkreditiert, die Zertifizierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung nach DIN ISO 9001 ist in Vorbereitung.

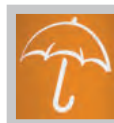
Einblicke in die Arbeit des LGA

Die Berichte auf den folgenden Seiten sind drei Schlagworten zugeordnet:



Analyse

beobachten, untersuchen, beurteilen



Prävention/Gesundheitsförderung

vorsorgen, fördern, schützen



Qualitätssicherung

beraten, fortbilden, weiterentwickeln

Vermehrte Salmonellen-Ausbrüche im Jahr 2016

Maja Adam, Astrid Kirch, Ref. 93

2016 wurden häufiger als in den Jahren zuvor Salmonellen als Ursache für Gruppenerkrankungen identifiziert.

Salmonellen sind Bakterien, die u. a. über Lebensmittel übertragen werden und eine Magen-Darm-Erkrankung hervorrufen können. Bei Kleinkindern und älteren oder immungeschwächten Personen kann eine Salmonellen-Infektion zu schwerwiegenden Krankheitsverläufen führen. Erkrankungen durch Salmonellen können sporadisch als Einzelfälle oder als Gruppenerkrankungen in Familien, Gemeinschaftseinrichtungen oder Pflegeheimen mit mehreren Betroffenen auftreten. Zwar kann es auch im Winter zu Ausbrüchen kommen, in den Sommermonaten haben Salmonellen jedoch Hochsaison; Lebensmittel- und Küchenhygiene sind dann besonders wichtig. Der Zusammenhang zwischen steigender Umgebungstemperatur und einer erhöhten Anzahl an Salmonellen-Infektionen ist durch eine wissenschaftliche Studie belegt (Yun et al., Nature Journal Scientific Reports, doi. 10.1038/srep28442).

2016 gingen im Enteritislabor des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) vermehrt Gruppenerkrankungen ein, bei denen der Erreger Salmonella Enteritidis als Ursache identifiziert wurde. Die meisten Erkrankungsfälle traten in den Sommermonaten auf; bei drei Gruppenerkrankungen erfolgte eine weitere Differenzierung der Salmonellen-Isolate; in allen drei Fällen konnte Salmonella Enteritidis Lyso-ty 8/7 als Infektionsursache ermittelt werden.

Fallbeschreibungen

Gruppenerkrankung Nr. 1: Im Juni erkrankten 10 von 15 Schülern einer Schulklasse nach dem Verzehr einer mit rohem Ei hergestellten Süßspeise an Durchfall, Erbrechen und Fieber.

Gruppenerkrankung Nr. 2: 40 von 100 Mitarbeitern einer Firma erkrankten im Juni nach einem Firmenessen in einer Gaststätte an Durchfall und Erbrechen.

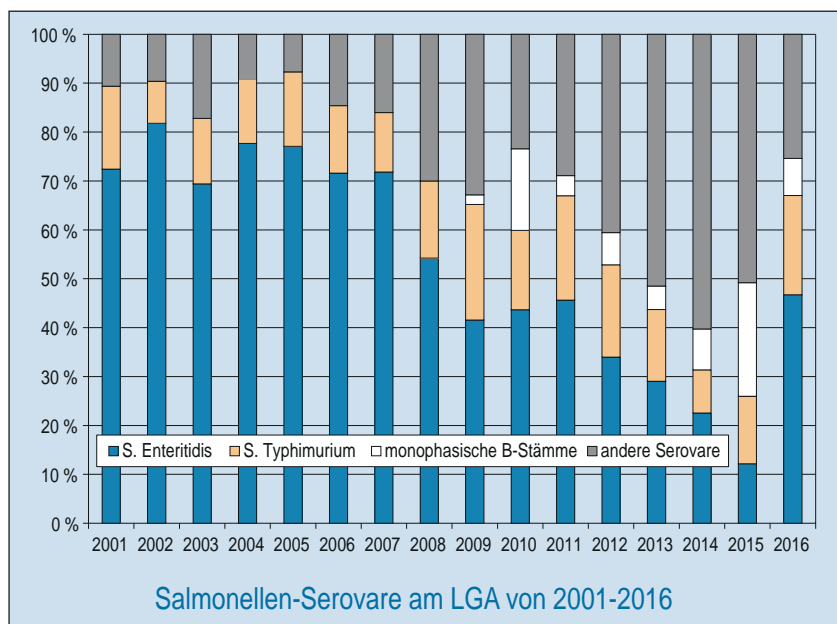
Gruppenerkrankung Nr. 3: Im August erkrankten rund 20 Kinder aus mehreren Kindergärten und einer Schule, die alle von der gleichen Küche mit Mittagessen versorgt wurden, an Durchfall, Erbrechen, Fieber, Bauchkrämpfen und Übelkeit.

Gruppenerkrankung Nr. 4: Im Dezember 2016 erkrankten ca. 90 Personen aus verschiedenen Einrichtungen (Altenheime und Kindergärten), die ihr Essen von derselben Küche bezogen. Küchenmitarbeiter waren ebenfalls erkrankt.

Bei allen Häufungen wurden von der Lebensmittelüberwachungsbehörde Lebensmittelproben und teilweise Tupperproben erhoben und am Chemischen und Veterinäruntersuchungsamt auf Krankheitserreger untersucht. Es konnten jedoch in keinem der Fälle Salmonellen in den untersuchten Proben nachgewiesen werden. Somit blieb die Infektkette bei allen Gruppenerkrankungen ungeklärt.

Serovarverteilung

Salmonellen vom Serovar Salmonella Enteritidis, die vor allem über nicht ausreichend erhitzte Eier bzw. eihaltige Speisen übertragen werden, waren lange in Deutschland dominierend. Seit Einführung der bundesweiten Impfung gegen Salmonellen bei Zuchtgeflügel, Legehennen, Masthähnchen und Puten im Jahr 2008 haben die Erkrankungen durch dieses Serovar deutlich abgenommen. Diese bundesweiten Daten spiegeln auch die Ergebnisse der Salmonellen-Serovarverteilung der letzten Jahre im LGA wider, wo seit 2008 eine deutliche Abnahme der Salmonella Enteritidis-Isolierungen erkennbar ist (siehe Abbildung). Eine Ausnahme stellt das Jahr 2016 dar, in welchem – erstmalig seit 2008 – wieder Salmonella Enteritidis das am häufigsten isolierte Serovar war. Dies lässt sich auf die große Probenanzahl der oben genannten Gruppenerkrankungen zurückführen.



Den Listerien auf der Spur – Aufklärung des längsten Ausbruchs

Dorothee Lohr, Ref. 92 (bis 31.12.2016: Ref. 95)

Im Juni 2015 nahm das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) die Untersuchung eines länderrübergreifenden Listerienausbruchs auf und trug zur Identifikation des Lebensmittels bei.

Sobald Meldungen invasiver Listeriosen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) beim LGA eingehen, werden die zuständigen Gesundheitsämter gebeten, die zugehörigen humanen Listerienisolate unverzüglich vom untersuchenden Labor an das LGA-Labor schicken zu lassen. Dieses leitet die Isolate an das Nationale Referenzzentrum für Salmonellen und andere Enteritiserreger (NRZ) zur Typisierung weiter. Anhand gleicher Pulsfeldgelelektrophorese-Muster (PFGE) der Isolate können somit seit 2010 epidemiologische Zusammenhänge zwischen zunächst sporadisch erscheinenden Listeriosen aufgedeckt werden.

Im Juni 2015 wurde bei drei Listerienisolaten von Patienten, deren Listeriosen im Mai 2015 übermittelt wurden, das identische PFGE-Muster mit der Bezeichnung 13a/54 Serogruppe 2a bekannt. Bei diesem Muster handelte es sich um das häufigste mit 53 Fällen in Süddeutschland, darunter 31 in BW, und erstem zugehörigen Fall im November 2012 in Bayern. Eine Patientenbefragung 2013 durch das Robert Koch-Institut (RKI) hatte keine eindeutige Infektionsquelle ergeben. Die aktuellen drei Befunde und neue Sequenzierungsmöglichkeiten am NRZ waren Anlass für eine erneute Ausbruchsuntersuchung, die das LGA unter Federführung des RKI aufnahm.

Die Lebensmittelanamnese von Patienten aus 2015 wurde in einem standardisierten Fragebogen per Telefoninterview erhoben und bereits vorliegende Fragebögen aller Fälle in Deutschland aus den Vorjahren einbezogen. Bis Mitte Juli lagen 15, bis Mitte September 20 Fragebögen vor. Lebensmittel, die von mindestens 70 % der Befragten verzehrt wurden,

wurden auf Plausibilität hinsichtlich Listerienkontamination und -aufnahme untersucht. Alle Patienten konsumierten Schweinefleisch und der Einkauf in Filialen eines Lebensmittelkonzerns wurde auffällig oft genannt. Diese Information sowie die Empfehlung, Schweinefleischprodukte verstärkt zu untersuchen und ggf. Listerienisolate zu typisieren, wurden in einer gemeinsamen Telefonkonferenz zwischen RKI, den betroffenen Landesstellen und den Lebensmittelbehörden am 15.07.2015 weitergegeben.

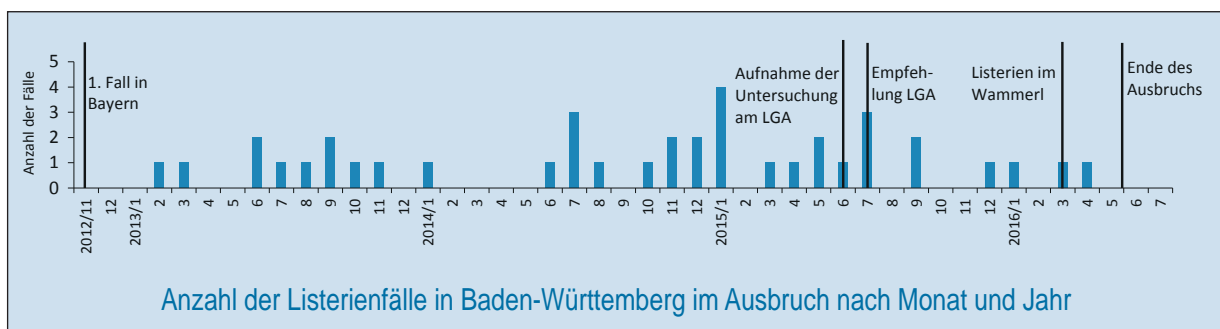
Die Suche nach dem Lebensmittel

Aufgrund der Empfehlung des LGA hatte das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) seit Februar 2016 verstärkt Untersuchungen von Schweinefleischprodukten durchgeführt. Im März 2016 wurde bei einer routinemäßig entnommenen Planprobe in einem bayrischen Metzgereibetrieb in einer Charge Wacholderwammerl (Bauchspeck) Listerien nachgewiesen und die Charge zurückgerufen. Ende April wurde im Lebensmittelisolat das mit dem Ausbruchstamm identische PFGE-Muster nachgewiesen. Der letzte Patient in Baden-Württemberg zum Ausbruch erkrankte Mitte April und wurde Anfang Mai intensiv zu Fleischkonsum befragt. Der Patient hatte das Wammerl in einer der Filialen des Konzerns bezogen und in der Inkubationszeit verzehrt, so dass ein epidemiologischer Zusammenhang hergestellt werden konnte.

Molekulare Sequenzierungen bestätigten die Identität von Human- und Wammerlproben sowie weiteren positiv auf Listerien getesteten Lebensmittelproben aus dem Metzgereibetrieb. Seit der behördlich angeordneten Schließung dieses Betriebs Ende Mai 2016 sind keine Fälle zum Ausbruch mehr aufgetreten, so dass der Ausbruch mit bundesweit 80 Fällen in 3,5 Jahren als aufgeklärt und beendet erklärt wurde.



Analyse



Wiederholter Nachweis von *Brucella melitensis* bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern

Rainer Oehme, Ref. 93

*Die Brucellose ist mit ca. 500 000 Fällen jährlich weltweit eine häufige Zoonose. Aus den endemischen Ländern kommen immer wieder Patienten mit einer Brucellose nach Deutschland. Die Brucellose ist zudem die häufigste Laborinfektion. In Baden-Württemberg kam es in den letzten Jahren dreimal zu einer Laborinfektion mit *Brucella melitensis*.*

Die Brucellose wird durch mehrere Arten der Gattung *Brucella*, darunter auch *Brucella melitensis* ausgelöst. Sie ist eine Zoonose und wird von verschiedenen Haus- und Wildtieren auf den Menschen übertragen. In Mitteleuropa sind die Haustierbestände weitgehend Brucellose frei. In weiten Teilen der Welt (Mittelmeerraum, Vorderer Orient, Afrika, Mittel- und Südamerika) treten Brucellose-Erkrankungen häufig auf. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt in der Regel durch kontaminierte Lebensmittel (insbesondere nicht pasteurisierte Milch bzw. daraus hergestellte Produkte) oder direkten Kontakt mit infizierten Tieren oder deren Ausscheidungen. Besonders infektionsgefährdet sind Schäfer, Landwirte, Tierzüchter, Tierärzte, Jäger und das Personal von Molkereien. Die Brucellose ist in Deutschland meldepflichtig. Jährlich werden in Deutschland 20-40 Fälle übermittelt; in Baden-Württemberg sind es 5-10. Die Erkrankungsfälle in Deutschland sind in der Regel Importe aus den endemischen Regionen. Die meisten Fälle wurden bisher aus der Türkei importiert.

Die Inkubationszeit der Brucellose liegt bei 1-3 Wochen, kann aber in Einzelfällen auch länger sein. Bis zu 90 % aller Infektionen verlaufen ohne Symptome. Das klinische Bild weist eine große Variabilität auf. In der Anfangsphase kommt es zu unspezifischen Symptomen wie Müdigkeit, mäßigem Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen. Nach einem kurzen beschwerdefreien Intervall erfolgt ein rascher Fieberanstieg bis 40 °C mit Schwellungen der Leber, Milz und Lymphknoten. Charakteristisch für die Brucellosen durch *Brucella melitensis* ist der wellenförmige Fieberverlauf, welcher durch längere fieberfreie Intervalle unterbrochen wird. Die Erkrankung kann spontan ausheilen oder zu einem chronischen Verlauf (bei etwa 5 % der Patienten) führen. Die immer wiederkehrenden Fieberphasen flachen sich später ab. Organmanifestationen betreffen Leber, Milz, Zentrales Nervensystem, Bewegungsapparat, seltener das Urogenitalsystem. Die Letalität unbehandelter Erkrankungen liegt bei

2 %. Besonders problematisch ist die *Brucella melitensis* Endokarditis. Die Brucellose ist in der Regel mit Antibiotika gut therapierbar.

Die Proben von Verdachtsfällen, die an das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) geschickt wurden, konnten mit einer *Brucella melitensis* spezifischen PCR bestätigt werden. Die Patienten zeigten folgende Krankheitsbilder:

Ein Patient klagte über wiederkehrendes Fieber und eine über Monate andauernde Entzündung im Kniegelenk. Die bakteriologische Untersuchung des Kniepunktats ergab *Brucella melitensis*. Das Ergebnis konnte im S3-Labor des LGA bestätigt werden. Im Anschluss kam es in diesem Fall zu einer Infektion des Laborleiters des einsendenden Labors. Die Inkubationszeit lag hier bei ca. drei Wochen.

Eine Patientin hatte starke Gelenkschmerzen mit hohem Fieber. In der positiven Blutkultur konnte *Brucella melitensis* diagnostiziert werden. Auch hier bestätigte die PCR das Ergebnis. Auch in diesem Fall erkrankten zwei Labormitarbeiterinnen nach acht bzw. zehn Wochen an einer Brucellose mit der gleichen Symptomatik.

Bei einem weiteren Patienten konnte nach einer Endokarditis aus der Blutkultur *Brucella melitensis* isoliert und mit der PCR bestätigt werden.

Ein Patient klagte über allgemeine Schwäche und länger anhaltendes leichtes Fieber. Aus der Blutkultur konnten *Brucella* verdächtige Bakterien angezüchtet werden. In diesem Fall wurde der Nachweis von *Brucella melitensis* gleich mit der PCR durchgeführt. Bei diesem Patienten entwickelten sich, trotz eingeleiteter antibiotischer Therapie, Abszesse in der Wirbelsäule, aus denen ebenfalls *Brucella melitensis* nachgewiesen werden konnte.

Die Patienten kamen aus der Türkei, Pakistan und dem Irak.

Diese Brucellose-Patienten zeigen, dass bei entsprechendem Herkunftsland bzw. entsprechender Reiseanamnese auch an eine Infektion mit *Brucella melitensis* gedacht werden muss. Schon bei einem Anfangsverdacht sollten die Proben unter entsprechenden Schutzmaßnahmen weiter bearbeitet werden, da die Infektionsdosis bei *Brucella* sehr gering ist und es nicht selten zu Laborinfektionen kommen kann.



Effekt der Rückstellung von Blutspendern in einem Q-Fieber-Ausbruchsgebiet 2016 auf die regionale Blutversorgung

Christiane Wagner-Wiening, Ref. 92 (bis 31.12.2016: Ref. 95)

Da eine Q-Fieber-Infektion in ca. 50 % der Fälle ohne Symptome verläuft, empfiehlt der Arbeitskreis Blut am Robert Koch-Institut vorsorglich die Rückstellung von Blutspendern aus Q-Fieber-Ausbruchsgebieten. Für regionale Ausbrüche gilt für den Ausschluss der Kontakt zu Schafen und die Nähe sowie Aufenthaltsdauer an einem potenziellen Übertragungsort als Risiko. Im Rahmen eines Q-Fieber-Ausbruchs wurde der Effekt dieser Maßnahmen auf die regionale Blutversorgung untersucht.

Baden-Württemberg ist Q-Fieber-Endemiegebiet. Im Jahr 2016 wurden insgesamt 168 Q-Fieber-Erkrankungen, davon 117 in fünf Ausbrüchen, übermittelt. Zwischen Januar und Mai 2016 kam es im Landkreis Esslingen zu einem Q-Fieber-Ausbruch mit 87 gemeldeten Erkrankungen. Als Infektionsquelle konnten vier infizierte Schafherden identifiziert werden. Auf Grundlage der Empfehlungen des Arbeitskreises Blut am Robert Koch-Institut wurden Blutspender aus den betroffenen Gemeinden von der Blutspende zurückgestellt und Blutspendetermine abgesagt. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg hat gemeinsam mit dem Blutspendedienst des DRK Hessen und

dem Gesundheitsamt Esslingen eine Untersuchung durchgeführt, um zu erheben, wie groß der Effekt dieser Maßnahme auf die Blutversorgung vor Ort ist.

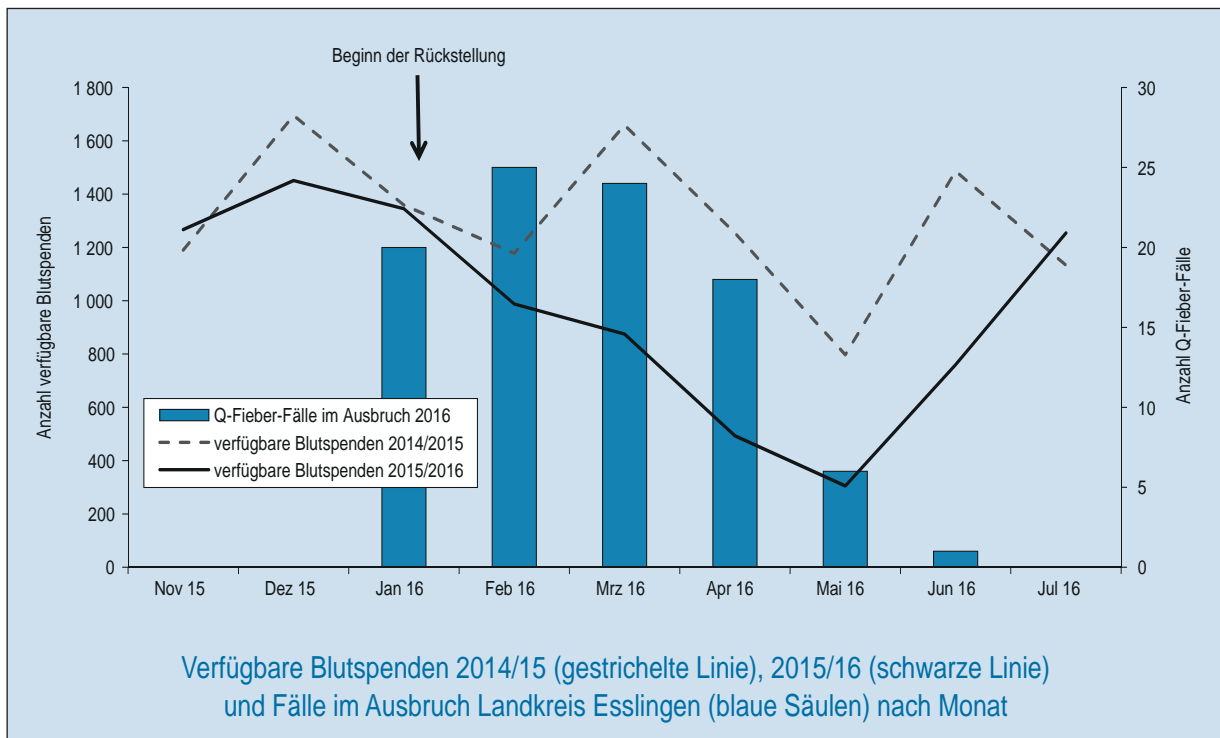
Daten zu abgesagten Blutspendetermine und erwarteten Blutspenden im Ausbruchsgebiet im Zeitraum Januar bis Mai 2016 wurden vom DRK Hessen zur Verfügung gestellt. Der regionale Bedarf von Blutspenden wurde auf Basis der Bevölkerungszahl in den betroffenen Gemeinden ermittelt.

Im selben Zeitraum wurden in sieben Gemeinden des Landkreises Esslingen 27 Blutspendetermine abgesagt und 256 Blutspender zurückgestellt. Dies führte zu einem Verlust von 2 720 Blutspenden. Um den ermittelten Bedarf von 2 800 Blutspenden in der Region zu decken, mussten 925 Blutspenden aus anderen Gebieten zur Verfügung gestellt werden.

Die Ergebnisse der Untersuchungen verdeutlichen den Effekt der Rückstellung von Blutspendern aus Q-Fieber-Ausbruchsgebieten für die regionale Versorgung und die Notwendigkeit des Einsatzes von Präventivmaßnahmen wie die Impfung der Schafe in Q-Fieber-Endemiegebieten.



Analyse



Chlamydia trachomatis- und Neisseria gonorrhoeae-Diagnostik im Labor

Elke Göhring-Zwacka, Astrid Kirch, Ref. 93; Johanna Körber, Ref. 94

Die Labordiagnostik auf sexuell übertragbare Infektionen – insbesondere bei asymptomatischem Verlauf – ist neben der Beratung und der Risikoanalyse ein wichtiger Baustein in der Prävention, um einer weiteren Ausbreitung entgegen zu wirken.

Im Oktober 2015 startete das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) in Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen für HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) ein Projekt zur Diagnostik von Chlamydia trachomatis (CT) und Neisseria gonorrhoeae (NG). Je nach im Beratungsgespräch festgestelltem Risikoverhalten wird eine Diagnostik aus Urin, Cervix-, Urethral-, Vaginal-, Anal- und/oder Pharyngealabstrichen empfohlen. Das Angebot erfolgt unabhängig von einer vorliegenden Symptomatik, der geschlechtlichen Identität sowie der sexuellen Orientierung. Krankenkassen hingegen erstatten mit wenigen Ausnahmen eine Labordiagnostik nur bei Vorliegen von Symptomen. Die Infektionen mit CT und NG verlaufen jedoch sehr häufig symptomlos, so dass es unbemerkt zur Weiterverbreitung kommt. Deshalb sollten asymptomatische Infektionen unbedingt behandelt, Sexualpartner ebenfalls untersucht und ggf. antibiotisch therapiert werden.

Die Erreger

Infektionen mit CT und NG zeigen häufig keine oder nur geringfügige Symptome, können aber unbehandelt zu sekundärer Sterilität oder bei einer CT-Infektion auch zu einer Eileiter- oder Bauchhöhlenschwangerschaft führen.

Ergebnisse

Das Angebot der kostenlosen und anonymen Testung wurde sehr gut angenommen. Bis Ende 2015 wurden 2 047 Proben untersucht. Dies steigerte sich im Jahr 2016 auf 13 529 Proben aus 9 059 Beratungskontakten. Die Diagnostik erfolgt bei beiden Erregern mittels PCR. Bei positivem NG-Nachweis wird eine Neueinsendung zur kulturellen Anzucht und Resistenzbestimmung empfohlen.

Insgesamt wurde bei 5,2 % der 9 059 Klienten eine Chlamydien- und bei 2,0 % eine Gonokokken-Infektion nachgewiesen. Die Nachweisrate von CT in den Analabstrichen liegt mit 7,5 % doppelt so hoch wie im Urin (3,7 %; siehe Abbildung). Die Nachweisrate von CT ist auch in Cervical- bzw. Vaginalabstrichen höher als im Urin. Ein Grund für die geringe Nachweisrate im Urin könnte der Abnahmezeitpunkt der Proben sein. Am besten eignet sich Morgenurin, zumindest sollte eine 2h-Miktionspause vor der Probenahme eingehalten werden.

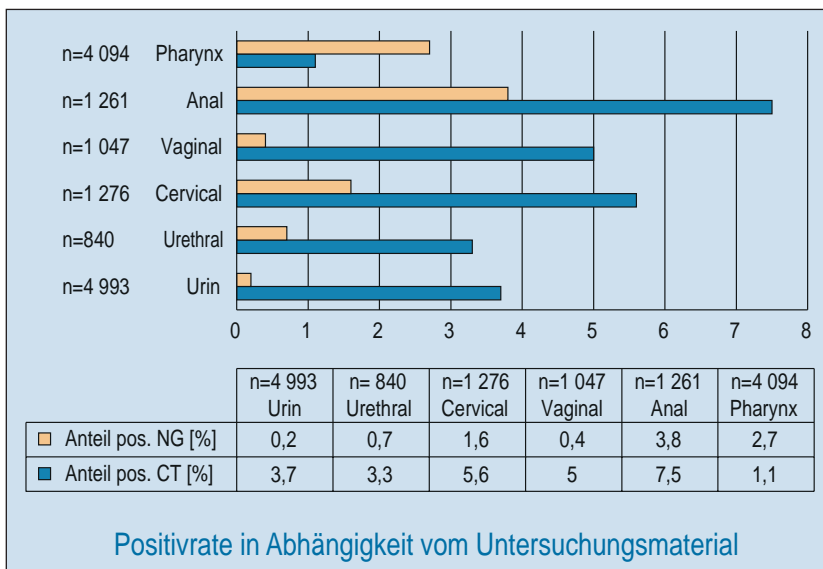
Die höchste Nachweisrate für NG fand sich in Analabstrichen (3,8 %) und Pharyngealabstrichen (2,7 %). Der Test ist jedoch bei keinem kommerziellen Diagnostikhersteller für diese Entnahmeorte validiert. Dies wurde im Rahmen des Projektes vom LGA selbst durchgeführt.

Die kulturelle Anzucht gelang 2016 bei fünf von 51 Probanden. Die Empfindlichkeitstestung ergab in einem Fall eine Resistenz gegen Ceftriaxon, in vier Fällen gegen Ciprofloxacin, in drei Fällen gegen Doxycyclin. Eine mäßig gute Wirksamkeit zeigte sich bei

allen Stämmen gegen Azithromycin und bei einem Stamm gegen Doxycyclin. Gegen Cefixim und Cefuroxim konnten keine Resistenzen festgestellt werden.

Fazit

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Infektionen mit Chlamydien und Gonokokken eine bedeutende Stellung einnehmen. Die Tatsache, dass die Infektionen mit gravierenden Komplikationen (z. B. sekundärer Sterilität) einhergehen können, bekräftigt bei Risikopersonen die Notwendigkeit einer Laboruntersuchung, auch wenn die Patienten meist asymptomatisch sind.



Die Tigermücke – eine grenzüberschreitende Herausforderung

Christiane Wagner-Wiening, Günter Pfaff, Ref. 92 (bis 31.12.2016: Ref. 95); Rainer Oehme, Ref. 93

Der Tigermücke kommt aufgrund ihrer Eigenschaft, Krankheitserreger wie das Dengue-, Chikungunya- und Zika-Virus zu übertragen, eine besondere Bedeutung zu. Nach Auftreten von ersten Populationen in Baden-Württemberg sieht das Land Handlungsbedarf. Hauptziel ist die Überwachung und frühzeitige Bekämpfung des Vektors, um Übertragungen, ausgehend von infizierten Reiserückkehrern, zu vermeiden.

Die Tigermücke (*Aedes albopictus*) hat sich in den letzten 20 Jahren sukzessiv in Europa ausgebreitet. Im Sommer 2011 gelang erstmals der Nachweis einzelner Exemplare entlang der Autobahn A5 im Oberrheinischen Tiefland. Seither hat die Anzahl nachgewiesener Populationen vor allem in den Stadtkreisen Freiburg und Heidelberg zugenommen. Seit Spätsommer des Jahres 2014 werden kleinere brütende Tigermücken-Populationen in Freiburg und im angrenzenden französischen Straßburg beobachtet und bekämpft. Untersuchungen der Kommunalen Aktionsgemeinschaft zur Bekämpfung der Schnakenplage e. V. (KABS) und des Friedrich-Löffler-Instituts zeigen, dass es immer wieder zu Einschleppungen dieser invasiven Stechmückenart durch den Fernverkehr aus Südeuropa kommt.

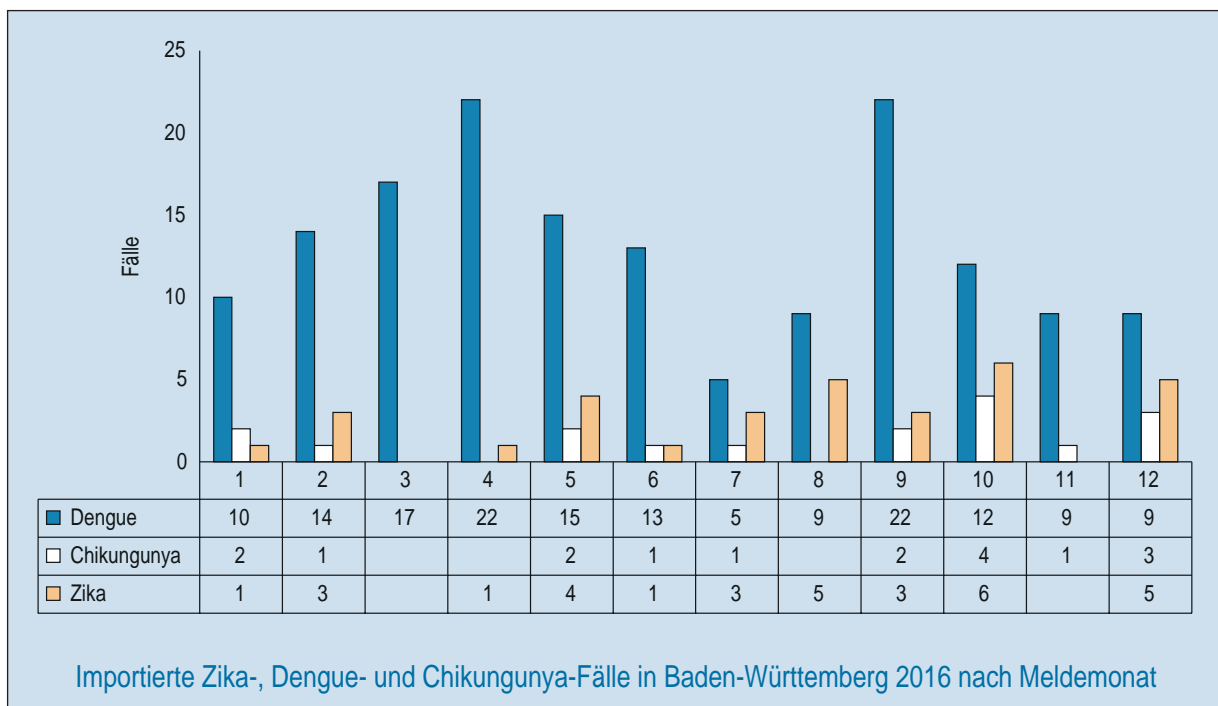
In Baden-Württemberg wird erwartet, dass sich mit fortschreitender Klimaerwärmung die Tigermücke weiter ausbreitet.

Das Auftreten von virämischen Arbovirus-Erkrankungen (siehe Abbildung; ausgelöst durch Arthropoden/Gliederfüßer übertragbare Viren) bei Reiserückkehrern in den Sommermonaten zeigt, dass bei Vorkommen des Überträgers in den Wohnkreisen der Fälle eine autochthone Übertragung nicht vollständig auszuschließen ist. Derzeit wird im Auftrag des Robert Koch-Instituts und des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg am Institut für Biogeografie der Universität Bayreuth eine Modellierung durchgeführt, die es erlaubt, Gebiete in Deutschland zu identifizieren, in denen auf Grund ihrer klimatischen Voraussetzungen ein erhöhtes Risiko für eine Besiedelung mit der Tigermücke besteht.

Einer besonderen Bedeutung sowohl aus bevölkerungsmedizinischen als auch ökonomischen Gesichtspunkten kommt der Einsatz präventiver Maßnahmen zu. Das Monitoring von potentiellen Brutplätzen und eine frühzeitige Bekämpfung kann die Tigermücken-Population reduzieren. Das Risiko für das Auftreten von autochthonen Übertragungen durch infizierte Reiserückkehrer kann so erheblich verringert werden. Zur Ableitung entsprechender Empfehlungen steht das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg in engem Austausch mit nationalen Arbeitsgruppen und betroffenen Anrainer-Ländern.



Analyse



Beratung im umweltbezogenen Gesundheitsschutz – welche Themen waren 2016 gefragt?

Stefan Kluge, Snezana Jovanovic, Ref. 92 (bis 31.12.2016: Ref. 96); Peter Bittighofer, Ref. 96; Guido Fischer, Ref. 93 (bis 31.12.2016: Ref. 96)

Schimmel und Innenraumschadstoffe, Altlasten sowie Infraschall dominierten auch 2016 die umweltmedizinischen Beratungen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) – hinzu kommen perfluorierte Tenside (PFT/PFC) und Trifluoracetat (TFA) im Trinkwasser sowie neue Fragen zu elektromagnetischen Feldern und polychlorierten Biphenylen (PCB) in öffentlichen Gebäuden.

Eine wesentliche Aufgabe des LGA ist die Unterstützung der Gesundheitsämter sowie des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg bei der Bewertung gesundheitsschädlicher Umwelteinwirkungen. Dies erfolgt in Amtshilfe auch gegenüber anderen Behörden und öffentlichen Einrichtungen, teilweise unter direkter Übernahme von örtlich zuständigen Gesundheitsämtern. Geringeren Raum im Rahmen der Kapazitäten nahmen die Beratungen von Ärzten und Sachverständigen sowie Privatpersonen ein.

Schimmel im Innenraum führt die Liste mit 39 % der Fälle an. Bei chemischen Stoffen ging es ebenso meist um Innenraumprobleme mit flüchtigen organischen Substanzen (VOC) und Weichmachern/Flammschutzmitteln sowie Pestiziden aus Einrichtungsgegenständen und Baustoffen. Es wurde aber auch um Stellungnahmen zur Lüftungsplanung in Kitas und Beduftung öffentlicher Räume gebeten. Neue Baubestimmungen generierten erhöhten Beratungsbedarf von Gesundheitsämtern und Bauverwaltungen bezüglich Bewertung und Sanierung PCB-belasteter Schul- und Universitätsräume.

Die bisher nicht restlos geklärte Quecksilber-Kontamination eines Wohn- und Geschäftshauses vom Vorjahr erforderte weitere Abstimmungen zu Gefährdungsabschätzung sowie Humanbiomonitoring (HBM). Ebenso unglaublich, aber wahr: „Do-it-yourself“-Was-

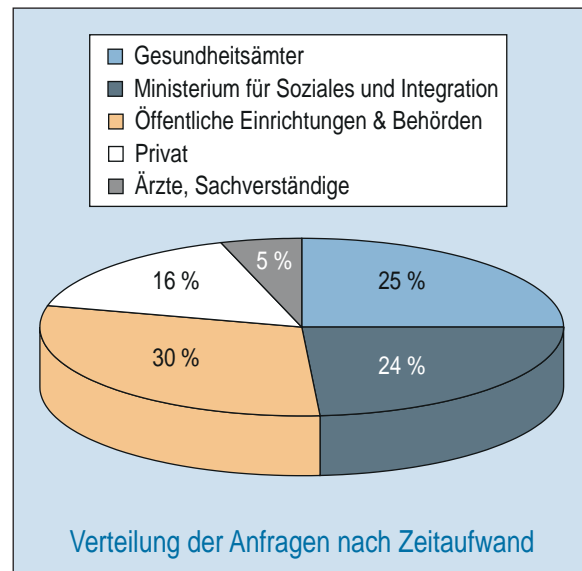
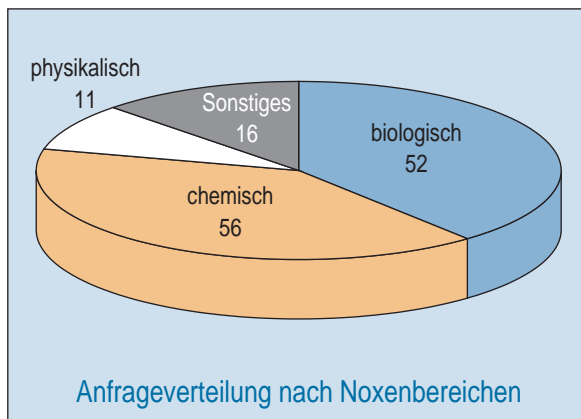
serinstallation mit „grau“ aus ferner Heimat importiertem Material führte zu Blei-Expositionen betroffener Hausbewohner – tragisch insofern, als Bleirohre in Württemberg schon vor 130 Jahren als ungeeignet für hiesige Wässer erkannt und verboten wurden.

Für die Altlastenbewertung und -sanierung waren umfangreiche Stellungnahmen zu Blei im Boden gefragt. Bezüglich des Wirkungspfades Boden-Grundwasser-Mensch standen neben Chlorkohlenwasserstoff-Altlasten die seit jüngerer Zeit bekannten mittelbadischen Boden- und Trinkwasserverunreinigungen mit perfluorierten Chemikalien beziehungsweise Tensiden wie PFOA und PFOS im Vordergrund. Das LGA ist hier in die toxikologische Bewertung involviert und prüft Vorschläge für wissenschaftlich begleitetes HBM in der Region. Nebenbei waren Verunreinigungen der Jagst durch Löschmittel sowie des Neckars durch TFA-haltiges Abwasser zu beurteilen, nachdem letzteres in ufernahe Brunnen durchschlug.

Weitere Anfragen betrafen Reizgase, Dioxine, polyaromatische Kohlenwasserstoffe, Asbest- und Mineralwolle sowie Feinstaub und die gesundheitliche Bewertung von Bauanträgen.

Mehrfach wurde das LGA zu Infraschall durch Windkraftanlagen konsultiert. Gesundheitliche Wirkungen elektromagnetischer Felder wurden neben den Sujets Mobil- und Amateurfunkantenne verstärkt im Zusammenhang mit Diskussionen um den Ausbau von WLAN an Schulen thematisiert. Ionisierende Strahlung interessierte im Zusammenhang mit Radon-Messungen bei Tiefbauarbeiten.

Analyse



Vier neue Berufskrankheiten seit Januar 2015

Andrea Hagenmaier, Gerhard Seeger, Ref. 96

Das Bundeskabinett hat am 05.11.2014 mit einer Änderung der Berufskrankheitenverordnung (BKV) die Liste der Berufskrankheiten (BK) um vier Krankheiten erweitert.

In die BK-Liste können nur Krankheiten aufgenommen werden, bei denen der Zusammenhang zwischen der Belastung bei der Arbeit und dem Entstehen der Krankheit zweifelsfrei belegt ist.

BK-Nr. 1319 „Larynxkarzinom durch intensive und mehrjährige Exposition gegenüber schwefelsäurehaltigen Aerosolen“

Schwefelsäure ist eine der wichtigsten und stärksten anorganischen Säuren. Sie wird in großen Mengen insbesondere zum Herstellen von Ethanol und Isopropanol, zum Beizen von Metallen und als Säure für Bleiakumulatoren benötigt. Darüber hinaus findet Schwefelsäure Verwendung in der Düngemittelindustrie bei der Herstellung mineralischer Düngemittel, in der Kunstseidenindustrie, beim Entfetten und Entölen, bei der Papierherstellung, in der Seifenindustrie und für eine Vielzahl von Prozessen in der Farbstoff-, Kunststoff- und Sprengmittelindustrie. Intensive Expositionen können beispielhaft bei Herstellungs- und Anwendungsprozessen in der Isopropanolproduktion und der Metalloberflächenbehandlung (potentiell hohe Exposition) sowie der Ethanolproduktion, der Seifenherstellung und der Salpetersäureproduktion (potentiell mittelhohe Exposition) auftreten. Als Aerosol tritt Schwefelsäure in der Luft auf. Durch Aufnahme der Schwefelsäureaerosole kommen diese zunächst in Kontakt mit der Schleimhaut der oberen Atemwege und gelangen dann, in Abhängigkeit von der Teilchengröße, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, unterschiedlich tief in den Atemtrakt, teilweise bis in die Lunge. Schwefelsäure wirkt stark irritierend bis ätzend-verkohlend.

BK-Nr. 2113 „Druckschädigung des Nervus medianus im Carpaltunnel (Carpaltunnel-Syndrom) durch repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder durch Hand-Arm-Schwingungen“

Die schädigenden Einwirkungen sind gekennzeichnet durch wiederholte manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Hände im Handgelenk, erhöhten Kraftaufwand der Hände (kraftvolles Greifen) oder Einwirkung von Hand-Arm-Schwingungen, z. B. durch handgehaltene vibrierende Maschinen (handgeführte Motorsägen und Steinbohrer). Die Beschwerden beginnen häufig während der Nachtruhe, daher auch die Bezeichnung „Brachialgia parästhetica noc-

turna“. Zum zeitlichen Verlauf bis zum Auftreten der Krankheit liegen unterschiedliche Angaben vor. Ganz überwiegend reichen aber kurze Expositionszeiten von weniger als zwölf Monaten aus. Ein Kausalzusammenhang ist plausibel, wenn der Erkrankungsbeginn in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Exposition steht. Gefährdet sind Fleischverpacker, Fließbandarbeiter in der Automobilindustrie, Geflügelverarbeiter, Forstarbeiter beim Umgang mit handgehaltenen vibrierenden Werkzeugen (Motorsägen), Kassierer im Supermarkt mit Umsetzen von Lasten, Masseur, Polsterer usw.

BK-Nr. 2114 „Gefäßschädigung der Hand durch stoßartige Krafteinwirkung (Hypothenar-Hammer-Syndrom und Thenar-Hammer-Syndrom)“

Beim Hypothenar-Hammer-Syndrom (HHS) handelt es sich um eine Gefäßwandschädigung im Bereich des Kleinfingerballens (Hypothenar) der Hohlhand bei der Verwendung der Hand, Handkante oder des Kleinfingerballens als Schlagwerkzeug oder bei Tätigkeiten mit direkter mechanischer Gewalteinwirkung auf diese Region. Aufgrund der Gefäßveränderungen kommt es zu Durchblutungsstörungen der betroffenen Finger. Meist sind hiervon die Finger III bis V betroffen. Die Beschwerden können akut, aber auch Stunden, Tage oder Monate nach der ursprünglichen Traumatisierung auftreten und werden durch Kälteexposition und Beanspruchung der Hand verstärkt. Betroffen sind Dachdecker/Zimmerleute (z. B. Benutzen der Hand als Schlagwerkzeug zum Einrichten von Dachsparren), Kfz-Mechaniker (z. B. Schläge auf Schraubenschlüssel zum Lösen festsitzender Muttern, Montieren von Radkappen, Ausbeulen von Karosserieteilen mit der Faust), Möbeltransporteure (z. B. Stoßen, Schieben oder Tragen schwerer Gegenstände) und Installateure (z. B. Schläge auf Schraubenschlüssel zum Lösen von Schrauben oder Muttern).

BK-Nr. 5103 „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“

Über diese BK wird gesondert im Jahresbericht 2017 berichtet, da hier zurzeit noch ein Projekt läuft.

Die Anzahl der erstmalig angezeigten und vom Gewerbearzt 2015 abschließend zur Kenntnis genommenen „neuen“ BK-Fälle (ohne BK 5103) betrug insgesamt 94 Fälle. Davon wurden 23 als BK anerkannt.

Nicht jede der von den Gewerbeärzten bearbeiteten BK-Fälle wird als berufsbedingt angesehen. Im Durchschnitt sind es gerade ca. 32 % (23 Fälle).



Keuchhusten im Säuglingsalter

Christiane Wagner-Wiening, David Hendrickx, Ref. 92 (bis 31.12.2016: Ref. 95)

Im Jahr 2016 ist die Anzahl registrierter Keuchhusten-Fälle stark angestiegen. 114 der Erkrankungen traten bei Säuglingen auf. Der Impfschutz der Eltern, Geschwister und weiterer Haushaltskontakte sowie die Grundimmunisierung der Säuglinge ab dem zweiten Lebensmonat sind wichtige Schutzmaßnahmen.



Seit Einführung der Meldepflicht für Keuchhusten im Jahr 2013 ist die Anzahl übermittelter Keuchhusten-Erkrankungen in Baden-Württemberg angestiegen.

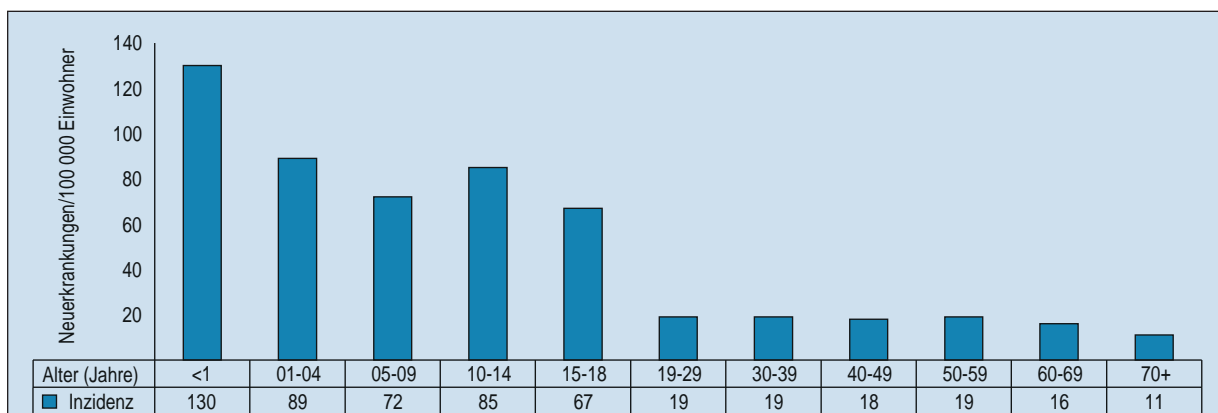
Im Jahr 2016 wurden insgesamt 3 067 Keuchhusten-Fälle übermittelt, mehr als doppelt so viele wie im Jahr 2015 mit 1 397 Fällen. Es sind alle Altersgruppen betroffen (siehe Abbildung). Die höchste Neuerkrankungsrate mit 130 Erkrankungen/100 000 Einwohner betrifft Säuglinge. Ein Neugeborenes verstarb infolge einer Keuchhusten-Erkrankung. Als mögliche Expositionsquelle wurde eine unerkannte Keuchhusteninfektion bei einem Familienmitglied identifiziert.

Keuchhusten ist eine hochansteckende respiratorische Infektionskrankheit, die durch das Bakterium *Bordetella pertussis* verursacht wird. Charakteristisch für das Krankheitsbild sind lang andauernde Hustenattacken, die mit Atemnot und Erbrechen einhergehen können. Das klinische Bild kann jedoch vor allem bei Jugendlichen und Erwachsenen untypisch ver-

laufen und die Keuchhusten-Infektion so unerkannt bleiben. Ein besonderes Risiko besteht bei erkrankten Säuglingen. Säuglinge im ersten Lebensjahr haben das höchste Risiko, schwere Komplikationen zu erleiden. Bei Säuglingen unter sechs Monaten sind Krampfanfälle und Enzephalopathien die häufigsten Komplikationen. Statt der Hustenattacken können bei Neugeborenen lebensbedrohliche Anfälle von Atemstillstand, so genannte Apnoen, auftreten.

Da weder eine durchgemachte Infektion mit dem Erreger *Bordetella pertussis* noch eine Schutzimpfung zu einem lebenslangen Immunschutz führt, sind Auffrischimpfungen erforderlich. Dies betrifft vor allem Haushaltskontakte von Säuglingen. Da bei Säuglingen erst ab dem zweiten Lebensmonat mit der Keuchhusten-Grundimmunisierung begonnen werden kann, kommt dem Immunschutz der Personen im unmittelbaren Umfeld im Sinne eines Kokonschutzes eine besondere Bedeutung zu. Sofern in den letzten zehn Jahren keine Pertussis-Impfung stattgefunden hat, sollten Frauen im gebärfähigen Alter ebenso wie enge Haushaltskontaktpersonen und Betreuer eines Neugeborenen eine einmalige Impfdosis erhalten.

Derzeit plant das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Rahmen des EPIET-Trainingprogramms eine Untersuchung zu Keuchhusten bei Säuglingen. Neben der Erhebung des klinischen Verlaufs von Keuchhusten bei Säuglingen werden Daten zum Immun- bzw. Infektionsstatus enger Haushaltskontakte erhoben. Ziel der Studie ist es, Impflücken zu identifizieren und Präventionsmaßnahmen abzuleiten.



Übermittelte Keuchhusten-Fälle pro 100 000 Einwohner nach Altersgruppe, Baden-Württemberg 2016

Anmerkung: Da Keuchhusten insbesondere bei Jugendlichen und Erwachsenen milde verläuft oder bei der Meldung die klinischen Kriterien nicht immer vollständig angegeben werden, erfüllt ein hoher Anteil der übermittelten Keuchhusten-Fälle die Referenzdefinition des Robert Koch-Instituts nicht. Der Bericht bezieht sich daher auf die Zahl aller labor diagnostisch bestätigten Fälle.

Angst und vergessene Termine sind Hauptgründe für Impflücken

Nobila Ouédraogo, Ref. 94 (bis 31.12.2016: Ref. 95);
 Elisabeth Aichinger, Günter Pfaff, Ref. 92 (bis 31.12.2016: Ref. 95)

Furcht vor Nebenwirkungen und vergessene bzw. versäumte Impftermine sind häufige Ursachen für Impflücken bei Erwachsenen und ihren Kindern. So sahen es befragte Ärzte aus sechs Kreisen in Baden-Württemberg. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) befürwortet eine verstärkte Aufklärung über die Sicherheit von Impfstoffen und geplante Erinnerungen an Impftermine.

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Vorsorgemaßnahmen in der Medizin. Jedoch liegen die Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Baden-Württemberg unter dem Bundesdurchschnitt. Bisher ist wenig über die Ursachen bekannt. Das LGA befragte Allgemeinärzte und Kinderärzte zu ihren Wahrnehmungen, Einstellungen, zu ihrem Verhalten und zu ihrer Motivation für Impfleistungen und zu Impfhindernissen. Grundlage war ein Ratgeber für maßgeschneiderte Impfprogramme (Tailoring Immunization Programmes) des Europäischen Regionalbüros der WHO. Ziel war es, Möglichkeiten zur Verbesserung des Impfschutzes zu ermitteln.

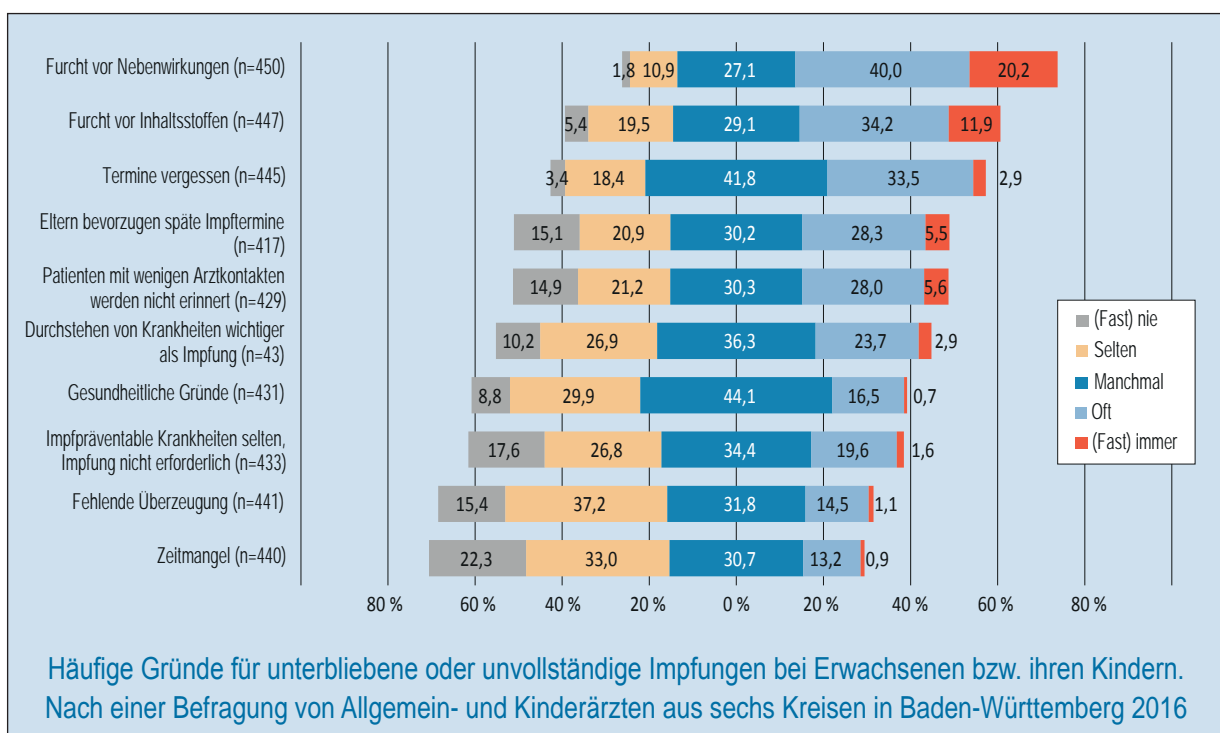
Für die Befragung wurden fünf Land- und Stadtkreise ausgewählt, in denen die Impfquote für die zweite Dosis der Masernimpfung bei Vorschulkindern unter dem Landesdurchschnitt (88,4 %) lag sowie ein Landkreis mit einer höheren Impfquote. Dort wurden alle an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte und Kinderärzte (ca. 1 150)

um Beantwortung eines anonymisierten Fragebogens gebeten. Insgesamt sandten 459 (40 %) Allgemeinärzte und Kinderärzte den Fragebogen zurück. Hauptgründe für Impflücken bei Erwachsenen bzw. deren Kindern sind hiernach die Furcht vor Nebenwirkungen und Schäden durch den Impfstoff, das Vergessen von Impfterminen sowie die Annahme, dass aus dem Durchstehen der durch Impfung vermeidbaren Krankheiten ein Vorteil erwachse (siehe Abbildung). Im Kreis mit höherer Masernimpfquote bewerteten die befragten Ärzte ihre Einstellung gegenüber Impfungen häufiger positiv (85 %) als in den anderen fünf Kreisen (65 %; p=0,048). Bezüglich der Angaben zu Wahrnehmungen, zum Verhalten, zur Motivation, zu Impfleistungen und zu Impfhindernissen bestand kein statistisch signifikanter Unterschied. Kinderärzte setzten sich häufiger für Impfungen ein als Allgemeinärzte (89 % vs. 79 %; p=0,038).

Die Ergebnisse der Ärztebefragung bieten wichtige Ansätze für eine Steigerung der Impfbeteiligung. Der Auskunftsbedarf von Patienten und Eltern zu Fragen zur Impfstoffsicherheit sollte verstärkt in die Weiterbildung von Allgemeinärzten und Kinderärzten einfließen. Eingeschlossen sind geeignete Kommunikationsstrategien. In Arztpraxen sollten elektronische Erinnerungssysteme für Impftermine breiter eingesetzt und stärker genutzt werden.



Analyse



Zeitreihen aus der Krankenhausdiagnosestatistik 1994-2014

Stefanie Fetzter, Iris Zöllner, Ref. 92 (bis 31.12.2016: Ref. 95)

Zeitreihen aus der bundesweiten Krankenhausdiagnose-Statistik geben einen Überblick über die Entwicklung verschiedener Diagnosen im stationären Bereich. 1994-2014 wurden die höchsten Fallzahlen bei Diagnosen zu Kreislauferkrankungen beobachtet. Einen Anstieg der Fallzahlen gab es bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Verdauungssystems, bei Verletzungen und Vergiftungen, psychischen und Verhaltensstörungen sowie bei infektiösen und parasitären Krankheiten.

Zeitreihen zur Krankenhausdiagnosestatistik sind in Deutschland eher selten zu finden. Es gibt zwar Hinweise darauf, dass die Kodierung von Diagnosen in Krankenhäusern auch im Hinblick auf Abrechnungsmöglichkeiten erfolgt und insbesondere die DRG-Programme einen Einfluss auf die Wahl der ICD-Codes haben können. Die Visualisierung der Fallzahlen aus der Krankenhausdiagnose-Statistik über zwei Jahrzehnte kann deshalb sowohl Hinweise auf Trends und Veränderungen im Krankheitsspektrum als auch in der Kodierung liefern.

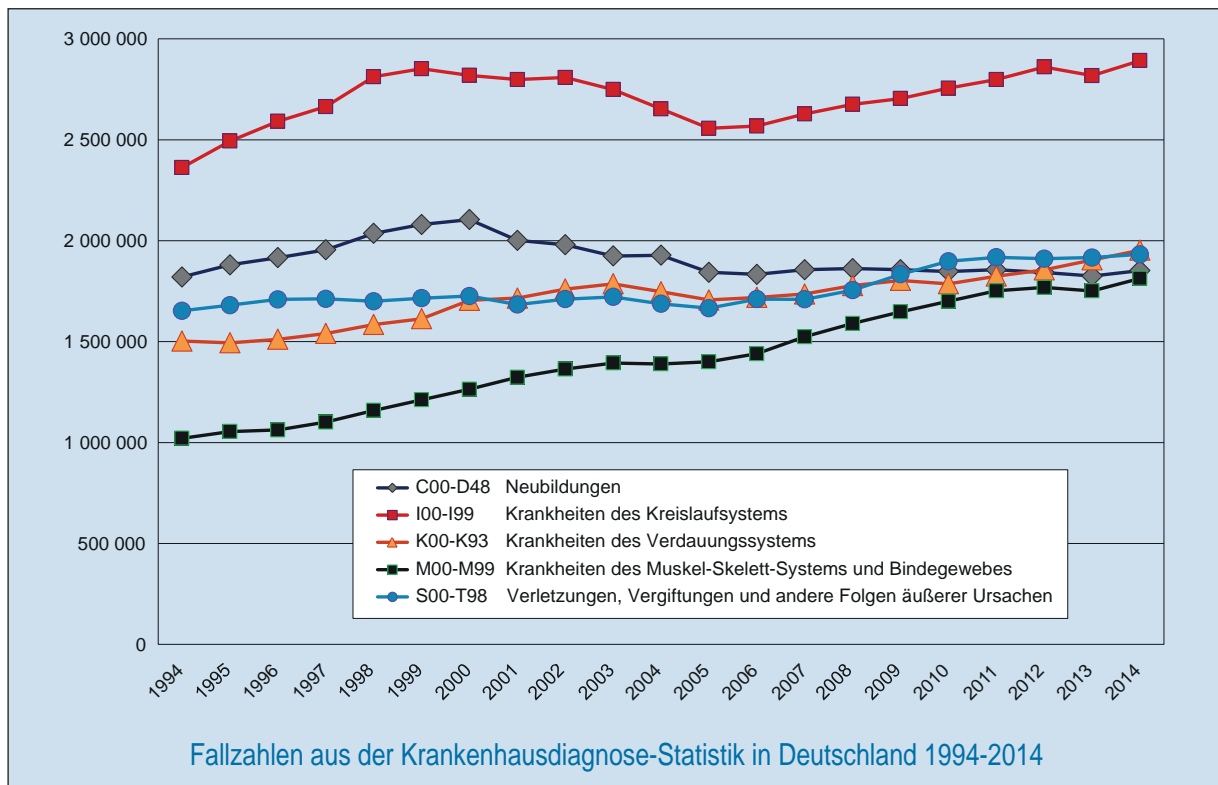
Die Angaben in der Krankenhausdiagnose-Statistik beziehen sich auf alle im Laufe eines Berichtsjahres entlassenen vollstationären Patienten. Zeitpunkt für die Erfassung ist jeweils die Entlassung aus dem Krankenhaus. Für die Auswertung der Fallzahlen wurden die Daten aus einer Veröffentlichung des Statistischen

Bundesamtes Wiesbaden verwendet und für den Zeitraum 1994-2014 mit Hilfe einer Datenbank grafisch aufbereitet. Untersucht wurden die Hauptgruppen der ICD-Diagnosen wie z. B. Kreislauferkrankungen, Neubildungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Verdauungssystems.

Über den gesamten Zeitraum 1994-2014 wurden die größten Fallzahlen bei Diagnosen zu Kreislauferkrankungen beobachtet. Folgende Diagnosegruppen zeigten einen starken Anstieg der Fallzahlen: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Verdauungssystems, Verletzungen und Vergiftungen, psychische und Verhaltensstörungen, sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde sowie bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten. Auch Krankheiten des Atmungssystems und Kreislauferkrankungen haben in den vergangenen zehn Jahren in der Diagnosestatistik wieder zugenommen, nachdem in den Jahren davor ein Rückgang zu verzeichnen war.

Zeitreihen aus der Krankenhausdiagnose-Statistik geben einen Überblick über die Entwicklung verschiedener Diagnosen in den vergangenen Jahren, wobei Effekte durch Abrechnungsvorgaben und gesetzliche Regelungen (z. B. durch das Infektionsschutzgesetz) nicht auszuschließen sind.

Analyse



Gesundheitsplanung – eine neue Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg

Torben Sammet, Ref. 94

Erste Ergebnisse eines Pilotvorhabens zur Gesundheitsplanung auf Ebene der Land- und Stadtkreise im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Daraus sollen Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Mit der Novellierung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurde zum 01.01.2016 die Gesundheitsplanung als neue Aufgabe der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg verankert (§ 6 Abs. 1 ÖGDG). Laut Gesetz umfasst die Gesundheitsplanung „insbesondere das Aufzeigen von Problemfeldern in der Gesundheitsförderung und Prävention, der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie die Definition von Schnittstellen einschließlich des Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfs zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen“ (§ 6 Abs. 1 ÖGDG). Auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung dient sie der Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen.

Ziele der Gesundheitsplanung sind u. a. eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung, bedarfs- und bedürfnisgerechte gesundheitsförderliche Angebote und Lebensbedingungen für die Bevölkerung und die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Sie soll darin unterstützen, Gesundheitsbelange auf Ebene der Stadt- und Landkreise systematisch, langfristig und bedarfsgerecht zu planen, zu steuern und zu kommunizieren (capacity building), Beteiligungsprozesse (Fach- und Bürgerdialoge) in die Planungs- und Entscheidungsprozesse zu integrieren sowie eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (health in all policies) zu stärken.

Um erste Erfahrungen zu den notwendigen Voraussetzungen und möglichen Vorgehensweisen der Gesundheitsplanung in Baden-Württemberg zu sammeln, wurde auf Grundlage des Gesundheitsleitbildes (<http://gesundheitsdialog-bw.de/leitbild/>), der Erfahrungen der Pilotgesundheitsdialoge (<http://gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/>) und der Strukturen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen ein Pilotvorhaben durchgeführt.

Inhalte des Pilotvorhabens

Der Enzkreis, die Landkreise Karlsruhe, Lörrach und Reutlingen, der Rhein-Neckar-Kreis und die Landeshauptstadt Stuttgart erprobten und evaluierten von Dezember 2014 bis Mai 2016 jeweils eine Gesundheitsplanung zu mindestens einem der Handlungsfelder des Gesundheitsleitbildes:

- Gesundheitsförderung und Prävention zu den Gesundheitszielen „Gesund aufwachsen“ oder „Gesund und aktiv älter werden“
- Medizinische Versorgung (ambulant und stationär, kurativ und rehabilitativ, sektoren- sowie kreisübergreifend)
- Stationäre und ambulante Pflege und deren Vernetzung mit örtlichen Betreuungs-, Pflege- und Unterstützungsstrukturen sowie geriatrischer, kurativer und rehabilitativer Versorgung

Die Erprobung der Gesundheitsplanung beinhaltet konkret:

- Ämterübergreifende Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes mit weiteren Arbeitsbereichen der Land- bzw. Stadtkreisverwaltung, der Kommunalen Gesundheitskonferenz und ihren Akteuren
- Beteiligung der Bürger bei der Gesundheitsplanung
- Zusammenstellung, Auswertung und kartographische Darstellung qualitativer und quantitativer sozialräumlicher Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage einschließlich der medizinischen und pflegerischen Versorgung eines Land- oder Stadtkreises und evtl. auf Ebene von Städten, Gemeinden, Stadt- und Ortsteilen
- Festlegung einer Strategie mit Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen des Land- oder Stadtkreises und evtl. für einzelne Städte, Stadtteile und Gemeinden

Ergebnisse des Pilotvorhabens

Der systematische Ansatz der Gesundheitsplanung des ÖGD im Sinne eines sich wiederholenden Prozesses mit den Phasen Analyse, Strategieentwicklung, Sicherstellung der Umsetzung und Evaluation hat sich als hilfreich erwiesen. Zentrale Grundlagen und Querschnittsaufgaben der Gesundheitsplanung sind der Aufbau der relevanten Strukturen sowie die Bürgerbeteiligung. Beide Querschnittsaufgaben sind in allen Phasen der Gesundheitsplanung von Bedeutung. Der Strukturaufbau stellt schon vorab eine wichtige Grundlage dar; er sollte daher vor dem eigentlichen Planungsprozess begonnen und parallel zum Prozess weiterverfolgt werden.

Aus den Ergebnissen des Pilotvorhabens werden Handlungsempfehlungen abgeleitet, die als Orientierungshilfe für den Einstieg in die Gesundheitsplanung des ÖGD und deren Weiterentwicklung dienen können und im II. Quartal 2017 veröffentlicht werden.

Weitere Informationen: <http://gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/kreisebene/gesundheitsplanung>



Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung

Dagmar Bürle, Ref. 94

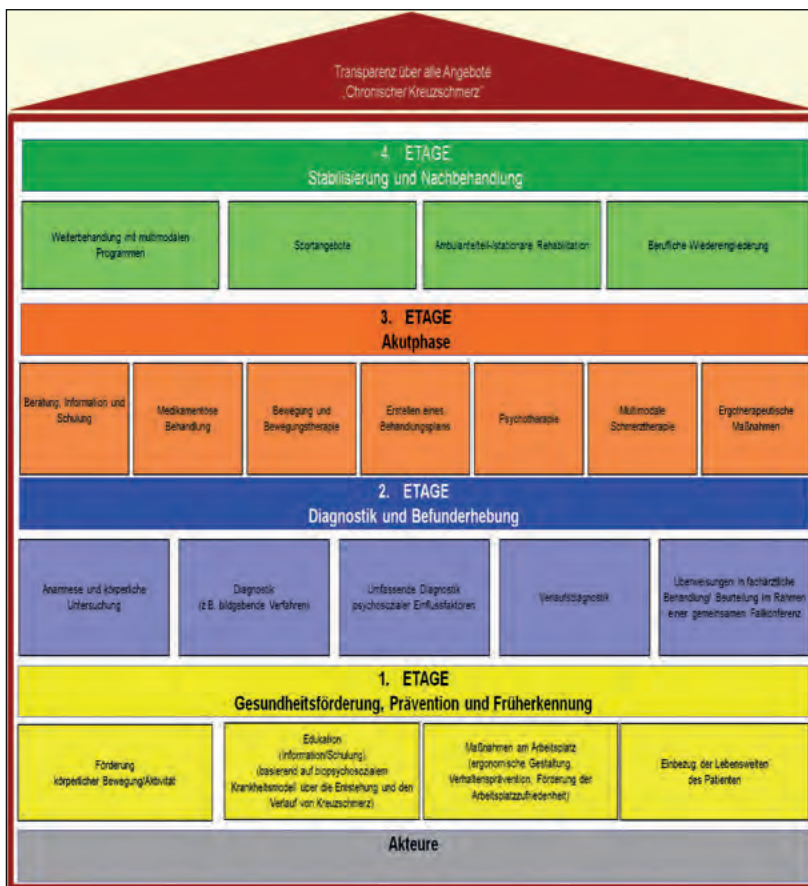
Seit Januar 2016 läuft das Modellprojekt zur Erarbeitung eines sektoren- und kreisübergreifenden Versorgungskonzeptes. Der Abschlussbericht ist für Ende 2017 geplant.

Das vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg geförderte Pilotvorhaben konnte in den letzten zwölf Monaten erste Projektmeilensteine erreichen. Als erstes Arbeitsergebnis der in 2016 gegründeten landkreisübergreifenden Koordinierungsgruppe konnte von Juli bis einschließlich Oktober 2016 eine Ist-Analyse zur Darstellung von Versorgungsangeboten und Versorgungsstrukturen einschließlich Gesundheitsförderung/Prävention in der

Modellregion Südwürttemberg für die Erkrankungen Anorexie, chronischer Kreuzschmerz, Darmkrebs, Demenz, Depression, Diabetes mellitus und Schlaganfall durchgeführt werden. Die Analyse erfolgte im Rahmen von Arbeitsgruppensitzungen in den Modelllandkreisen Biberach, Ravensburg und Reutlingen. Dazu wurden Experten eingeladen und zu der aktuellen Versorgungssituation befragt. Eine Projektdatenbank ist zudem im Aufbau und konnte bereits erste Datengrundlagen für die Sitzungen liefern. Ein weiterer Schritt wurde mit dem Start der Erarbeitung von Versorgungspfaden und der Festlegung möglicher Schnittstellen im Rahmen der Soll-Analyse gemacht. Auch hierbei wurden pro Krankheitsbild Schlüsselpersonen z. B. aus der Ärzteschaft, Psychotherapie, Selbsthilfe, Sozialarbeit und den Krankenkassen, eingeladen. Zeitgleich fand die erste von insgesamt sieben Fokusgruppen statt, in denen Betroffene ihre Erfahrungen und Bedürfnisse in Bezug auf die Versorgungssituation äußern können.

Ausblick 2017

Die weiteren Fokusgruppen wurden Anfang 2017 abgeschlossen. Ebenso fanden im Frühjahr 2017 Treffen zu einem Soll-Ist-Abgleich statt, um Schnittstellenprobleme und Optimierungspotentiale zu erkennen. Außerdem ist im Herbst 2017 ein Bürgerdialog geplant. Durch dieses Format sollen die erarbeiteten Erkenntnisse zusammen mit der Bürgerschaft und Akteuren der Versorgung auf Relevanz geprüft werden. Abschließend werden alle Projektergebnisse in Handlungsempfehlungen münden. Der Abschlussbericht ist für Dezember 2017 geplant und soll auch anderen Regionen als Hilfe für die Weiterentwicklung von neuen Versorgungskonzepten dienen.



Gesundheitshaus für die Soll-Analyse am Beispiel Chronischer Kreuzschmerz: Netzwerk von Behandelnden inkl. Angeboten

Fit für die Zukunft – interkulturelle Sensibilisierung

Anne Fechner, Ref. 94 (bis 31.12.2016: Ref. 95)

Kulturelle Prägungen können das Wahrnehmen und Interpretieren von gleichen Sachverhalten beeinflussen. Eine Sensibilisierung für solche Prägungen schafft die Grundlage für ein gelingendes Miteinander. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) unterstützt die Weiterbildung der Mitarbeiter der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste durch Workshops.

Gesellschaftliche Vielfalt, Globalisierung und Migration prägen das Leben in Baden-Württemberg. Interkulturelle Sensibilisierung gehört deshalb zu den Schlüsselkompetenzen in der Einschulungsuntersuchung (ESU) in Baden-Württemberg. Für die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste bietet das LGA mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg eine Fortbildungsreihe zu „ESU und Asyl – interkulturelle Sensibilisierung“ an. Fachwissen, Selbstreflexion und praktische Übungen stehen im Fokus der Veranstaltungen.

Über die Selbstreflexion zur Sensibilisierung

Was ist die eigene kulturelle Prägung? Welche Bedeutung messen wir dem Austausch mit Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen bei? In unserer eigenen kulturellen Prägung sind das unbewusst Erlernte sowie die Werte und Normen für das gesellschaftliche Zusammenleben eine feste Größe. Dennoch ist die eigene Prägung kein unveränderlicher Ist-Zustand



Blick in eine von bislang fünf Veranstaltungen

sondern ein sich stetig verändernder Prozess. Hieraus erwächst eine eigene Haltung, die unsere Wahrnehmung und unser Handeln prägt.

Selbstverständlich hat auch unser Gegenüber eine eigene Haltung. So können sich bei Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen der Umgang mit Gesundheit und Krankheit und kulturell geprägte Zeitkonzepte unterscheiden. Beispielsweise kann ein „böser Blick“ als Krankheitsursache gelten oder Termintreue wird anders bewertet werden. Für die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste kann dies eine Herausforderung darstellen und die Kommunikation zwischen Eltern und Mitarbeitern erschweren.

Neben der verbalen Kommunikation tragen die non-verbale und paraverbale Kommunikation die Wirkung einer Nachricht. Bekannt ist, dass der Einsatz nonverbaler (wie z. B. Augenkontakt und Gestik) und paraverbalen Mittel (wie z. B. Tonfall und Sprechpausen) kulturell unterschiedlich geprägt ist. Gezielte Informationsvermittlung und Rollenspiele unterstützen die Mitarbeiter dabei, die eigenen Erfahrungen zu erweitern und vermeintlich Widersprüchliches einzuordnen. Jedoch ist es nicht möglich, über sämtliche Aspekte Bescheid zu wissen. Einer der Praxistipps ist, dass in diesem Zusammenhang ein offenes Nachfragen häufig zielführend ist.

„Neues erlernen, Eigenes erkennen, Fremden begegnen und Gemeinsames schaffen“ – es wird deutlich, dass ein authentisches Interesse am Gegenüber erforderlich ist und es keine vorgefertigten Lösungen für die Kommunikation von Menschen mit unterschiedlicher kultureller Prägung geben kann. Im Mittelpunkt stehen sollte, nach Gemeinsamkeiten zu suchen, das „grundsätzlich Ähnliche“ zu entdecken und nicht auf der Differenzierung der Unterschiede, des „grundlegend Fremden“, zu verharren.

Eine Teilnehmerin meinte: „Eigentlich gab es seit langem diesen Bedarf. Aber das Bewusstsein nimmt zu, und das politische Klima mit der Polarisierung macht es dringend nötig, dieses Bewusstsein zu stärken, auch wenn jetzt auf einmal viele Menschen neu nach Deutschland kommen.“



Symposium Frühförderung Baden-Württemberg 2016

Anette Winter, Ref. 102 (bis 31.12.2016: Ref. 94)

Am 11.10.2016 kamen weit über 400 Fachleute aus dem interdisziplinären Arbeitsfeld Frühförderung in Baden-Württemberg nach Stuttgart.

„Individualität und Setting in der Frühförderung“ lautete der Titel des Symposiums Frühförderung Baden-Württemberg 2016. Frühförderung wird in Baden-Württemberg für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und (drohenden) Behinderungen in enger Zusammenarbeit mit den Eltern und den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin individuell geplant und dem Bedarf des Kindes gemäß gestaltet. Welche Voraussetzungen dafür aus fachlicher Sicht unbedingt erforderlich und hilfreich sind, und was es zu verbessern gilt, wurde in zwei Hauptvorträgen vorgestellt und in sieben vertiefenden Themengruppen am Nachmittag erarbeitet.

Thema des ersten Hauptvortrags waren die Zerebralpareesen, eine Gruppe von Krankheitsbildern bei Kindern mit Bewegungsstörungen unterschiedlicher Ausprägung, denen eine nicht-fortschreitende Störung oder Läsion des sich entwickelnden Gehirns zugrunde liegt. Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann von der Abteilung für Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie der Universitäts-Kinderklinik Tübingen stellte aktuelle Erkenntnisse der internationalen Forschung und ihrer eigenen klinischen Forschung zu Neuroplastizität (Fähigkeit des Gehirns zum Ausgleich) und Vulnerabilität (Empfindlichkeit) der kindlichen Gehirne dar. Demzufolge gibt es in Europa abnehmende Häufigkeiten der Zerebralparese trotz immer jünger und unreifer frühgeborener Kinder. Zudem beschrieb sie die Arbeit des europaweiten Netzwerks zur Zerebralparese „Surveillance of Cerebral Palsy in Europe“ (SCPE), dem ihre Abteilung angehört. Einheitliche Diagnosekriterien ermöglichen einen Austausch der Fachleute untereinander und eine vergleichbare Erhebung von Erkrankungen in den europäischen Ländern.

Im zweiten Hauptvortrag wurden aktuelle Forschungsergebnisse zur Entwicklung positiven Sozialverhaltens in den ersten Lebensjahren vorgestellt. Prof. Dr. Joscha Kärtner vom Institut für Psychologie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster führte aus, wie sich schon im ersten Lebensjahr von Kindern Vorstufen prosozialen Verhaltens zeigen und wie diese sich im zweiten Lebensjahr in Form von emotionalem und instrumentellem Hilfeverhalten, Mit-Anderen-Teilen und Mit-Anderen-Kooperieren weiterentwickeln. Zudem stellte er anhand von Studien dar, wie die Entwicklung positiven Sozialverhaltens

gefördert werden kann. Dabei sind die primäre Bezugsperson des Kindes als verlässliche emotionale Basis und eine wohlwollend unterstützende Umgebung unverzichtbar, beides unmittelbares Lebensumfeld (Setting) des Kindes.

Am Nachmittag konnten sich die Teilnehmenden in sieben Themengruppen zu weiteren Aspekten der individuellen Entwicklung von Kindern in ihrem Lebensumfeld informieren und austauschen. In Gruppe 1 wurden die strukturierten Abläufe in einer Interdisziplinären Frühförderstelle erläutert, in der Eltern mit ihrem Kind mit Entwicklungsverzögerung oder (drohender) Behinderung ankommen: von der niederschweligen Beratung über die Diagnostik und schließlich die individuelle Förderung und Behandlung. Gruppe 2 befasste sich mit der besonderen Situation von Flüchtlingskindern im Vorschulalter, und welche Unterstützung diese benötigen. Kinder mit Hör-Seh-Behinderungen und ihre besonderen Bedarfe wurden in Themengruppe 3 vorgestellt. In Gruppe 4 hörten die Teilnehmenden, wie auffälliges Verhalten bei Kindern erkannt, verstanden und beeinflusst werden kann. Welche Bedeutung die Interaktion von Kindern und Eltern als Thema der Frühförderung hat, wurde in Gruppe 5 erörtert. Gruppe 6 nahm die Bedeutung des Spiels in der Frühförderung in den Blick. In Gruppe 7 wurden umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen als Thema der Frühförderung besprochen.

Die Beiträge und weitere Informationen aus dem Bereich Landesarzt für Menschen mit Behinderungen Baden-Württemberg finden Sie auf der Homepage des Regierungspräsidiums Stuttgart unter folgendem Link: <https://rp.baden-wuerttemberg.de/rps/Abt10/Ref102/Seiten/Landesarzt.aspx>.



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

Gute Zahngesundheit bei Schulkindern in Baden-Württemberg. Eine Untersuchung unterstreicht den Wert der Gruppenprophylaxe gegen Karies

Günter Pfaff, Ref. 92 (bis 31.12.2016: Ref. 95); Anna Leher, Ref. 94 (bis 31.12.2016: Ref. 95)

In Baden-Württemberg werden landesweite Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe durchgeführt. Dabei wird von den Jugendzahnärzten in den Gesundheitsämtern überprüft, in welchem Umfang Milchzähne und bleibende Zähne bei Schulkindern verschiedener Altersgruppen von Karies befallen sind.

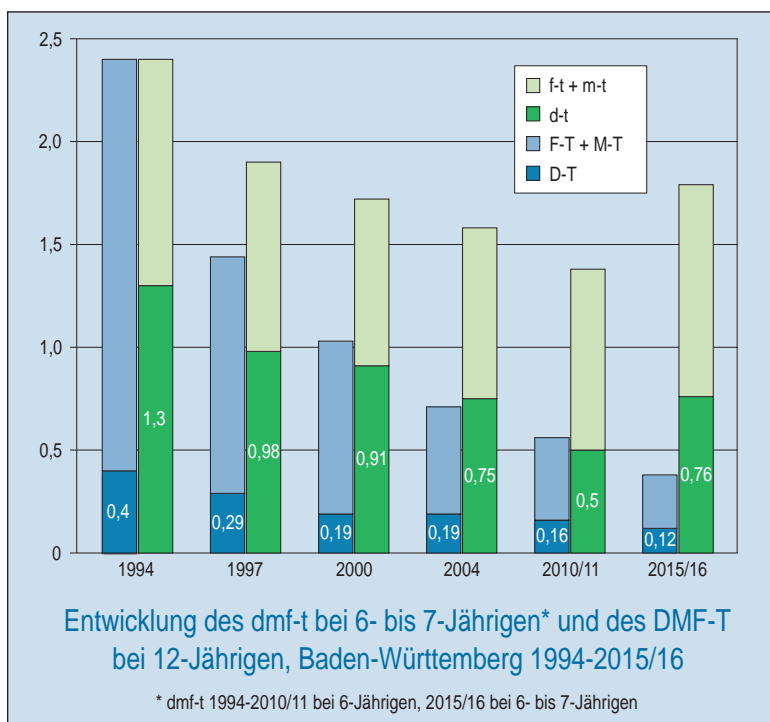
Im Verlauf der letzten Jahre haben sich die Kennwerte für die Zahngesundheit bei Kindern durchweg günstig entwickelt. Bei einem hohen Anteil von Kindern ohne auffällige Kariesbefunde stellt sich jedoch die Frage, wie es um die Entwicklung von frühen Kariesstufen bestellt ist, die nach bisherigen Befundungsverfahren nicht als Karies gewertet wurden. Deshalb wurden in Baden-Württemberg regionale Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe im Schuljahr 2015/16 nach dem visuellen Kariesdiagnosesystem International Caries Detection and Assessment System (ICDAS II) durchgeführt. Dieses Verfahren gestattet eine genauere Beschreibung der Befunde. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der routinemäßigen, zahnärztlichen Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, wobei eine von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. vorgegebene Stichprobe von Schulen durch kalibrierte Untersucher aufgesucht wurde. Für die Untersuchungen in dieser Stichprobe wurden insgesamt 26 Zahnärzte in zwei Verfahren der

visuellen Kariendiagnostik eingewiesen. Diese so genannte Kalibrierung dient der Wahrung der Vergleichbarkeit der Befunde zwischen verschiedenen Untersuchern und Untersuchungen. Elemente dieses Doppelverfahrens waren das online-Portal des Teams DAJ 2015 an der Universität Greifswald und drei Fortbildungen zum Kariesdiagnosesystem ICDAS II (2013/2014/2015). Zu ICDAS II erfolgte die Einweisung durch Prof. Anahita Jablonski-Momeni, Universität Marburg und Nachschulungen durch das LGA. Die Befunddokumentation erfolgte auf maschinenlesbaren Markierungsbelegen.

Zwischen September 2015 und Juni 2016 wurden Kinder in der 1. Klassenstufe von 76 Schulen einer Stichprobe (überwiegend Grundschulen, weiterhin Sonderschulen und Freie Waldorfschulen) untersucht. Die Ausschöpfung betrug 94,4 % aller Kinder in der 1. Klassenstufe der Stichprobenschulen. Für die epidemiologische Begleituntersuchung ausgewertet wurden die anonym dokumentierten Befunde der 6- bis 7-Jährigen. Von allen untersuchten Kindern in der 1. Klassenstufe entfielen 2 310 Kinder auf die Zielgruppe der 6- bis 7-Jährigen (97 %).

Untersuchungen bei Kindern aus den 6. Klassen erfolgten zwischen November 2015 und Juli 2016 in einer Stichprobe von 59 Gemeinschaftsschulen, Haupt- und Werkrealschulen, Realschulen, Gymnasien, Sonderschulen und Freien Waldorfschulen. Für die epidemiologische Bewertung der Zahngesundheit wurden die Daten der 12-Jährigen herangezogen. Insgesamt konnten 91,3 % der in 6. Klassen der Stichprobenschulen beschulten Kinder untersucht werden. Davon entfielen 1 534 Kinder auf die Zielgruppe der 12-Jährigen (48 %). Die Teilnahme an den Untersuchungen war verpflichtend.

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt sehr gute Werte für die Zahngesundheit der Kinder in Baden-Württemberg. Mehr als die Hälfte der 6- bis 7-Jährigen haben naturgesunde Milchzähne (54,2 %), vier von fünf 12-Jährigen haben naturgesunde bleibende Zähne (82,3 %). Der Rückgang flacht zuletzt ab. Ein Grundniveau ist möglicherweise erreicht. Es lohnt sich, Anstrengungen zur Kariesprophylaxe und damit die Basis der Erfolge aufrecht zu erhalten.



Hörverlust – ein unterschätztes Problem?

Iris Zöllner, Ref. 92 (bis 31.12.2016: Ref. 95)

Eine Hörminderung bis Schwerhörigkeit betrifft etwa 16 % der Erwachsenen. Hörverlust tritt zwar meist erst im höheren Alter auf, kann aber bei Lärmexposition im Beruf oder in der Freizeit bereits in jüngeren Jahren zu Schwierigkeiten im täglichen Leben führen. Unabhängige Informationen über Versorgungsmöglichkeiten könnten für Betroffene von großem Interesse sein.

Zur Häufigkeit von Schwerhörigkeit bzw. Hörminderung gibt es nur sehr wenige epidemiologische Untersuchungen, obwohl die Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität bei Betroffenen erheblich sein können. Schätzungen anhand von Studienergebnissen gehen davon aus, dass bei etwa 16 % der Erwachsenen eine Hörminderung bis Schwerhörigkeit vorliegt (s. Gablenz, Holube, HNO). Nach Angaben der WHO sind weltweit etwa 5 % aller Erwachsenen von einer Behinderung aufgrund von Schwerhörigkeit bzw. Hörverlust betroffen. Damit gehört Hörverlust zu den häufigsten Ursachen für Behinderungen – noch vor Diabetes, Demenz oder chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen.

Hörverlust tritt zwar meist erst im höheren Alter auf, kann aber bei entsprechender Exposition in der Freizeit oder im Beruf schon in jüngeren Jahren zu Schwierigkeiten im täglichen Leben führen. Da sich Hörminderungen schleichend entwickeln, werden sie oft nicht rechtzeitig erkannt. Schwerhörigkeit hat weitreichende Folgen im Hinblick auf Möglichkeiten zur Kommunikation mit anderen Personen und auf die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung im täglichen Leben.

Auch die Nutzung von bestimmten Informationsquellen wie z. B. die Wahrnehmung von Fernseh- oder Radiobeiträgen kann bereits bei einer Hörminderung sehr erschwert bis nahezu unmöglich sein. Eine Studie der BBC (British Broadcasting Corporation) in Großbritannien ergab, dass die größten Probleme beim Hören und Verstehen durch undeutliche Sprache und laute Hintergrundmusik verursacht sind. Auch eine Analyse von über 200 Zuschauerbeschwerden, die bei öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten in Deutschland eingingen, ergab als Hauptprobleme „undeutlich sprechende Schauspieler“ und „zu laut gemischte Musik unter der Sprache“. Vor diesem Hintergrund sind Forderungen von Vertretern des Deutschen Schwerhörigenbundes gegenüber Rundfunkanstalten verständlich, die eine Verbesserung

der Sprachverständlichkeit in Sendungen und den Ausbau des „barrierefreien“ Fernsehens anstreben.

Nicht nur aus diesen Gründen verdient das Thema mehr Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und insbesondere bei Akteuren im Gesundheitswesen. Es könnte z. B. im Rahmen von Gesundheitskonferenzen aufgegriffen werden. Hörverlust sollte dabei nicht länger nur als individuelles Problem wahrgenommen werden, um dessen Lösung und Konsequenzen sich vorrangig die Betroffenen selbst und Ihre Angehörigen kümmern müssen. Ein Problem für betroffene Personen stellen die bei der spezifischen Versorgung mit Hörgeräten und -hilfen verbundenen hohen Kosten dar. Häufig fehlt auch eine unabhängige Beratung zu den Versorgungs- und Finanzierungsmöglichkeiten. Die Krankenkassen übernehmen oft nur einen Teil der anfallenden Kosten.

Für eine Verbesserung der Situation wäre eine gute Zusammenarbeit von allen beteiligten Akteuren im Gesundheitssystem – Patientenvertretern, Ärzten, Krankenkassen, Hörgeräteakustikern und -herstellern – anstrebenswert. Informationsveranstaltungen zu bestehenden Versorgungsmöglichkeiten, neuen Entwicklungen bei Hörgeräten und deren Vor- und Nachteile könnten für Betroffene und deren Angehörige von großem Interesse sein.

Darüber hinaus besteht Forschungsbedarf im Hinblick auf die Versorgungssituation, die Wirksamkeit und den Vergleich von Hörgeräten in unabhängigen Studien.

Literatur

Gablenz, P., Holube, I.: Prävalenz von Schwerhörigkeit im Nordwesten Deutschlands. HNO. (<https://www.springermedizin.de/praevalenz-von-schwerhoe-rigkeit-im-nordwesten-deutschlands/8034784>).

Hildebrandt, E.: Sprachverständlichkeit im Fernsehen – Vorstellung von ausgewählten Teilaspekten zu diesem Thema im Kontext der Entwicklung einer Production Guideline. Diplomarbeit an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien, Wien 2014.

Lancet (Editorial): Hearing loss: an important global health concern. Lancet Volume 387, Nr. 10036, 11.06.2016. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30777-2/fulltext?elsca1=etoc](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30777-2/fulltext?elsca1=etoc)).

Binationales Projekt zum Thema Glücksspielsucht

Iris Wurmbauer, Katja Schnell, Ref. 94

Entwicklung der zweisprachigen Postkarten „Spiellust – Envie de jouer“ zum Thema „Glücksspielsucht“ mit Informationen über Hilfeangebote auf beiden Seiten des Rheins.

In Frankreich sind so genannte Geldspielautomaten verboten, auf der deutschen Seite des Rheins sind sie allgegenwärtig. Kehl z. B. weist in Baden-Württemberg die höchste Dichte von Geldspielautomaten auf. Spielhallen und Gastronomiebetriebe in Grenznähe werden häufig auch von französischen Glücksspielern besucht. In den letzten Jahren wurde festgestellt, dass auch Menschen aus Frankreich mit Problemen durch pathologisches Glücksspielen in den deutschen Beratungsstellen ankommen. Dies stellt eine Herausforderung für die deutsche Suchthilfe in der Grenzregion dar, nicht zuletzt aufgrund sprachlicher Hürden. Auf der deutsch-französischen Tagung „Glücksspiel diesseits und jenseits des Rheins“ 2015 in Kehl wurde daher der Bedarf von deutsch-französischen Materialien zur Aufklärung über Glücksspielsucht und Beratungsmöglichkeiten auf beiden Seiten des Rheins deutlich.

Im Rahmen der „Spielverderber“-Kampagne zur Prävention der Glücksspielsucht gründete das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) eine binationale Arbeitsgruppe mit Vertretern des französischen und deutschen Suchthilfesystems sowie der Städte Kehl und Straßburg. Ziel war es zum einen, den deutschen Beratungsstellen Adressen von französischen Hilfemöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, zum anderen, direkt in den Spielhallen auf deutsche und französische Hilfeangebote aufmerksam zu machen, um so eine Vermittlung sowohl deutscher als auch französischer Personen in wohnortnahe Angebote zu erleichtern. In diesem Zusammenhang sollte eine allgemeine Sensibilisierung für das Thema „Pathologisches Glücksspiel“ in der Grenzregion erzielt werden. Gefördert wurde das Projekt durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (SM), das ebenfalls an der Umsetzung mitwirkte. In mehreren Treffen und per E-Mail wurden Ideen erarbeitet, Inhalte erstellt und Möglichkeiten der Verbreitung der Materialien besprochen und final abgestimmt. Entstanden sind so die Postkarten „Spiellust – Envie de jouer“, die in französischer und deutscher Sprache auf Beratungsangebote in vier verschiedenen Regionen auf beiden Seiten des Rheins hinweisen. Die Postkarten wurden zum bundesweiten Aktionstag Glücksspielsucht, der am 28.09.2016

stattfind, veröffentlicht und über die Mitglieder der binationalen Arbeitsgruppe an Spielhallen und Beratungsstellen in der deutsch-französischen Grenzregion verteilt.



Hintergrund der „Spielverderber“-Kampagne zur Prävention der Glücksspielsucht

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 28.03.2006 festgestellt, dass ein staatliches Monopol für Sportwetten mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG nur zu vereinbaren ist, wenn es konsequent am Ziel der Bekämpfung von Suchtgefahren ausgerichtet ist. Von den Ministerpräsidenten der Länder wurde dies im ersten Änderungsstaatsvertrag zum Glücksspielwesen (Glücksspieländerungsstaatsvertrag – GlüÄndStV) umgesetzt. Dieser trat am 01.07.2012 in Kraft. Im Landesglücksspielgesetz Baden-Württemberg (LGlüG) wird der GlüÄndStV konkretisiert. Das Land nimmt Suchtprävention als öffentliche Aufgabe wahr und stellt hierfür einen angemessenen Anteil aus den Reinerträgen der Glücksspiele zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund entwickelte das LGA im Jahr 2008 die vom SM geförderte „Spielverderber“-Kampagne zur Prävention der Glücksspielsucht. Ziel der Kampagne ist es, die Bevölkerung für die Gefahren der Glücksspielsucht zu sensibilisieren und Fachkräfte in ihrer Präventionsarbeit zu unterstützen. Dazu gehört auch die Vorhaltung und Verbreitung von Informationen zu Hilfsangeboten und Beratungsstellen in Baden-Württemberg.

Die Postkarten sowie weitere Informationen zum Thema „Glücksspielsucht“ finden Sie unter www.spass-statt-sucht.de, der Homepage zur Kampagne.



Diabetisches Fußsyndrom – Prävention und frühe Versorgung sind wesentlich

Michael Böhme, Ref. 94 (bis 31.12.2016: Abt. 9)

Das Diabetische Fußsyndrom (DFS) gehört zu den häufigen und wichtigen Begleiterkrankungen bei Menschen mit Diabetes. Es kann zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität führen. Prävention und frühe Versorgung sind daher wesentlich.

Maßnahmenplan

Diabetes mellitus Typ 2 gehört zu den wichtigsten chronischen nichtübertragbaren Erkrankungen der Bevölkerung. Insbesondere die dabei häufig auftretenden Begleiterkrankungen können die Lebensqualität deutlich beeinträchtigen und zu erheblichen direkten und indirekten Kosten führen. Angesichts der großen gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Diabeteserkrankung kommt der Umsetzung des Gesundheitszieles „Diabetes mellitus Typ 2-Risiko senken und Folgen reduzieren“ eine wichtige Bedeutung zu. Im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Integration hat daher der Fachbeirat Diabetes Baden-Württemberg 2015 den Maßnahmenplan „Diabetes mellitus Typ 2 und Schwangerschaftsdiabetes“ erarbeitet und als einen von zwei prioritären Maßnahmenbereichen die „Prävention und Verbesserung der Behandlung des DFS“ angesehen.

Entstehung und Folgen des DFS

Eine unzureichende Einstellung des Stoffwechsels, stark schwankende Blutzuckerspiegel und Veränderungen der großen und kleinen Blutgefäße können bei Menschen mit Diabetes zu direkten Schädigungen der peripheren Nerven (Polyneuropathie) führen. An den Füßen kann es dadurch zu einem reduzierten oder fehlenden Gefühl in den Füßen kommen. Es können dann Druckstellen entstehen und Verletzungen sowie Wunden erst verzögert oder gar nicht mehr bemerkt werden. Langfristig können diese an Größe und Tiefe zunehmen, Keime zu Begleitinfektionen der Wunde und davon ausgehend auch zu einer Blutvergiftung führen und so eine schwere Fußverletzung, das DFS, entstehen. Neben einer Nervenschädigung können auch Durchblutungsstörungen durch Gefäßveränderungen (Arteriosklerose) sowie eine nachhaltige Beeinträchtigung der Wundheilung durch erhöhten Blutzucker zu einem DFS führen.

Das DFS gehört zu den häufigen und wichtigen Begleiterkrankungen bei Menschen mit Diabetes. Bei sehr weit fortgeschrittener Erkrankung kann eine Amputation im Bereich der Füße oder Unterschenkel notwendig werden. Etwa 2/3 aller Amputationen der unteren Extremitäten erfolgen bei Menschen mit Diabetes. Das DFS kann zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität führen.

Wichtig zur Prävention und frühen Versorgung ist,

- Füße täglich im Blick zu behalten (Fußsohlen z. B. mit Spiegel ansehen),
- regelmäßig das Gefühl an den Füßen selbst zu testen,
- Druckstellen zu erkennen und zu entlasten (z. B. durch geeignetes Schuhwerk),
- Verletzungen zu vermeiden und Durchblutung zu fördern,
- Verletzungen und Wunden schnell und konsequent zu behandeln sowie ausreichend professionell zu reinigen (z. B. beim Hausarzt),
- bei verzögerter Wundheilung frühzeitig zum Arzt zu gehen und
- nicht oder schlecht heilende Wunden zusätzlich von Spezialisten mitbehandeln zu lassen.

Informationen und Tipps

Informationen und Tipps zum DFS wurden 2016 in einem Flyer sowie auf den Internetseiten des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) neu zusammengestellt. Hier finden sich auch die folgenden Tipps:

- Gefühlsstörungen: Das Vorliegen von Gefühlsstörungen kann jeder selbst überprüfen. Hierzu sollte man sich bequem hinsetzen, die Strümpfe ausziehen und die Augen schließen. Eine andere Person tippt jetzt mit einem leicht spitzen Gegenstand (z. B. einem Stift) in zufälliger Reihenfolge an die Fußzehen. Der Untersuchte muss angeben, ob und wo er etwas bemerkt.
- Nicht abheilende Wunden: Über einen Monat nicht abheilende Wunden sollten nicht nur beim Hausarzt behandelt, sondern auch von Gefäß-, Diabetes- bzw. Fußspezialisten angesehen und mitbehandelt werden, um langfristige Risiken wie z. B. eine Amputation in ungünstig verlaufenden Fällen zu verringern.
- Amputation: Wurde die Empfehlung für eine Amputation ausgesprochen und war bislang noch kein spezialisiertes Zentrum für den diabetischen Fuß in die Behandlung einbezogen, sollte spätestens jetzt – falls möglich – die Meinung eines spezialisierten Fußzentrums über die Möglichkeiten der Operationsvermeidung eingeholt werden.

Mehr dazu finden Sie auf der Homepage des LGA (www.gesundheitsamt-bw.de) bei Eingabe des Webcodes LGA178 unter „Suche“.

Neues Element in der HIV-Prävention: Die Präexpositionsprophylaxe

Johanna Körber, Ref. 94

Mit antiretroviralen Medikamenten kann eine HIV-Infektion nicht nur behandelt, sondern sogar verhindert werden.

PrEP ist die Abkürzung für Präexpositionsprophylaxe. Bei der PrEP nehmen HIV-negative Menschen ein zur Therapie von HIV zugelassenes Medikament vorbeugend ein, um sich vor einer HIV-Infektion zu schützen. Für die PrEP wird in der Regel Truvada® eingesetzt.

Wichtigstes Argument für die PrEP ist ihre Wirksamkeit. Diese wurde 2015 in zwei Studien, die mit schwulen Männern durchgeführt wurden, nachgewiesen. Die vorschriftsmäßige Einnahme von Truvada® führte zu einer Senkung des HIV-Übertragungsrisikos von 86 %. Studien, die mit Frauen und heterosexuellen Paaren durchgeführt wurden, zeigten keine so guten Ergebnisse, was u. a. daran lag, dass die PrEP nicht vorschriftsmäßig eingenommen wurde. Dies konnte anhand des Medikamentenspiegels im Blut der Studienteilnehmenden festgestellt werden. Allerdings wurde auch entdeckt, dass sich die entscheidenden pharmakologischen Substanzen in der Vagina und im Vaginalsekret weniger stark anreichern. Die PrEP wirkt somit bei Frauen weniger gut. Die Anwendung der PrEP birgt aber auch Risiken. Das Medikament muss konsequent eingenommen werden; nur dann ist die PrEP wirksam. Werden Tabletten vergessen, kann es zu einer HIV-Infektion kommen. Bleibt dies zunächst unbemerkt, können sich Resistenzen entwickeln. Für die Betroffenen bedeutet das konkret, dass das verhältnismäßig gut verträgliche Truvada® für die Behandlung nicht mehr eingesetzt werden kann. Deshalb sind während der Anwendung der PrEP regelmäßige HIV-Tests erforderlich. Außerdem hat Truvada® Nebenwirkungen: Dazu zählen z. B. Nierenschädigungen oder eine Verminderung der Knochendichte. Daher sind zusätzliche Laboruntersuchungen notwendig.

Kosten: Allein für das Medikament sind in Deutschland ca. 800 € im Monat fällig. Eine Kostenreduktion ist vor Ablauf des Patentschutzes im Juli 2017 nicht zu erwarten. Die notwendige medizinische Überwachung verursacht ebenfalls Kosten. In Deutschland werden diese Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen.

Bewertung: Die WHO empfiehlt seit 2015 die PrEP als Teil eines umfassenden Präventionspakets gegen HIV. Die Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG) hält es für sinnvoll, die PrEP für Menschen mit hohem Risiko für eine HIV-Infektion verfügbar zu machen. Dabei

wird die PrEP immer als zusätzliche Präventionsoption gesehen, d. h. als Ergänzung zur Anwendung von Kondomen.

Hintergrund: Auf der 20. Internationalen AIDS-Konferenz 2014 in Melbourne forderte UNAIDS-Präsident Michel Sidibé, die Aids-Epidemie bis 2030 zu beenden. Um dieses visionäre Ziel zu erreichen, hat UNAIDS die Strategie 2016-2021 mit dem Namen „On the Fast-Track to end AIDS“ erarbeitet. Ein wichtiges Ziel lautet 90 – 90 – 90. Dies bedeutet: 90 % aller HIV-Infizierten wissen um ihre Infektion, 90 % von ihnen erhalten eine antiretrovirale Therapie (ART) – 90 % aller Therapierten sind bezogen auf ihre Virusmenge unter der Nachweisgrenze, also nicht mehr infektiös.

In Deutschland sieht die Lage gemäß der Schätzung des Robert Koch-Instituts zu HIV/Aids (Stand Ende 2015) wie folgt aus: 84 700 Menschen (100 %) leben mit der HIV-Infektion, 85 % (72 000 Menschen) von diesen wissen das und wiederum 84 % von diesen (60 700) erhalten eine ART. Wie viele von ihnen unter der Nachweisgrenze sind, ist nicht bekannt. Weltweit leben nach Schätzungen mehr als 36 Millionen Menschen mit HIV und Aids, aber nur gut die Hälfte weiß davon. Knapp 16 Millionen Menschen werden adäquat behandelt. Diese Zahlen zeigen, wie ambitioniert das Ziel 90 – 90 – 90 bezogen auf die ganze Welt ist. UNAIDS geht davon aus, dass unter der Voraussetzung, dass die Ziele erreicht werden, das „Ende der Aids-Epidemie“ 2030 verkündet werden könnte. Unter dem Motto „Zero – Zero – Zero“ werden bis 2030 „Null HIV-Neuinfektionen“, „Null Diskriminierungen“ und „Null durch Aids verursachte Todesfälle“ angestrebt.

Der Baukasten der Instrumente zur HIV-Prävention wird laufend erweitert. Zu den klassischen Elementen gehört der Gebrauch von Kondomen. Zu den jüngsten die antiretrovirale Therapie für HIV-positive Menschen, mittels der die Viruslast unter die Nachweisgrenze gedrückt werden kann, damit diese Menschen nicht mehr ansteckend sind. Als weitere präventive Option kommt nun die PrEP hinzu. In asymmetrischen Beziehungen, in denen eine Person nicht in der Lage ist, Kondome durchzusetzen, ist PrEP unter Umständen die einzige Möglichkeit, sich vor HIV zu schützen. Dies kann durch die rechtliche Situation und/oder durch die mangelnde Möglichkeit, den Anspruch auf gesundheitliche Unversehrtheit durchzusetzen, bedingt sein. Nicht umsonst nennt UNAIDS als weitere entscheidende Voraussetzung für das Ende der Aids-Epidemie die Gleichberechtigung der Geschlechter.



Antibiotic Stewardship als zusätzliche MRE-Präventionsstrategie

Peter Weidenfeller, Ref. 93

Zur Verminderung der Ausbreitung multiresistenter Bakterienstämme gehört die Surveillance von Antibiotika-Resistenzen und -Verbrauch. Fortbildungen zum rationalen Antibiotikaeinsatz wurden für Ärzte im interdisziplinären Team mit Apothekern und Mikrobiologen entwickelt.

Die Zunahme der Keimträgerschaft mit vielfach antibiotikaresistenten Erregern (MRE) bei Patienten und Pflegebedürftigen erhöht das Risiko schwer behandelbarer Krankenhaus-Infektionen. Sie bedingt zusätzlichen Aufwand für Diagnostik und Therapie sowie zur Umsetzung notwendiger Hygienemaßnahmen gegen ihre Weiterverbreitung in Klinik und Praxis, ambulanter und stationärer Pflege. Der Schwerpunkt der Prävention lag zunächst im Screening von definierten Risikogruppen auf Besiedelung mit ausgewählten MRE (MRSA, VRE und MRGN) sowie in festgelegten Barriere-Maßnahmen bei Behandlung bzw. Pflege und Information nachbehandelnder Einrichtungen. Gegen MRSA-Kolonisation kommen zusätzlich Sanierungskonzepte zum Einsatz.

Antibiotika-Resistenzstrategie

Da die Selektion von MRE kausal unmittelbar mit dem Einsatz von Antibiotika in Verbindung steht, sind strikte Indikationsstellung und zielgenaue Verordnung in den Mittelpunkt erweiterter Präventionsstrategien gerückt. Die Verminderung des Selektionsdrucks auf fakultativ humanpathogene Flora muss bereits bei der Reduktion des Antibiotikaeinsatzes in der Tiermast erfolgen. Zentrales Ziel der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) ist die Verminderung der Verbreitung von Resistenzen und nosokomialen Infektionen. Die Medizinhygiene-Verordnung BW von 2012 gibt in § 10 (5) vor, dass Daten zu Resistenzen, Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs unter Beteiligung einer klinisch-mikrobiologischen und pharmazeutischen Beratung bewertet und Konsequenzen für das Verordnungs-Management abgeleitet werden. Zu Antibiotikaeinsatz und Resistenzsituation auf Intensivstationen kann man Referenzdaten im deutschen Surveillance-System SARI (sari.eu-burden.info) einsehen. Angaben zu Verbrauch und Resistenzen in Human- und Veterinärmedizin finden sich im jährlich erstellten Antibiotika-Resistenzatlas Germap (www.bvl.bund.de). Zusätzlich wurde eine Datenbank im Rahmen des Antibiotika-Surveillance-Systems (ARS) mit Daten medizinisch-mikrobiologischer Labors zur Resistenzsituation im stationären und ambulanten Bereich aufgebaut (ars.rki.de).

Schulungen des Antibiotic Stewardship (ABS)

Der Selektionsdruck auf Bakterien wird geringer, wenn Antibiotika nur eingesetzt werden, falls sie therapeutisch oder prophylaktisch nachweislich indiziert sind und das Antibiotikaregime hinsichtlich Wirkstoffauswahl, Applikation, Dosierung, Intervall und Dauer der Verabreichung optimiert wird. Der rationalen Antibiotika-Anwendung dienen vom Robert Koch-Institut sowie den Fachgesellschaften für Infektiologie (DGI) und für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) unterstützte Maßnahmen und Schulungen des ABS, wie sie auch das ABS-Curriculum der Bundesärztekammer von 2016 repräsentiert. In gesamt vier Grund- und Aufbaukursmodulen strukturierte Fortbildungen ermöglichen es Klinikärzten, Aufgaben des Antibiotika-Managements im eigenen Haus qualifiziert wahrzunehmen.

Inhalte sind Mikrobiologie der bakteriellen Erreger, Pharmakologie der Antiinfektiva, Grundlagen der Infektionsdiagnostik, Leitlinien zur Behandlung spezifischer Infektionen, Resistenzstatistik, Strategien gegen MRE, Verordnungsanalysen und Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance, Gestaltung von Antiinfektiva-Hauslisten und Sonderrezept-Regelungen mit praktischen Übungen. Auch ambulant tätige Ärzte sollen sich an einer kalkulierten Antibiotikatherapie beteiligen: Indikationen beachten, Patienten ausführlich beraten, abwartend und nur nach Resistogramm verordnen, Dosis, Intervalle und Therapiedauer prüfen und Reservesubstanzen zurückhaltend einsetzen.

Die Umsetzung der Programme erfordert neben systematischer Schulung die Etablierung interdisziplinärer ABS-Teams (infektiologisch geschulter Arzt, Apotheker, Arzt für Mikrobiologie und ggf. Hygieniker) in jedem Krankenhaus, welche die hauseigenen Leitlinien zur Antibiotika-Verordnung formulieren, den Verbrauch überwachen, nachgewiesene Resistenzen bewerten, den Einsatz von Reserveantibiotika begrenzen, andere Ärzte beraten und fallbezogene Konsile erstellen.

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg informiert in Beratungen und Schulungen Klinikfachpersonal, Ärzte und ÖGD im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen zum Antibiotika-Management und unterstützt somit auch die behördliche Aufsicht über medizinische Einrichtungen bei der Bewertung der Umsetzung von § 23 (4) IfSG und § 10 (5) Med-HygVO. Die Fortentwicklung der rationalen Antibiotikatherapie ist Schwerpunktthema der Netzwerkarbeit zur MRE-Prävention. Zur Individualberatung (in komplexen Fällen), die aus Netzwerkmitteln finanziert und von Ärzten bei der Behandlung von Keimträgerschaft und chronischen Infektionen genutzt werden kann, besteht Kontakt zur Infektiologie am Uniklinikum Freiburg.

Aufbruch im Medizinischen Arbeitsschutz

Peter Michael Bittighofer, Ref. 96

Die Stärkung der Gewerbeaufsicht ist Programm eines Kabinettsbeschlusses. Dies soll in der ersten Stufe durch Aufbau von Kompetenzstellen geschehen. Im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) wurde eine Kompetenzstelle „Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Betriebliches Gesundheitsmanagement“ geschaffen.

Das Referat Arbeitsmedizin, Staatlicher Gewerbearzt im LGA arbeitet der Gewerbeaufsicht (GewA) in den Land- bzw. Stadtkreisen und Regierungspräsidien zu, d. h. es berät und unterstützt die GewA in Fragen des medizinischen Arbeitsschutzes. Dazu zählen die Arbeitsmedizin, die Arbeitspsychologie sowie alle Themen, die dem Erhalt und der Förderung der Gesundheit bei der Arbeit dienen (Betriebliches Gesundheitsmanagement). Durch personelle Verstärkung sollen die Präsenz in der Fläche erhöht und die Kontakte zur GewA gefördert werden. Das Referat erhält damit die Funktion einer „zweiten Ebene“, wenn Fragen oder Probleme entstehen, für welche die GewA auf arbeitsmedizinische oder arbeitspsychologische Kompetenz angewiesen ist.

Im Referat werden die Funktionen seit 01.01.2017 klarer als bisher getrennt (siehe auch S. 54). Die Zuständigkeiten sollen so wie bisher geregelt bleiben: Die Gewerbeärzte und Arbeitspsychologen können – unabhängig von der GewA – in Einzelfällen Betriebe aufsuchen (z. B. bei Nachforschungen bezüglich Berufskrankheiten). Die Aufgaben sind auf drei Sachgebiete (SG) aufgeteilt.

SG 1: Kompetenzstelle Arbeitsmedizin, Systemkontrolle, arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung

Die Arbeit im SG 1 orientiert sich wesentlich an dem Konzept der Systemkontrolle. Neben den Beratungsaufgaben sollen eigene Prüfungen der innerbetrieblichen Arbeitsschutzorganisation hinsichtlich der betriebsärztlichen Betreuung möglich sein. Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung muss neu aufgebaut werden. Sie ist eine langfristig angelegte Aufgabe, welche zuerst eigene Daten nutzen und für kleine Monitorberichte aufbereiten wird. In Zusammenarbeit mit anderen datennutzenden Stellen können dann in weiteren Schritten größere Monitorberichte erstellt werden.

Zum Thema Mutterschutz werden anhaltend viele Nachfragen registriert. Es wird erwartet, dass die Nachfragen nach Verabschiedung des novellierten

Mutterschutzgesetzes zunehmen werden. Die Zuständigkeit für die Beratung der GewA und von Betrieben bzw. Einrichtungen zum Thema Mutterschutz ist deshalb ebenfalls dem SG 1 zugeordnet.

SG 2: Kompetenzstelle Arbeitspsychologie, Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Das SG 2 übernimmt im Themenfeld Arbeitspsychologie die Schulung und Beratung der GewA. Am Anfang steht die Schulung der Mitarbeiter der GewA im Vordergrund. Hier wird ein „aufsuchendes“ Schulungskonzept angestrebt, welches möglichst standortnah Kurzzeit-Schulungen mit „Hausaufgaben“ und interaktive Lernmöglichkeiten vorsieht. Das Konzept muss den personellen Möglichkeiten des SG entsprechen. Die Schulungen sollen so aufgebaut werden, dass Schritt für Schritt theoretische und praktische Erfahrungen verknüpft werden. In einem Pilotprojekt ist noch 2016 das Konzept erprobt worden. Für die tägliche Arbeit in den GewA sollen Arbeitshilfen erstellt werden. Die Fachkräfte des SG stehen den Mitarbeitenden der GewA-Stellen in den Landkreisen zur Beratung zur Verfügung. Im LGA wird zukünftig die Fachgruppe Arbeitspsychologie tagen.

Die Betriebliche Gesundheitsförderung sollte für Arbeitgeber ein besonderes Anliegen sein. Deshalb bietet das LGA Beratung zur Einrichtung des BGM in Betrieben an. Eine wesentliche Stütze dazu wird eine Website zu diesem Thema sein.

SG 3: Staatlicher Gewerbearzt, Berufskrankheiten

Hier werden weiterhin die „klassischen“ Aufgaben des Staatlichen Gewerbearztes ausgeführt: Beratung der GewA bei aktuell auftretenden Fragen mit Gesundheitsbezug, Bearbeitung von Berufskrankheiten (BK), Betriebsbesuche (in der Regel wegen BK-Fällen).

BK können weiterhin nur selektiv bearbeitet werden. Es soll aber eine stärkere Vereinheitlichung der Bearbeitung erreicht werden. Dazu sollen regelmäßige Fortbildungen und Fallberichte kommen. Weiterhin sind Projekte geplant. Ein erstes zum Thema „Bestandsaufnahme der BK 5103 im Jahr 2015“ läuft schon. Die BK 5103 „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ ist 2015 neu in die BK-Verordnung aufgenommen worden.



Die Arbeitspsychologie legt los – Pilotprojekt zur Schulung der Arbeitsschutzaufsicht

Marina Lind, Ref. 96

Durch das Arbeitsschutzgesetz ist der Gesetzgeber dazu verpflichtet, Arbeitsbedingungen auch hinsichtlich psychischer Belastungen zu beurteilen und geeignete Maßnahmen abzuleiten. Die Arbeitsschutzaufsicht überprüft die Umsetzung des Gesetzes und muss darin unterstützt werden, das Thema „Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen“ in die Betriebe zu bringen. Aus diesem Grund wird aktuell ein Konzept für die Schulung der Arbeitsschutzaufsicht entwickelt und als Pilotprojekt erprobt.

Im Oktober 2016 veröffentlichte die Techniker Krankenkasse eine Befragung mit dem Titel „Entspann Dich Deutschland“. Es wurden 1 200 Personen, repräsentativ für die deutsche Bevölkerung, dazu befragt, was sie am meisten stresst: Die meisten Personen fühlen sich durch die Arbeit belastet. Auslöser für Stress bei der Arbeit sind psychische Belastungsfaktoren, die vier Bereichen zugeordnet werden können: Arbeitsaufgabe, Arbeitsorganisation, Arbeitsumgebung und soziale Beziehungen. Sind Menschen psychischen Belastungsfaktoren ausgesetzt, kann dies mit gesundheitlichen Konsequenzen einhergehen. Hat ein Beschäftigter beispielsweise wenig Handlungsspielraum und nicht die Möglichkeit, die Arbeitsweise, die Arbeitsmittel, die Arbeitsziele und die zeitliche Abfolge der Tätigkeiten selbst zu bestimmen, kann dies mitunter zu kardiovaskulären Erkrankungen führen. Darüber hinaus können auch psychische Störungen wie depressive Störungen und Angststörungen infolge des geringen Handlungsspielraums auftreten. Um Menschen vor möglichen psychischen Belastungsfaktoren und den häufig damit einhergehenden gesundheitlichen Konsequenzen zu schützen, müssen die Arbeitsbedingungen hinsichtlich Arbeitsaufgabe, -organisation, -umgebung und sozialen Beziehungen menschengerecht gestaltet sein. Durch das Arbeitsschutzgesetz ist der Arbeitgeber dazu verpflichtet, die Arbeitsbedingungen zu beurteilen und entsprechende Maßnahmen abzuleiten und umzusetzen. Seit 2013 sind auch psychische Belastungen bei der Arbeit in die Gefährdungsbeurteilung einzubeziehen. Die Arbeitsschutzaufsicht hat die Aufgabe, die Umsetzung des Gesetzes in den ca. 270 000 Betrieben mit ca. 3,7 Millionen Beschäftigten in Baden-Württemberg zu überprüfen. Da diese Thematik noch nicht in alle Betriebe vorgedrungen ist, ist es wichtig, die Experten der Arbeitsschutzaufsicht mit geeignetem Rüstzeug auch zu „psychischen Be-

lastungen bei der Arbeit“ auszustatten, um dieses Thema in die Betriebe zu bringen. Aus diesem Grund wird ein Schulungskonzept entwickelt und aktuell als Pilotprojekt durchgeführt.

Das Pilotprojekt

Das erste Pilotprojekt für die Schulung der Arbeitsschutzaufsicht fand im Zeitraum von Oktober 2016 bis Januar 2017 in Ulm statt. Die Schulung besteht aus drei Bausteinen, die auf fünf Einzelsitzungen aufgeteilt werden. Die ersten beiden Bausteine verteilen sich jeweils auf zwei Tage, und der dritte Baustein findet an einem Tag statt. Das Projekt ist durch seine Standortnähe und Teilnehmerorientierung gekennzeichnet. Die Inhalte der Schulung orientieren sich an der LASI-Veröffentlichung (LV 52) „Integration psychischer Belastungen in die Beratungs- und Überwachungspraxis der Arbeitsschutzbehörden“. Inhalte der Schulung sind u. a.: psychische Belastungsfaktoren, gesundheitliche Folgen, psychologische Erklärungsmodelle, der Gefährdungsbeurteilungsprozess, rechtliche Grundlagen sowie Fragebögen, Checklisten und Beobachtungsinterviews zur Erfassung psychischer Belastungen. Auch Argumentationen für die Gespräche in den Betrieben werden erarbeitet. Diesbezüglich ist es entscheidend, mögliche gesundheitliche Folgen zu diskutieren. Des Weiteren ist es wichtig, die Effekte aufzuzeigen, die sich durch das Aufdecken von psychischen Belastungsfaktoren und der Implementierung von geeigneten Veränderungsmaßnahmen positiv auf die Betriebe auswirken wie z. B. weniger Krankheitstage der Mitarbeitenden. In den Pilotschulungen werden verschiedene Methoden angewendet wie Gruppendiskussionen, Gruppenarbeiten, Lehrgespräche und PowerPoint-Präsentationen. Ziele des Pilotprojekts sind die Kontaktherstellung zur Arbeitsschutzaufsicht und eine angemessene Auswahl von Unterrichtsformen und -inhalten, um daraus ein geeignetes Schulungskonzept abzuleiten und entwickeln zu können, welches die strukturellen Besonderheiten in Baden-Württemberg berücksichtigt. Damit diese Ziele erreicht werden, wird im Rahmen der Schulung Raum für Rückmeldungen und Bedarfsabfragen gegeben. Darüber hinaus wird das Projekt evaluiert, um ein tragfähiges Schulungskonzept zu erstellen, das fest in die Ausbildung der Arbeitsschutzaufsicht integriert ist.

Implementierung von BGM-Zielsystemen in Organisationen

Kurt Gläser, Anna-Lena Kloß, Ref. 96

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) folgt denselben Prinzipien wie andere Managementsysteme auch. Ein unverzichtbarer Baustein ist die Zielformulierung. Viele Unternehmen, die nach eigener Angabe bereits ein BGM betreiben, haben hier noch Optimierungspotenziale.

In der freien Wirtschaft wie auch in öffentlichen Einrichtungen werden Gesundheitsangebote häufig ohne Zielorientierung organisiert. Sie sind gut gemeint, in der Konsequenz können Erfolge der Maßnahmen aber nicht bewertet werden. Zielbezogene Kennzahlen und Indikatoren fehlen. Systematische Verbesserungen der Konzepte sind nicht möglich, weil es keinen Abgleich zwischen Soll- und Istwerten gibt. Statt von einem prozessorientierten Managementsystem kann dann nur von zufallsorientierter betrieblicher Gesundheitsförderung die Rede sein – also von punktuellen, zeitlich befristeten Einzelmaßnahmen, häufig ohne inneren Zusammenhang.

Eine Arbeitsgruppe der Landesverwaltung Baden-Württemberg hat deshalb 2015 ein Konzept zur Implementierung von BGM-Zielen erarbeitet; 2016 folgten Transferveranstaltungen und die Implementierungsphase in ersten Organisationen. Initiative und Federführung lagen beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. An der Arbeitsgruppe haben sich einige Organisationen der Landesverwaltung beteiligt, deren BGM im Rahmen des bundesweiten „Corporate Health Award“ ausgezeichnet wurde. Sie konnten Erfahrungen aus der Wettbewerbsteilnahme einbringen, weil sie sich im Rahmen der Audits bereits mit Fragen nach organisationalen Gesundheitszielen auseinandersetzen mussten. Auch die Mehrzahl der Ministerien sowie der Rechnungshof waren in der Arbeitsgruppe vertreten.

Ein BGM-System verursacht zunächst Zusatzaufwand – bei den BGM-Verantwortlichen genauso wie

bei den teilnehmenden Beschäftigten. Deshalb ist es in der Regel erwünscht, dass die eingesetzten Ressourcen – finanzielle Investitionen/Steuer Gelder, personelle Kapazitäten/Arbeitszeit – sich „rechnen“. Spätestens hier führt dann kein Weg an einer planvollen Vorgehensweise inkl. durchdachtem Zielsystem vorbei. Die Arbeitsgruppe hat deshalb zwei Modelle betrachtet und für die BGM-Zwecke angepasst: Die Balanced Scorecard (BSC) und alternativ das EFQM-Modell. Beide Konzepte sind in der Landesverwaltung bereits im Einsatz. Im Idealfall ist das BGM-Zielsystem also direkt anschlussfähig an vorhandene Strategieansätze. Inhaltlich orientierte sich die Arbeitsgruppe an folgenden BGM-Standards:

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: DGUV-Qualitätskriterien „Gesundheit im Betrieb“
- „BGM-Check“ der Gesundheitsförderung Schweiz bzw. „Fragebogen zur Selbsteinschätzung“ des European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)
- DIN SPEC 91020 BGM (entspricht ISO-Qualitätsmodell)

Die Konzeptentwicklung in der hochengagierten Arbeitsgruppe war der erste Schritt. Für die tatsächliche Implementierung in Organisationen gilt: Der Weg ist das Ziel – und der Weg ist nicht einfach. Erfreulicherweise gab es 2016 mehrere erfolgversprechende Ansätze innerhalb der Landesverwaltung, die auch dem Aufbau von Erfahrungswissen dienen und weiteren interessierten Unternehmen den Weg erleichtern. Vielversprechende Ansätze waren BGM-Strategieworkshops und Praxisprojekte in Kooperation mit Hochschulen.

Die Tabelle zeigt Auszüge aus dem auf der BSC basierenden BGM-Zielsystem. Um die Komplexität in den Griff zu bekommen, wäre es völlig ausreichend, wenn eine Organisation mit einer Perspektive bzw.

Teilaspekten daraus startet und die Perspektiven über einen mehrjährigen Prozess nach und nach vervollständigt. Positiver Nebeneffekt: „Lernen bei der Arbeit“ ist nicht nur für Beschäftigte ein entscheidender Gesundheitsfaktor – Gleiches gilt für organisationales Lernen und resiliente Unternehmen.

Zielperspektive: Gesundheit der Beschäftigten [BGM als „Dienst“ am internen Kunden]	Zielperspektive: Unternehmensleistung [BGM als Beitrag zur Wertschöpfungskette]
Strategische Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheit der Beschäftigten fördern ▪ Übergang in Ruhestand bei guter Gesundheit ▪ Unterstützung der Arbeitsfähigkeit präventiv und schnellstmöglich im Krankheitsfall 	Strategische Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstleistungsqualität sichern ▪ Attraktives Unternehmensimage ▪ Demografiefeste Organisation/Fachkräftegewinnung und -sicherung
Zielperspektive: Prozesse [BGM als eigenes System]	Zielperspektive: Potenziale/Entwicklung [Betriebliche Gesundheit als systemischer Effekt]
Strategische Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ▪ BGM-Systemleistung kontinuierlich erhöhen ▪ Vernetzung des BGM mit den Kern- und Führungsprozessen und den betrieblichen Strukturen 	Strategische Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisationale Gesundheitskompetenz ausbauen ▪ BGM-Engagement aller Beschäftigten stärken ▪ Gesundheitskultur entwickeln
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basis des Gesamtmodells ist das Einhalten der gesetzlichen Vorgaben: Arbeitsschutz, BEM u. a. ▪ Weitere, unabdingbare Voraussetzung ist das authentische Bekenntnis der obersten Leitungsebene, die betriebliche Gesundheit als Wert anzuerkennen und vollumfänglich zu fördern. 	



Netzwerkansätze zur Förderung des BGM in kleinen und mittelständischen Unternehmen

Kurt Gläser, Ref. 96

In Betrieben, die aufgrund der Beschäftigtenzahlen als Klein- oder Kleinstbetriebe eingestuft werden, ist häufig das Gesundheitsbewusstsein besonders stark ausgeprägt. Die Handlungsmöglichkeiten für konkrete Gesundheitsprogramme sind dagegen eher eingeschränkt. Überbetriebliche Netzwerkansätze können eine Lösung darstellen.

Belastungen und Verantwortlichkeiten verteilen sich auf umso weniger Schultern, je kleiner ein Betrieb ist. Krankheitsbedingte Ausfälle fallen deshalb schwerer ins Gewicht. Aus diesem Grund kümmern sich gerade kleine Betriebe häufig sehr ausgeprägt um die Gesundheit der Mitarbeitenden. Gesundheit, Motivation, Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit sind dort wichtige Faktoren für die Wettbewerbsfähigkeit und das Überleben am Markt. Die Frage, ob sie ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) umsetzen, würden diese Organisationen aber in der Regel verneinen. Dabei werden dort wichtige Managementkomponenten wie die Unterstützung durch die oberste Leitung, Mitarbeiterorientierung und eine Kultur der Aufmerksamkeit für Gesundheit jeden Tag gelebt.

Eine Möglichkeit, Betriebe dort abzuholen, wo sie stehen, die BGM-Reife weiterzuentwickeln und das – häufig vernachlässigte – Einhalten gesetzlicher Basisanforderungen des Arbeitsschutzes zu fördern, sind überbetriebliche Netzwerkansätze. Mit dem neuen Präventionsgesetz erhielten diese Ansätze im Jahr 2016 neuen finanziellen Schub. Sieht der Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen doch u. a. das Präventionsprinzip vor: „Verbreitung und Implementierung von BGF durch überbetriebliche Netzwerke“.

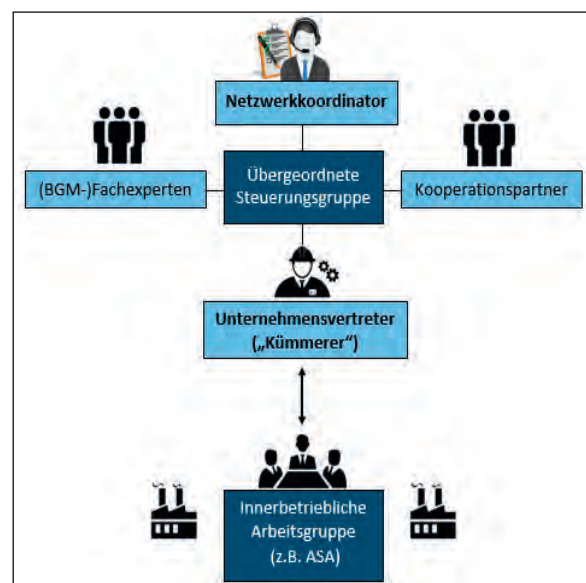
Eine Transferfunktion und Netzwerk-übergreifende Rolle nahm dabei das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg in Kooperation mit dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau Baden-Württemberg (WM) ein. Denn die Erfahrungen zeigen eine starke Heterogenität, was Initiative, Zielsetzungen, Homogenität, Arbeitsweise, Ressourcen und Wissensstand der Netzwerkakteure anbetrifft. Netzwerkinitiativen gehen häufig von IHKs, Wirtschaftsförderungen und Hochschulen aus. Kommunale Gesundheitskonferenzen sind in den 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg dank Landesgesundheitsgesetz zwar seit Ende 2015 eine Pflichtaufgabe, nur vier Konferenzen befassten sich 2016 allerdings strukturiert mit dem Thema „BGM“.

Deshalb wurde begonnen, die vielfältigen Netzwerkansätze untereinander zu verknüpfen. Dieser In-

formationsaustausch zu Modellen guter Praxis soll im Sinne eines wechselseitigen Lernens, Wissenstransfers und Erfahrungsaustausches in den Folgejahren ausgebaut werden. Als Kommunikationsplattform dafür ist eine BGM-Website vorgesehen, die in Kooperation mit dem WM betrieben wird.

Erste Erfolge zeigten sich in der gegenseitigen Zusammenarbeit einiger Netzwerke, z. B. bei der Erstellung von regionalen Wegweisern durch die Landschaft der Leistungsanbieter in den Feldern „betriebliche Prävention“ und „Gesundheitsförderung“. Ein Modell mit großem Übertragungspotential ist auch das Label „Gesund im Betrieb“ der Reutlinger Gesundheitskonferenz.

Da Netzwerke in der Regel eher unverbindliche Gebilde sind und eine konstruktive und vor allem nachhaltige Arbeit nicht automatisch gelingt, geht das Projekt „GAfF – Gesunde Arbeit für Furtwangen“ neue Wege. Im Laufe des Jahres 2016 wurde unter Federführung der Hochschule Furtwangen ein BGM-Netzwerk für kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) konzipiert und institutionalisiert. Der Fokus wurde dabei von Anfang an auf eine gute Struktur- und Prozessqualität gelegt. Innovativ ist, dass die Nachhaltigkeit durch verbindliche Elemente wie eine finanzielle Beteiligung der Unternehmen und eine schriftliche Kooperationsvereinbarung aller beteiligten Partner gefördert werden soll.



Quelle: Kienzler, R. (2016), Konzeption zur Initiierung eines BGM-Netzwerks für kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) im ländlichen Raum, Hochschule Furtwangen (unveröffentlicht)

Weiterentwicklung des Curriculums „Kurs für öffentliches Gesundheitswesen“ in Baden-Württemberg

Bertram Geisel, Ref. 93 (bis 31.12.2016: Ref. 96)

Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (SM) beauftragte nach dem ersten Kursdurchgang eine Arbeitsgruppe mit der Weiterentwicklung der fachlichen, organisatorischen und didaktischen Kurskonzeption. Ein Abschlussbericht wurde im Dezember 2016 an das SM übergeben.

Baden-Württemberg hat im Rahmen der Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sowie einer notwendigen Qualifizierungsoffensive gemeinsam mit der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie e. V. (SAMA) im Jahr 2014 einen Kurs für öffentliches Gesundheitswesen etabliert, der interprofessionell und modular durchgeführt und von der SAMA organisiert wird. Er wendet sich an alle Professionen, die im ÖGD arbeiten. Spezielle Zielgruppen sind Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung, Hygienekontrolleure und Sozialmedizinische Assistentinnen (SMA). 2011/12 wurde in einer vom SM eingesetzten ÖGD-Arbeitsgruppe D das Curriculum für den gesamten Kurs entwickelt.

Nach Abschluss des ersten Kursdurchgangs im Frühsommer 2016 hat das SM die Arbeitsgruppe „Aus-, Fort- und Weiterbildung im ÖGD“ beauftragt, die vorhandenen inhaltlichen Schwerpunkte sowie die strukturelle Gliederung des Kurses unter Berücksichtigung des novellierten ÖGD-Gesetzes, des neuen Landesgesundheitsgesetzes und der Erfahrungen aus dem ersten Kursdurchgang zu überprüfen und fortzuschreiben.

Zur fachlichen Überarbeitung des Curriculums wurden fünf Unterarbeitsgruppen mit insgesamt 33 Mitgliedern gebildet und eine einheitliche fachliche Gliederungssystematik für alle Kursmodule, Praktika und vorbereitenden Kursteile erarbeitet. Aufbauend auf den Rückmeldungen der Kursteilnehmenden, der Referenten, aus den Gesundheitsämtern und nach Gesprächen mit Hochschuldidaktikern sind Empfehlungen zur strukturellen und inhaltlichen Weiterentwicklung des Kurses entwickelt worden.

Der modulare Aufbau mit Grund-, Aufbau- und Zusatzmodulen hat sich bewährt und soll beibehalten werden. Das Grundmodul mit dem Ziel einer breiten Qualifizierung aller im ÖGD arbeitenden Professionen wurde gut angenommen. Dennoch wird eine

Verkürzung von vier auf drei Wochen vorgeschlagen, da sich gezeigt hat, dass einige spezifische Inhalte (z. B. Epidemiologie und Statistik) besser in den Aufbaumodulen unterrichtet werden.

Außerdem wurden grundsätzliche organisatorische und didaktische Hinweise zur Weiterentwicklung des Kurses erarbeitet (Kurswochenaufbau, Kursort, Integration von Hospitationen, lokale Lerngruppen zur Förderung der Vernetzung, Reflexion des eigenen Rollenverständnisses und von Haltungen, Lernportfolio).

Mit der Weiterentwicklung des Kurses soll noch stärker als bisher ein Kompetenzerwerb gefördert werden: Die Fachkräfte im ÖGD sollen für das veränderte Rollenverständnis sensibilisiert und mit dem notwendigen Fach- und Methodenwissen vertraut gemacht werden.

Im Rahmen der angestrebten Anbindung des Kurses für öffentliches Gesundheitswesen an einen Masterstudiengang muss sich die Weiterentwicklung des Kurses auch am Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse orientieren. Die detaillierte Beschreibung von Kompetenzen, Lern- und Qualifikationszielen wird eine zukünftige Aufgabe darstellen, die – so der Vorschlag aus der Arbeitsgruppe – vom Zentrum für Hochschuldidaktik in der Medizin Baden-Württemberg an der Universität Tübingen begleitet werden sollte.



Kurstag in der Nordbahnhofstr. 135



Visualisierung von epidemiologischen Daten zur Gesundheit

Iris Zöllner, Ref. 92 (bis 31.12.2016: Ref. 95); Anne Fechner, Ref. 94 (bis 31.12.2016: Ref. 95)

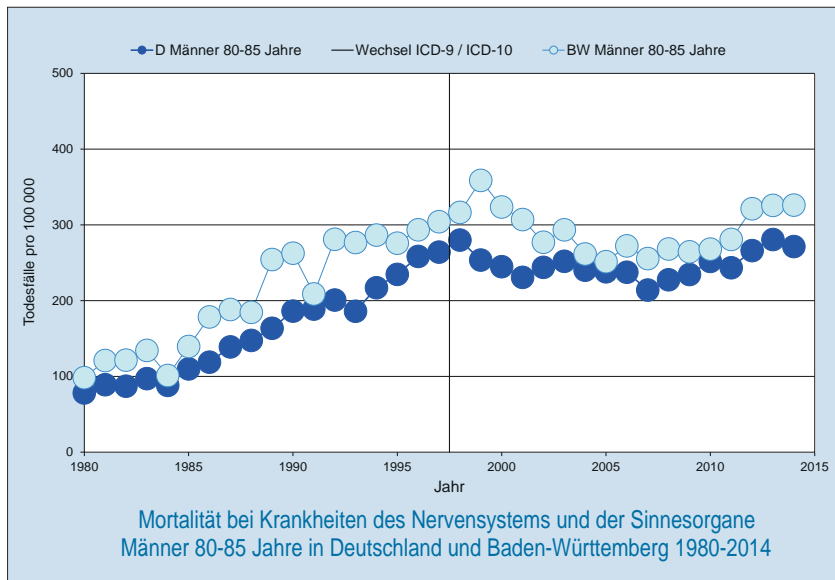
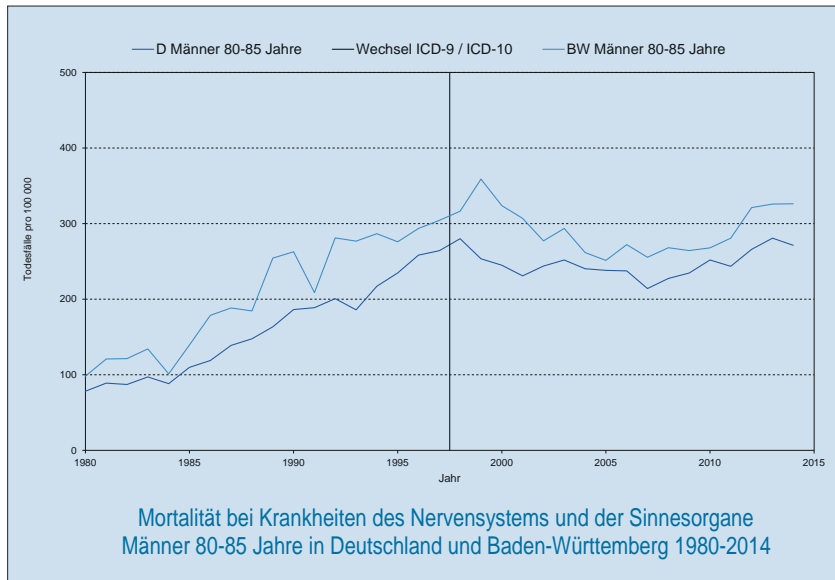
Bilder können oft mehr Informationen enthalten als lange Texte. Wichtige Voraussetzung dafür ist jedoch eine wohlüberlegte, spezifische und sachkundige Gestaltung. Fragen zur angemessenen Visualisierung von epidemiologischen Daten und Materialien zur Gestaltung guter Grafiken finden nach wie vor Interesse bei Mitarbeitenden im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).

Wenn es darum geht, die Ergebnisse von epidemiologischen Untersuchungen darzustellen, sind neben gut verständlich formulierten Texten auch spezifische Abbildungen besonders geeignet, umfangreiche quantitative Informationen zusammenzufassen und komplexe Zusammenhänge sichtbar zu machen. Grafiken sind dabei ein Mittel, wesentliche Informationen auf den Punkt zu bringen und sollten selbsterklärend sein. Leider findet man sogar in wissenschaftlichen Arbeiten, Studienberichten und Präsentationen auf Kongressen nicht immer angemessen gestaltete Abbildungen. Unlesbare Beschriftungen, geringe Farbkontraste oder „überfrachtete“ Grafiken sind keine Seltenheit. Die Gründe dafür können fehlendes Wissen, unterschätzter Aufwand bei der Gestaltung oder auch nur Zeitnot vor der Fertigstellung solcher Arbeiten sein.

ebenso erörtert wie Beispiele zur relativen Farbwahrnehmung und zu bestmöglichen Kontrasten. Eine wichtige Rolle spielen optimale Schriftgrößen und Schriftarten insbesondere bei Achsenbeschriftungen, Vortragsfolien und Postertexten. Am Beispiel zweier Grafiken, die auf den gleichen Daten beruhen, soll hier der Einfluss solcher Gestaltungsmerkmale auf die Wahrnehmbarkeit der dargestellten Informationen illustriert werden.

Wünschenswert für zukünftige Arbeiten sind deshalb spezifische und gut gestaltete Grafiken, die z. B. bei der Surveillance der Gesundheit der Bevölkerung durch den ÖGD eingesetzt werden können.

Qualitätssicherung



Wege zur guten Grafik

Um den ÖGD in dieser Hinsicht zu unterstützen, hat das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg das Thema „Gestaltung guter Grafiken zu Gesundheitsdaten“ mehrfach aufgegriffen und entsprechende Fortbildungen angeboten. Dabei wurden neben Grundlagen aus der Wahrnehmungsphysiologie und Statistik auch ganz praktische Tipps zur Visualisierung von Daten vermittelt. Die Frage, welche optischen Merkmale sich für die Darstellung quantitativer Informationen nutzen lassen, wurde

Bedeutung der Analytischen Qualitätssicherung bei biologischen Noxen im Innenraum

Guido Fischer, Ref. 93 (bis 31.12.2016: Ref. 96)

Die vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) angebotenen Maßnahmen zur Analytischen Qualitätssicherung (AQS) stellen sicher, dass Untersuchungsergebnisse bei Schimmelpilz-Belastungen in Innenräumen in der Praxis mit Sachverstand bewertet werden.

Zu den biologischen Noxen bei Feuchte- und Wasserschäden im Innenraum gehören Schimmelpilze und Aktinobakterien. Während in der Bakteriologie Analysen der Erbsubstanz (PCR und Sequenzierung) für die Identifizierung genutzt werden, hat bei den Pilzen die Kultivierung und mikroskopische Untersuchung eine herausragende Bedeutung in der Praxis. Die Ergebnisse und Bewertungen von innenraumhygienischen Untersuchungen hängen entscheidend von den Kenntnissen, Erfahrungen und Beurteilungen der Untersuchenden ab. Daraus ergibt sich ein erhöhter Bedarf an qualitätssichernden Maßnahmen bei der Labordiagnostik.

Das LGA bietet seit 2001 zweimal jährlich einen Ringversuch (RV) „Identifizierung von innenraum- und lebensmittelrelevanten Schimmelpilzen“ an. Etwa 130 Labore nehmen an den Ringversuchen teil. Die Ergebnisse und Auswertungen der Ringversuche eines Jahres werden im Frühjahr des Folgejahres im Rahmen von zwei eintägigen Fortbildungen vorgestellt. Gegenstand der Fortbildungen ist neben der Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse auch die praktische mikroskopische Bearbeitung von Schimmelpilzkulturen. Das LGA bietet darüber hinaus in Zusammenarbeit mit dem Westerdijk Fungal Biodiversity Institute (ehemals CBS – Centraalbureau voor Schimmelpilzculturen in Utrecht) Kurse für Anfänger und Fortgeschrittene für insgesamt 66 Teilnehmende an, wobei der Fortgeschrittenen-Kurs wegen der starken Nachfrage seit 2015 zweimal jährlich stattfindet. Innerhalb von 2-2,5 Kurstagen werden jeweils ca. 50 verschiedene Pilzarten zur Bearbeitung vorgestellt. Das Programm des Anfänger-Kurses wiederholt sich jedes Jahr, wobei hier stetig neue Interessenten hinzukommen. Die Fortgeschrittenen-Kurse widmen sich jedes Jahr wechselnden Schwerpunkten und anderen Pilzgruppen und werden daher von den Teilnehmenden als wiederkehrende Fortbildung regelmäßig besucht.

Anforderungen des Ringversuchs

An die RV-Teilnehmenden werden sechs Pilzkulturen versandt, die auf Artebene identifiziert werden müssen (nach Gattung und Art, z. B. *Aspergillus versicolor*). Es müssen mindestens vier von sechs Ar-

ten korrekt identifiziert werden, um ein Zertifikat zu erhalten. Die versandten Kulturen werden zuvor von sechs Referenzlaboren auf Eignung geprüft. Von den ausgewählten Pilzarten gehören mindestens vier der sechs Schimmelpilze zu den häufigen innenraum- bzw. lebensmittelrelevanten Arten, während der sechste Stamm meist höhere Anforderungen stellt und damit der Fortbildung dient. Optional wird eine Mischprobe mit meist vier häufigen Pilzarten versandt, aus der drei von vier Arten richtig identifiziert und quantifiziert werden müssen. Das zu untersuchende Referenzmaterial (Reinkulturen, Mischprobe) wird im Vorfeld eines RV im Medizinisch-chemischen Labor des LGA hergestellt.

Ergebnisse

Die Erfolgsquote bei den Reinkulturen liegt meist zwischen 50 und 80 %; in den vergangenen sieben Jahren haben durchschnittlich 3/4 der Teilnehmenden (74 %) ein Zertifikat erhalten. Die durchschnittliche Erfolgsquote bei den Mischproben liegt mit 81 % sogar noch etwas höher, damit erfüllen 4/5 der Teilnehmenden die Anforderungen an die Untersuchung von Mischproben. Der edukative Effekt des RV wird deutlich, wenn man die Zunahme der korrekten Identifizierungen bei relevanten Pilzarten im Verlauf der Jahre betrachtet, z. B. *Aspergillus restrictus*. Dieser typische Feuchtezeiger unter den Schimmelpilzen im Innenraum wurde ursprünglich von 39 % (RV 4), dann von 61 % (RV 8) und schließlich von 84 % (RV 11) der Teilnehmenden richtig identifiziert.

Bedeutung für die Praxis

In der analytischen Praxis müssen nicht nur die Pilzarten richtig identifiziert, sondern auch deren Häufigkeit/Quantität in der Probe korrekt bestimmt werden. Die Artidentifizierung ist die Voraussetzung für die Beurteilung, ob das Pilzspektrum in einem Innenraum auf einen Feuchtschaden hindeutet oder eine natürliche Zusammensetzung hat. Die korrekte Quantifizierung ist die Voraussetzung dafür, dass erkannt wird, ob es sich um eine Kontamination/Vermehrung von Pilzen handelt oder ob lediglich Hintergrundbelastungen vorliegen. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind sowohl für die Entscheidung über eine weitere Nutzung des Gebäudes als auch für die Art und den Umfang der Sanierung eines Schimmelpilzbefalls wichtig. Für akkreditierte Labore ist das RV-Angebot des LGA eine geeignete Möglichkeit der externen Qualitätssicherung im Bereich der Schimmelpilze (Innenraum, Lebensmittel).



Das Qualitätsmanagement-System Probenehmer Trinkwasser Baden-Württemberg

Claudia Kühmstädt, Ref. 91

Insbesondere die Gesundheitsämter und die Landeswasserversorger senden regelmäßig Wasserproben zur mikrobiologischen Untersuchung an das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA). Bei Trinkwasserproben stellt das Qualitätsmanagement (QM) besonders strenge Anforderungen an die Probenahme und die Untersuchungsverfahren.

Das LGA ist als amtliche Untersuchungseinrichtung für Trinkwasser nach TrinkwV beim Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg (MLR) gelistet. Eine Voraussetzung dafür ist die Akkreditierung des Labors nach DIN EN ISO/IEC 17025; diese kann das Wasserlabor des LGA seit 2009 nachweisen.

Bis Ende 2009 waren in Deutschland rund 20 private und öffentlich-rechtliche Akkreditierungsstellen tätig, die unabhängig voneinander die Anforderungen für eine Akkreditierung festgelegt hatten. Seit 2010 ist die Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS) die einzige nationale Akkreditierungsstelle in Deutschland. Mit Einrichtung der DAkkS wurden auch die Voraussetzungen zur Erlangung einer Akkreditierung vereinheitlicht. Bei der Reakkreditierung des Trinkwasser-Labors 2014 musste das LGA deshalb ein neues, umfangreiches Regelwerk beachten. So stiegen u. a. die Anforderungen an die Untersuchung von Trinkwasser; auch die Probenahme liegt seither im Verantwortungsbereich des Labors. Dies hatte zur Folge, dass alle Probenehmer in das QM-System eingebunden werden mussten. Zur Erfüllung der Anforderungen (siehe Kasten) und um den Aufwand für das Labor und die Probenehmer bestmöglich zu verringern, wurde das QM-System Probenehmer Trinkwasser BW etabliert.

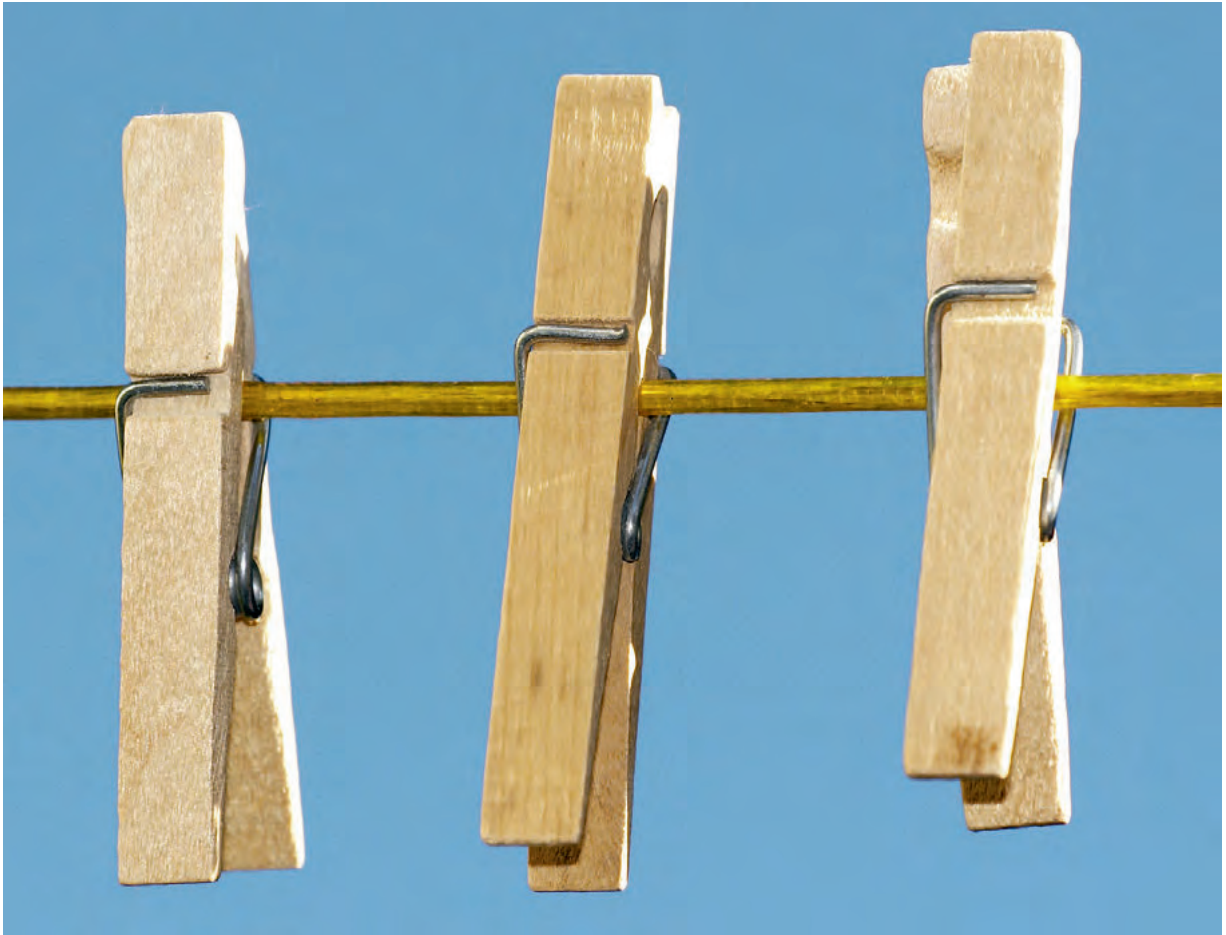
Die Einbindung der amtlichen Probenehmer wurde durch einen gemeinsamen Erlass des MLR und des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg (SM) veranlasst und durch eine persönliche Verpflichtungserklärung jedes Probenehmer erfüllt. Sämtliche Probenehmer mussten ungeachtet ihrer Berufserfahrung eine Grundschulung nachweisen; diese durfte nicht länger als fünf Jahre zurückliegen. Auch regelmäßige Wiederholungsschulungen (ohne schriftliche Prüfung) müssen nachgewiesen werden.

Der Auditierungsaufwand ist für das Labor und die Probenehmer nicht unerheblich. Die meisten Probenehmer senden Proben ebenfalls an eine der vier Chemisch-Veterinäruntersuchungämter (CVUAen). Sollten alle Probenehmer in jeder Einrichtung auditiert werden, entstünde ein unverhältnismäßiger Aufwand an Arbeitszeit und Reisekosten. Dem wurde im oben genannten Erlass Rechnung getragen, indem die CVUAen und das LGA die Audits gegenseitig anerkennen. Trotz bestmöglicher Planung ist es dennoch nicht immer möglich, den zeitlichen Spielraum von zwei Jahren zwischen den Audits vollständig auszuschöpfen. Bei einem Überwachungsaudit der DAkkS müssen zehn plus zusätzlich mindestens 20 % aller Probenehmer in die Überwachung einbezogen werden. Bei der Einladung zu diesen Terminen werden sowohl der zeitliche Abstand zum letzten Audit als auch der Anreiseaufwand berücksichtigt.

Dem LGA wurde vom MLR und SM die Pflicht übertragen, eine Probenehmerliste für das QM-System Probenehmer Trinkwasser BW zu führen. In dieser Liste werden u. a. die Daten der Schulungen und Audits festgehalten. Zur Gewährleistung der Aktualität wurde eine gemeinsame Arbeitsplattform, ein Projektraum im Intranet der Landesverwaltung, eingerichtet, in dem die Probenehmerliste dem LGA und den CVUAen zur Verfügung steht.

Anforderungen an Trinkwasser-Probenehmer:

- Einbindung in das QM-System des LGA
- Vertragliche Bindung an das Labor (nur bei nicht staatlichen Anstellungsträgern)
- Persönliche Verpflichtungserklärung
- Nachweis einer Grund- bzw. von regelmäßigen Wiederholungsschulungen
- Interne Auditierung vor Tätigkeitsbeginn und zur fortlaufenden Überwachung
- Bereitstellung von Anweisungen zur Probenahme, zum Transport und zur Bestimmung von Vor-Ort-Parametern



Anhang

ORGANISATIONSPLAN Regierungspräsidium Stuttgart

Stand: 01.04.2017

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

Koordinierungs- und Pressestelle
BD Hamm 904-10012
Persönlicher Referent
ORE Dr. Horst-Kulis 904-10004
TD in Lungp 904-10020
ORE Kreuziger Rin Bodshalm 904-10100

REGIERUNGSPRÄSIDENT
904-10000/10001
Wolfgang Reimer
REGIERUNGSVIZEPRÄSIDENTIN
904-10010/10011
Dr. Alexandra Sußmann

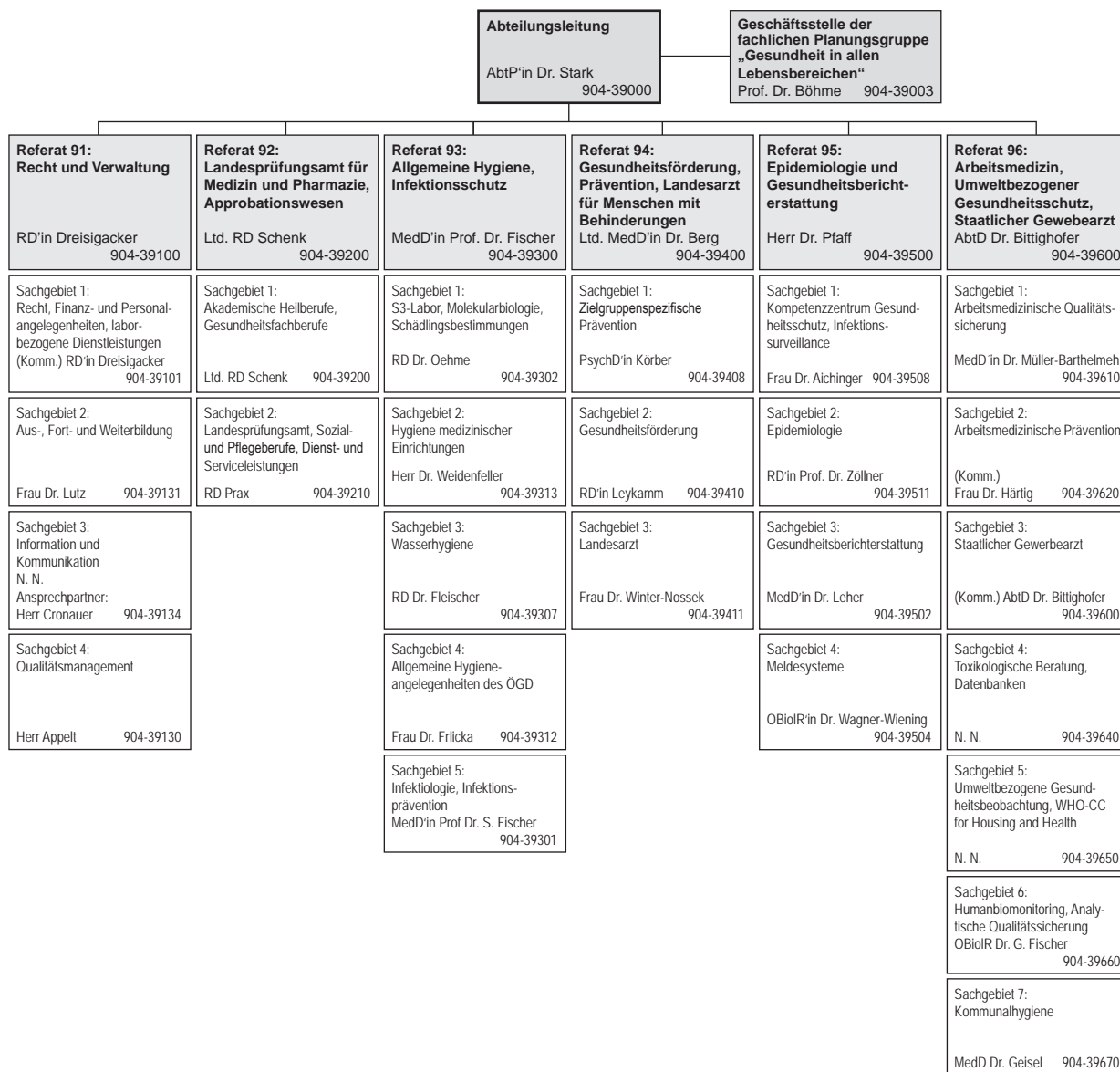
Beauftragte für Chancengleichheit
904-10050
Rafra Jeschka
Wirtschaftsbeauftragte
904-11400
Abd Hochhausen 123-2607
Lfd. BD Jähne
Leitende Fachkraft für Arbeitssicherheit
904-11157
Herr Weller

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

Abteilung 1 Steuerung, Verwaltung und Bevölkerungsschutz RVP in Dr. Sußmann 904-11000 11 Organisation, Information und Kommunikation Lfd. LWD Dr. Mayer 904-11100 12 Personal Lfd. RD in Berger-Schmidt 904-11200 13 Haushalt, Controlling Lfd. RD Digital 904-11300 14 Kommunales, Stiftungen, Sparkassenwesen und Tarifraue Abd Hochhausen 904-11400 15.1 Staatsangehörigenrecht, Ausländerrecht Lfd. RD Liesche 904-11500 15.2 Flüchtlingsaufnahme Lfd. Forst Deines 904-11525 16 Polizeirecht, Feuerweh-, Katastrophenschutz, Rettungsdienst, KIMB Kampfmittelbeseitigungsdienst Baden-Württemberg Lfd. RD Hegmann 904-11600	Abteilung 2 Wirtschaft und Infrastruktur Abd P in Bühler 904-12000 21 Raumordnung, Baurecht, Denkmalschutz RD Leber 904-12100 22 Stadtplanung, Gewerbe-, rechtl., Preisrecht Lfd. RD in Reiser 904-12200 23 Kulturelle und soziale Infrastruktur, Krankenbausfinanzierung, Fachstelle für das öffentliche Bibliotheksessen RD Wömer 904-12300 24 Recht, Planfeststellung Lfd. RD in Hornath 904-12400 25 Wirtschaftsordnung, Informationszentrum Patente, Design Center Baden-Württemberg Lfd. BD Jähne 123-2607 26 Landesamt für Ausbildungsförderung Lfd. RD Schäuber 904-12600	Abteilung 3 Landwirtschaft, Ländlicher Raum, Veterinär- und Lebensmittelwesen Abd Dr. Meizer 904-13000 31 Recht und Verwaltung, Bildung Lfd. RD Frey 904-13100 32 Betriebswirtschaftl., Agrarordnung und Struktur-entwicklung Abd Stark 904-13200 33 Pflanzliche und tierische Erzeugung Lfd. LWD Ritz 904-13300 34 Markt und Ernährung, Futtermittelüberwachung Lfd. LWD in Reinhardt 904-13400 35 Veterinärwesen, Lebensmittelüberwachung Lfd. Veld Dr. Römer 904-13500	Abteilung 4 Straßenwesen und Verkehr Abd P Halitz 904-14000 41 Recht und Verwaltung, Grundvertrieb Abd in Dr. Stöckle 904-14100 42 Steuerung und Baufinanzen, Vertrags- und Verdrängungswesen Lfd. BD Haß 904-14200 43 Ingenieurbau Lfd. BD Kviesen 904-14300 44 Straßplanung Abd Holzwarth 904-14400 45 Straßenbau und Verkehrstechnik BD Dätlich 904-14500 46.1 Verkehr Lfd. PD Traumann 904-14600 46.2 Luftverkehr und Luftschifffahrt BD in Peringer 904-14675 47.1 Baureferat Nord Lfd. BD Meierhöfer 07131 64-37300 47.2 Baureferat Ost Lfd. BD Schwarz 07961 61-6000 47.3 Baureferat Süd Lfd. BD Ulrich 07161 657-229 47.4 Baureferat West BD Klein 904-14700 47.5 Baureferat Großprojekte Lfd. BD Frenzl 904-14750	Abteilung 5 Umwelt Abd P Ullrich 904-15000 51 Recht und Verwaltung Lfd. RD in Wappler 904-15100 52 Gewässer und Böden TD Dr. Ochs 904-15200 53.1 Gewässer 1. Ordnung, Hochwasserschutz, Gebiet Süd Lfd. TD Stark 904-15300 53.2 Gewässer 1. Ordnung, Hochwasserschutz, Gebiet Nord TD Moser 904-15312 54.1 Industrie Schwerpunkt Luftreinhaltung Lfd. RD Obermüller 904-15400 54.2 Industrie/Kommunen Schwerpunkt Kreislaufwirtschaft Abd Mechatra 904-15418 54.3 Industrie/Kommunen Schwerpunkt Abwasser TD in Krauer 904-15438 54.4 Industrie/ Schwerpunkt Arbeitsschutz Lfd. TD Maxen 904-15457 54.5 Industrie/Schwerpunkt Anlagensicherheit Lfd. TD Dr. Paulukat 904-15469 55 Naturschutz - Recht - Lfd. RD Baumann 904-15500 56 Naturschutz und Landschaftspflege RD in Mick 904-15600	Abteilung 6 Wegfallen seit 01.01.2014	Abteilung 7 Schule und Bildung Abd P in Rugart 904-17000 71 Rechts- und Verwaltungsangelegenheiten der Schulen Abd Freiser 904-17100 72 Personal- und Verwaltungsangelegenheiten der Lehrkräfte Lfd. RD Geyer 904-17200 73 Lehrerbildung und Bedarfplanung Lfd. RSD in Busse 904-17200 74 Grund-, Werkreal-, Haupt-, Real- und Gesamtschulen, Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentren Lfd. RSD Riefel 904-17400 75 Allgemein bildende Gymnasien Lfd. RSD Sabelhaus 904-17600 76 Berufliche Schulen 77 Qualitätssicherung und -entwicklung, Schulpsychologische Dienste SID in Kugler 904-17700 Landeslehrerprüfungsamt Außenstelle des Kultusministeriums beim Regierungspräsidium Stuttgart Lfd. RSD Springmann 904-17800	Abteilung 8 Landesamt für Denkmalpflege Abd P Prof. Dr. Wolf 904-45100 81 Recht und Verwaltung Lfd. RD Hall 904-45150 82 Denkmalrechtliche Vermittlung Frau Hertien 07071 757-2459 Abteilungsbereich Bau- und Konsumentmalpflege 83.1 Grundsatz Leitlinien, Denkmalförderung Abd Prof. Dr. Geor 904-45170 83.2 Denkmalkunde LKens in Dr. Plate 904-45226 83.3 Denkmalumgebung N.N. 0721 926-4807 Abteilungsbereich Archaische Denkmalpflege 84.1 Grundsatz Leitlinien, Denkmalvorsorge LKens Dr. Krause 904-45592 84.2 Regionale Archäologie, Schwerpunkte, Inventarisation LKens Dr. Bofinger 904-45146	Abteilung 9 Landesgesundheitsamt Abd P in Dr. Stark 904-39000 91 Recht und Verwaltung, Grundsatzangelegenheiten, Qualitätsmanagement RD in Dreispecker 904-39100 92 Gesundheitsschutz und Epidemiologie Herr Dr. Pfaff 904-39500 93 Hygiene und Infektionsschutz MedD in Prof. Dr. Fischer 904-39300 94 Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung N.N. 904-39400 95 Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen Lfd. RD Schenk 904-39200 96 Arbeitsmedizin, Staatlicher Gewerbearzt N.N. 904-39600	Abteilung 10 Landesversorgungsamts Abd P Fink 904-11000 101 Recht und Verwaltung Lfd. RD Schweinin 904-11010 102 Ärztliche und pharmazeutische Angelegenheiten, Landesarzt für Menschen mit Behinderungen Lfd. MedD in Dr. Berg 904-11020 103 Verfahren nach dem SGG Abd Sprau 904-11030 104 Versorgungszentraler Dienst Lfd. MedD in Dr. Rauch 904-11058
--	--	--	---	---	---	--	---	---	--

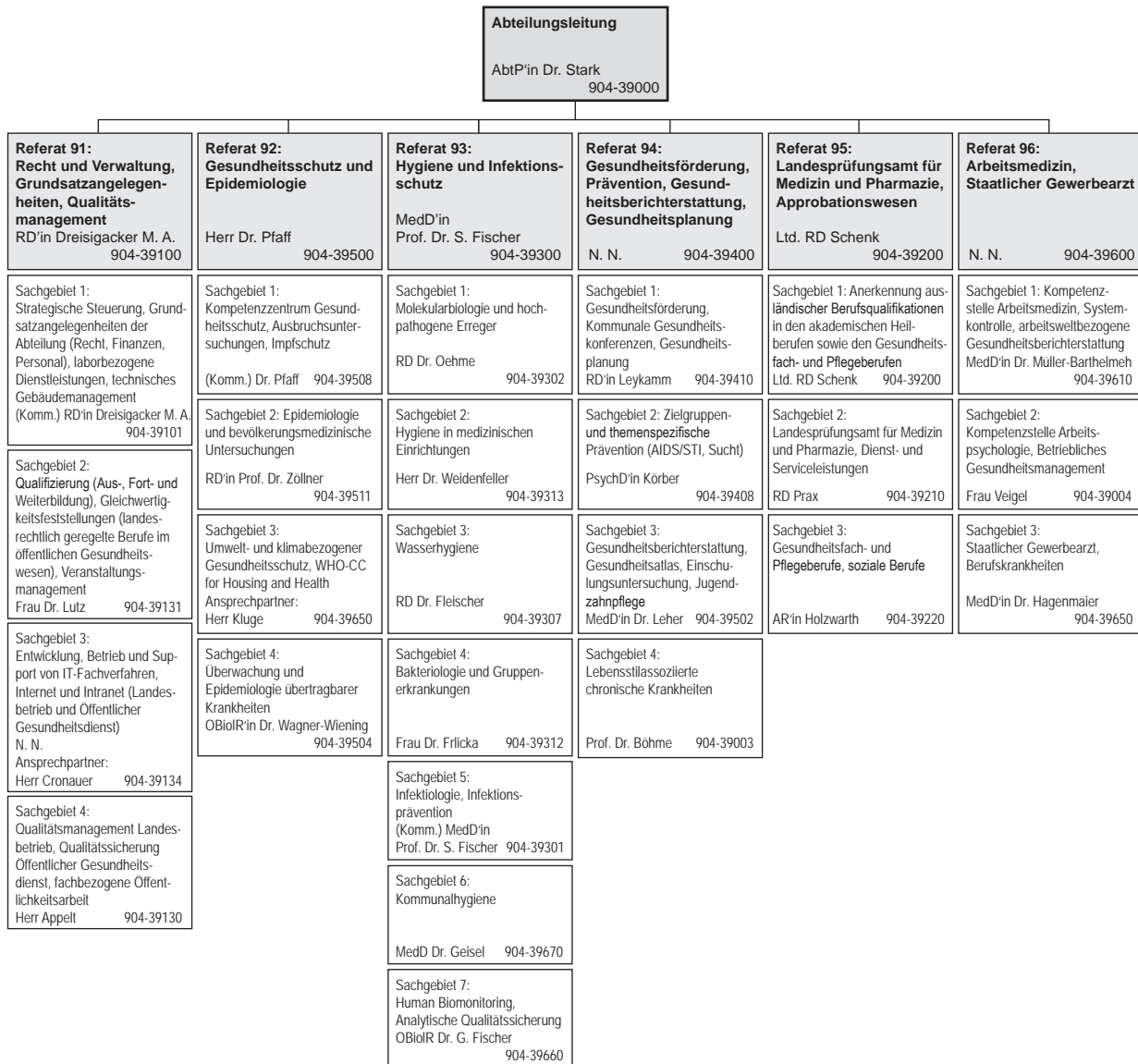
Organisationsplan der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart

(Stand: 31.12.2016)



Organisationsplan der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart

(Stand: 30.04.2017)



Aufgaben der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt im Überblick



Abteilungsleitung

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

Im Zusammenhang mit dem am 01.01.2016 in Kraft getretenen, novellierten ÖDG-Gesetz wurden die bisherigen Aufgabenzuschnitte des LGA teilweise umstrukturiert. (In Anhang 1 können Sie die Änderungen im Detail den beiden Organisationsplänen – Stand: bis 31.12.2016 und ab 30.04.2017 – entnehmen.)

Die Aufgaben des ÖGD sind seit dem 01.01.2017 in den Referaten 91-94 abgebildet. Als neue Aufgaben wurden im Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich des Referats 91 Gleichwertigkeitsfeststellungen (landesrechtlich geregelter Berufe im öffentlichen Gesundheitswesen) und ergänzend zum Qualitätsmanagement Landesbetrieb auch die Qualitätssicherung für den ÖGD mit in den Aufgabenkatalog aufgenommen. Bei Referat 92 ist eine Geschäftsstelle beim bisher bereits vorhandenen Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz einzurichten. Die Bereiche „Kommunalhygiene, Gesundheitsberichterstattung und Umweltbezogener Gesundheitsschutz“ wurden zugleich organisatorisch neu zugeordnet. Der Laborbereich – bisher auf zwei Referate verteilt – ist nun im Referat 93 gebündelt. Die Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe „Gesundheit in allen Lebensbereichen“ wurde aufge-

löst, die Aufgaben dem Referat 94 im neuen Sachgebiet „Lebensstilassoziierte chronische Krankheiten“ zugewiesen.

Die dem ÖGD in Abteilung 9 vom RPS zugeordneten Aufgaben des Landesprüfungsamtes für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen sowie der Arbeitsmedizin, Staatlicher Gewerbearzt bleiben weiterhin der Abteilung 9 erhalten. Der Aufgabenbereich der Landesärztin für Menschen mit Behinderungen wurde zum Jahresbeginn 2017 zu Abteilung 10 Versorgungsamt innerhalb des RPS umgesiedelt.

Ansprechpartner

Dr. Karlin Stark, Abteilungspräsidentin
Tel. 0711 904-39000
abteilung9@rps.bwl.de

Vorzimmer:
Petra Edinger
Tel. 0711 904-39001
abteilung9@rps.bwl.de



Referat 91: Recht und Verwaltung, Grundsatzangelegenheiten, Qualitätsmanagement

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

SG 1: Strategische Steuerung, Grundsatzangelegenheiten der Abteilung (Recht, Finanzen, Personal), laborbezogene Dienstleistungen, technisches Gebäudemanagement

Im SG sind zentrale, referatsübergreifende Aufgaben angesiedelt, insbesondere

- Allgemeine Rechtsangelegenheiten, Vertragswesen, Abwicklung von Widersprüchen,
- Budgetverantwortung, -planung und -verwaltung, Jahresabschluss,
- Personalangelegenheiten der Abteilung 9,
- Beratung und Unterstützung bei Drittmittelprojekten,
- Vertriebsangelegenheiten,
- Gebührenwesen,
- Laboreinkauf,
- Laborbezogene Dienstleistungen,
- Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS),
- Fachkraft für Arbeitssicherheit (FASI)
- Bauangelegenheiten,
- Technisches Gebäudemanagement (TGM), Gebäudeleittechnik, Störfallmanagement,
- Sonstige Organisations- und Koordinationsaufgaben sowie Servicedienstleistungen innerhalb der Abteilung 9.

SG 2: Qualifizierung (Aus-, Fort- und Weiterbildung), Gleichwertigkeitsfeststellungsprüfungen (landesrechtlich geregelte Berufe im öffentlichen Gesundheitswesen), Veranstaltungsmanagement

Das SG umfasst

- Fort- und Weiterbildungskurse im Bereich der Hygiene in medizinischen und Pflegeeinrichtungen für verschiedene Berufsgruppen (Hygienebeauftragte, Hygienefachkräfte, Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte) sowie die Ausbildung zum Desinfektor,
- Lehr- und Prüfungstätigkeiten,
- Gleichwertigkeitsfeststellungsüberprüfungen (landesrechtlich geregelte Berufe im öffentlichen Gesundheitswesen)
- Unterstützungsleistungen im Rahmen des Veranstaltungsmanagements für den ÖGD und für im Bereich Medizinischer Arbeitsschutz/Staatlicher Gewerbeärzt Tätige.

SG 3: Entwicklung, Betrieb und Support von IT-Fachverfahren, Internet und Intranet (Landesbetrieb und Öffentlicher Gesundheitsdienst)

Arbeitsschwerpunkte:

- Technische Beratung
- Technische und redaktionelle (bis 31.12.2016: SG 4) Unterstützung der fachspezifischen Internet- und Intranetauftritte des LGA
- Einrichtung, Betreuung und Weiterentwicklung aller Fachanwendungen in der Abteilung 9 (z. B. Informations- und Analysensysteme im Laborbereich und für den Staatlichen Gewerbearzt)
- Telekommunikation
- Systembetrieb Bürokommunikation
- SAP R/3-Schnittstellen

SG 4: Qualitätsmanagement Landesbetrieb, Qualitätssicherung Öffentlicher Gesundheitsdienst, fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit

Arbeitsschwerpunkte:

- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems des nach DIN EN ISO 15189 und DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditierten Laborbereichs der Abteilung 9, insbesondere durch das Dokumentenmanagement und interne Audits
- Qualitätssicherung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
- Zertifizierung des Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereichs inkl. Veranstaltungsmanagement
- Unterstützung der abteilungsinternen Steuerung durch
 - Aktualisierung und Weiterentwicklung des Produktplans und die
 - Gesamtreaktion des Jahresarbeitsplans
- Abteilungsbezogene, referatsübergreifende fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit insbesondere durch
 - Unterstützung der Fachreferate bei der Erstellung von Fachpublikationen
 - Gesamtreaktion des Jahresberichts

Ansprechpartner

Referatsleitung

RD'in Andrea Dreisigacker M. A.
Tel. 0711 904-39100
andrea.dreisigacker@rps.bwl.de

SG 1: Strategische Steuerung, Grundsatzan- gelegenheiten der Abteilung (Recht, Finan- zen, Personal), laborbezogene Dienstleis- tungen, technisches Gebäudemanagement

(Komm.) RD'in Dreisigacker M. A.
Tel. 0711 904-39101
andrea.dreisigacker@rps.bwl.de

SG 2: Qualifizierung (Aus-, Fort- und Weiter- bildung), Gleichwertigkeitsfeststellungsprü- fungen (landesrechtlich geregelte Berufe im öffentlichen Gesundheitswesen), Veranstal- tungsmanagement

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

SG 3: Entwicklung, Betrieb und Support von IT-Fachverfahren, Internet und Intranet (Landesbetrieb und Öffentlicher Gesund- heitsdienst)

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

SG 4: Qualitätsmanagement Landesbetrieb, Qualitätssicherung Öffentlicher Gesundheits- dienst, fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit

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



Referat 92: Gesundheitsschutz und Epidemiologie

(bis 31.12.2016: Referat 95)

Das Referat umfasst vier Sachgebiete (SG).

SG 1: Kompetenzzentrum Gesundheits- schutz, Ausbruchsuntersuchungen, Impfschutz

Das SG

- bewertet biologische und chemische Gefahrenlagen in einem multidisziplinären Team,
- berät bei Fragestellungen zur Prävention, Erkennung und Abwehr von bioterroristischen Bedrohungen,
- bearbeitet und begleitet die ständige Aktualisierung des Seuchenalarmplans,
- unterstützt die Gesundheitsämter bei der Aufklärung von Infektionsgeschehen,
- koordiniert Meldungen nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (§ 12 IfSG),
- koordiniert und unterstützt den LGA-Bereitschaftsdienst, der rund um die Uhr für die Gesundheitsämter und Behörden der Gefahrenabwehr erreichbar ist,
- informiert zu aktuellen Gefahrenlagen sowie Infektionserregern und bietet Fachfortbildungen an,
- kooperiert mit der Sonderisolierstation des Robert Bosch Krankenhauses und dem Ständigen Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochpathogene und lebensbedrohliche Erkrankungen (STAKOB) beim Robert Koch-Institut,
- berät bei Fragestellungen zum Impfschutz.

SG 2: Epidemiologie und bevölkerungs- medizinische Untersuchungen

Das SG

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

SG 3: Umwelt- und klimabezogener Gesundheitsschutz, WHO-CC for Housing and Health

(bis 31.12.2016: Referat 96)

Das SG

- berät den ÖGD und die Landesministerien und informiert die Bevölkerung und die Fachwelt bezüglich Exposition gegenüber chemischen Stoffen, physikalischen Einwirkungen in der Umwelt und biologischen Belastungen in Böden (Altlasten), der Außen- und Innenraumluft, im Wasser und in Bedarfsgegenständen,
- betreut das UmInfo als ÖGD-Intranet und organisiert Fachfortbildungen,
- beobachtet und bewertet Belastungen und Krankheiten in Zusammenhang mit der Umwelt sowie den Einfluss des Klimawandels auf die Umwelt und Gesundheit,
- koordiniert das Gesundheitsmonitoring in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern,
- ist Kooperationszentrum der WHO für Housing and Health.

SG 4: Überwachung und Epidemiologie übertragbarer Krankheiten

Das SG

- überwacht und bewertet das Auftreten übertragbarer Krankheiten in Baden-Württemberg,
- betreut das elektronische Meldewesen nach IfSG,
- berät zu übertragbaren Krankheiten und infektions-epidemiologischen Methoden,
- unterstützt die Gesundheitsämter bei Ausbruchsuntersuchungen,
- betreut EPIET- und PAE-Fellows während ihrer Ausbildung,
- erarbeitet Infektionsberichte und Stellungnahmen für den ÖGD,
- informiert zu aktuellen Infektionsgeschehen und bietet Fortbildungen für den ÖGD an.

Ansprechpartner

Referatsleitung

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

SG 1: Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz, Ausbruchsuntersuchungen, Impfschutz

(Komm.) Herr Dr. Pfaff
Tel. 0711 904-39508
gesundheitsschutz@rps.bwl.de

SG 2: Epidemiologie und bevölkerungsmedizinische Untersuchungen

RD'in Prof. Dr. Zöllner
Tel. 0711 904-39511
iris.zoellner@rps.bwl.de

SG 3: Umwelt- und klimabezogener Gesundheitsschutz, WHO-CC for Housing and Health (bis 31.12.2016: Referat 96)

Ansprechpartner:
Herr Kluge
Tel. 0711 904-39650
stefan.kluge@rps.bwl.de

SG 4: Überwachung und Epidemiologie übertragbarer Krankheiten

OBioIR'in Dr. Wagner-Wiening
Tel. 0711 904-39503
ifsg@rps.bwl.de



Referat 93: Hygiene und Infektionsschutz

Das Referat ist fachliche Leitstelle für den ÖGD in den Bereichen der Hygiene und des Infektionsschutzes sowie zuständiges Gesundheitsamt für die vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg.

Der Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Baden-Württemberg ist eine zentrale Aufgabe des Referates. Trotz der guten medizinischen Fortschritte treten immer wieder alte oder sogar neue Infektionskrankheiten auf, die erheblich an Bedeutung gewinnen können, unter Umständen sogar weltweit. Die globale Ausbreitung, die durch eine hohe Mobilität weiter Bevölkerungsteile beschleunigt wird, erfordert zum Teil ein schnelles Handeln durch Behörden, zumal auch vektorübertragene Zoonosen aufgrund des Klimawandels auch in Deutschland immer mehr an Bedeutung gewinnen. Um für eine mögliche Ausbreitung bzw. importierte Einzelfälle durch infizierte Reisende vorbereitet

zu sein, sind verschiedene Maßnahmen notwendig, zu der auch die rasche Diagnostik und damit die Etablierung der entsprechenden molekularbiologischen Untersuchungsmethoden gehört.

Die Aufgaben des Referats erstrecken sich vor allem auf die

- fachliche Beratung der Landesministerien (insbesondere des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg), der Regierungspräsidien, Gesundheitsämter und anderer Behörden und Verbände im Bereich des Gesundheitsschutzes. Die Anfragen betreffen nicht nur die Themenbereiche Wasserhygiene, Hygiene in medizinischen Einrichtungen sowie lebensmittelbedingte Gruppenerkrankungen, sondern im Bereich Infektiologie auch die Beratung im Zusammenhang mit der epidemiologischen Aufklärung von Infektketten und Ausbrüchen humaner Infektionen, die für Baden-Württemberg eine wichtige Rolle spielen. Beispielhaft seien die Aufklärung von Q-Fieber- oder Hantavirus-Ausbrüchen genannt, die als Zooanthroponosen erfasst und bewertet werden. Darüber hinaus gibt das Q-Fieber-Konsiliarlabor zudem deutschlandweit Antwort auf Fragen zu schwierige Fällen im Zusammenhang mit einer Q-Fieber-Infektion,
- Entwicklung von Konzepten und Strategien zur Prävention und Reduktion von Infektionskrankheiten der Bevölkerung in Baden-Württemberg, z. B. durch die Etablierung des MRE-Netzwerks Baden-Württemberg, bei dem das Referat eine koordinierende Funktion der dezentralen Netzwerke innehat und diese durch fachspezifische Vorträge fortbildet. Außerdem werden in diesem Zusammenhang auch mit den am Netzwerk Beteiligten abgestimmte Merkblätter für verschiedene Zielgruppen erarbeitet,
- Bakteriologische, infektionserologische, parasitologische und molekularbiologische Untersuchungen im Laborbereich, die insbesondere Public Health-Fragestellungen bearbeiten und damit einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitsschutz für die Bevölkerung von Baden-Württemberg liefern,
- Erstellung von Publikationen, Teilnahme an Fachkongressen, Mitarbeit in Ausschüssen und fachlichen Gremien, die sich mit wichtigen Aspekten auch für den Gesundheitsschutz in Baden-Württemberg befassen,
- Ausrichtung von eigenen Fortbildungsveranstaltungen insbesondere für den ÖGD, aber auch für andere Gruppen wie z. B. Angehörige von Kommunen oder andere im medizinischen oder öffentlichen Bereich Beschäftigte.

SG 1: Molekularbiologie und hochpathogene Erreger

Das Sachgebiet (SG) umfasst so unterschiedliche Bereiche wie

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

SG 2: Hygiene in medizinischen Einrichtungen

Arbeitsschwerpunkte:

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

SG 3: Wasserhygiene

Arbeitsschwerpunkt ist der Schutz der Bevölkerung vor wasserbedingten Krankheiten durch Überwachen der Qualität

- des Trinkwassers (insbesondere der vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg) gemäß Trinkwasserverordnung,
- der Badegewässer (entsprechend der EU-Richtlinie),
- von Badebeckenwasser in öffentlichen Einrichtungen,
- von Trinkwasserinstallationssystemen,

- durch mikrobiologische, virologische und parasitologische Untersuchungen und deren gesundheitliche Bewertung.

SG 4: Bakteriologie und Gruppenerkrankungen

In diesem SG liegt der Schwerpunkt auf

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

SG 5: Infektiologie, Infektionsprävention

Das SG beschäftigt sich vor allem mit

- der Entwicklung von Strategien und dem Erstellen von Konzepten zum Schutz der Bevölkerung vor Infektionen, die durch Tiere oder Vektoren (z. B. FSME, Borreliose, Q-Fieber, Echinococcus, Hantaviren) oder von Mensch zu Mensch (z. B. HIV, Virus-Hepatitis, Influenzaviren) übertragbar sind,
- der Aufklärung von Infektketten und Ausbrüchen durch laborunterstützte serologische, molekularbiologische und parasitologische Untersuchungen, auch im Rahmen der anonymen HIV/STI-Sprechstunden der Gesundheitsämter,
- der Ätiologie von Q-Fieber-Erkrankungen. Das Q-Fieber-Konsiliarlabor steht bei Ausbrüchen dem ÖGD im Rahmen eines Ausbruchsgeschehens beratend zur Seite.

SG 6: Kommunalhygiene (bis 31.12.2016: Referat 96)

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

Dies betrifft vor allem folgende Bereiche:

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

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

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

SG 7: Human Biomonitoring, Analytische Qualitätssicherung (bis 31.12.2016: Referat 96)

Arbeitsschwerpunkte:

- Konzeption und Beratung im Bereich der Analytischen Qualitätssicherung (AQS) und Etablierung eines Systems zur externen AQS für biologische Innenraumschadstoffe: Schimmelpilzkurse, Ringversuch Schimmelpilze, Unterstützung bei Umwelttoxikologischen Kolloquien, Netzwerk Schimmelpilzberatung
- Unterstützung in der Konzeption und Beratung im Umweltbezogenen Gesundheitsschutz, z. B. zum Human-Biomonitoring, Stellungnahmen für den ÖGD, Landesbehörden und SM Gesundheitsmonitoring-Projekte, Unterstützung des WHO-CC for Housing and Health
- Im SG angesiedelt ist das Medizinisch-chemische Labor mit den Teilbereichen Mykologie, Allergiediagnostik und physikalisch-chemische Analytik und Untersuchungen
 - der Belastung von Innenräumen z. B. mit biologischen Kontaminanten,
 - zur Schadstoffbelastung der Bevölkerung unter Berücksichtigung aktueller Fragestellungen und der Expositionshöhe in den Umweltmedien,
 - zum Gesundheitsmonitoring im Bereich „Allergie und Atemwegserkrankungen“.

Ansprechpartner

Referatsleitung

MedD'in Prof. Dr. Fischer
Tel. 0711 904-39301
silke.fischer@rps.bwl.de

SG 1: Molekularbiologie und hochpathogene Erreger

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

SG 2: Hygiene in medizinischen Einrichtungen

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

SG 3: Wasserhygiene

RD Dr. Fleischer
Tel. 0711 904-39300
jens.fleischer@rps.bwl.de

SG 4: Bakteriologie und Gruppenerkrankungen

Frau Dr. Frlicka
Tel. 0711 904-39312
michaela.frlicka@rps.bwl.de

SG 5: Infektiologie, Infektionsprävention

(Komm.) MedD'in Prof. Dr. Fischer
Tel. 0711 904-39301
silke.fischer@rps.bwl.de

SG 6: Kommunalhygiene (bis 31.12.2016: Referat 96)

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

SG 7: Human Biomonitoring, Analytische Qualitätssicherung (bis 31.12.2016: Referat 96)

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

**Referat 94: Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung**

Das Referat erfüllt die Aufgaben der fachlichen Leitstelle für den ÖGD in den Public Health-Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Bis 31.12.2016 war dem Referat auch der Landesarzt für Menschen

mit Behinderungen nach § 62 Sozialgesetzbuch (SGB) IX und Inklusion zugeordnet.

Gesundheitsförderung fragt nach Inhalten und Strukturen, die beitragen, Menschen gesund zu erhalten. Im Mittelpunkt der zielgruppen- und themenspezifische Prävention steht vor allem die Verminderung von Risikofaktoren für Personen in besonderen Lebenslagen. Gesundheitsberichterstattung gibt einen Überblick über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, um relevante Entwicklungen und Trends zu ermitteln und Handlungsbedarfe festzustellen.

Zu den Aufgaben ab 1.01.2017 gehören insbesondere

- die fachliche Beratung des SM sowie anderer Landesministerien, der Landrats- und Bürgermeisterämter sowie weiterer Behörden und Institutionen bei Fragestellungen zu den drei Themenbereichen,
- die Entwicklung von fachlichen Konzepten und Strategien in aktuellen Schwerpunktbereichen der Gesundheitsförderung und Prävention. Dazu gehört die Gesundheitsplanung und sektorenübergreifende Versorgung, gesundheitliche Teilhabe, die Zugangsverbesserung und Netzwerkbildung im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung, der Gesundheitsstrategie und des Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg,
- die Zurverfügungstellung kontinuierlicher Daten und weiterführender Informationen über den Gesundheitsatlas zu den Themenfeldern Bevölkerung, medizinische Versorgung, Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie Gesundheitsförderung und Prävention,
- die fachliche Koordinierung der Umsetzung der nationalen und Landesgesundheitsziele „Gesund Aufwachsen“ und „Gesund Älter werden“ sowie „Tabak- und Alkoholkonsum reduzieren“,
- die landesweite Koordinierung der Aids-/STI-Beratungsstellen in den Gesundheitsämtern einschließlich der fachlichen Unterstützung der dort tätigen Fachkräfte,
- Empfehlungen für die gesundheitliche Beratung gemäß § 10 Prostituiertenschutzgesetz und deren Umsetzung,
- die Berücksichtigung von Vielfalt bei präventiven Maßnahmen und in der gesundheitlichen Versorgung (Diversity-Mainstreaming),
- die Impulsgebung, Begleitung und Koordination von Qualitätsentwicklung,
- die landesweite Koordinierung von Maßnahmen und Projekten in der Suchtprävention, insbesondere die Beratung und Vernetzung der Kommunalen Suchtbeauftragten/Beauftragten für Suchtprophylaxe der Land- und Stadtkreise und des ÖGD,
- Anlaufstelle für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) auf überregionaler und Landesebene

zu sein einschließlich der fachlichen Begleitung in zur Arbeit einer KGK gehörenden Fragen der Umsetzung und Qualitätsentwicklung, z. B. zur Gesundheitsplanung und zum Gesundheitsdialog,

- Netzwerktreffen und Fachaustausch zu nachgefragten, aktuellen Themen aus Gesundheitsförderung und Prävention und Teilhabe zu initiieren, bedarfsgerecht und zielgruppenorientiert zu entwickeln und auszurichten.

SG 1: Gesundheitsförderung, Kommunale Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsplanung

Arbeitsschwerpunkte:

- Verbesserung sozialogenbezogener gesundheitlicher Teilhabe insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie Älteren mit Bezug auf die beiden oben genannten zugehörigen nationalen und landesspezifischen Gesundheitsziele
- Fachliche Begleitung beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen und weiteren Netzwerken insbesondere mit Bezug zu kommunaler Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsdialog
- Fachliche Begleitung und Qualifizierung des ÖGD bei der Etablierung von Gesundheitsplanung
- Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, Gesundheitsplanung und den Kommunalen Gesundheitskonferenzen

SG 2: Zielgruppen- und themenspezifische Prävention (Aids/STI, Sucht)

Arbeitsschwerpunkte:

- Reproduktive Gesundheit mit dem Schwerpunkt Verhütung und Bekämpfung sexuell übertragbarer Infektionen, wobei die neuesten wissenschaftlichen Entwicklungen in die Weiterentwicklung der Konzepte einfließen
- Sensibilisierung für Fragen der Vielfalt im Gesundheitsbereich, d. h. insbesondere diskriminierungsfreier Umgang mit Menschen unabhängig von Geschlecht, Alter, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion oder Weltanschauung, sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität im Gesundheitsbereich sowie Sensibilisierung des Personals für deren gesundheitliche Belange
- Suchtprävention mit den thematischen Schwerpunkten Alkoholmissbrauch, Tabakkonsum, internetbezogene Störungen sowie problematisches und pathologisches Glücksspiel unter besonderer Berücksichtigung der Zielgruppen Schwangere, Jugendliche, Eltern, Multiplikatoren

SG 3: Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsatlas, Einschulungsuntersuchung, Jugendzahnpflege (bis 31.12.2016: Referat 95)

Arbeitsschwerpunkte:

- Unterstützung des ÖGD in Fragen der Gesundheitsberichterstattung und der Einschulungsuntersuchung einschließlich Qualifizierungsmaßnahmen
- Erarbeitung von Gesundheitsberichten für Baden-Württemberg
- Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Daten und Werkzeugen zu ihrer Präsentation z. B. für den Gesundheitsatlas
- Auswertung von Daten aus schulärztlichen und jugendzahnärztlichen Untersuchungen sowie zum Impfstatus

SG 4: Lebensstilassozierte chronische Krankheiten

Arbeitsschwerpunkte:

- Unterstützung des ÖGD in Fragen der Prävention von lebensstilassozierten chronischen Krankheiten insbesondere des Diabetes mellitus Typ 2
- Erstellung und Verbreitung von Fachinformationen
- Mitwirkung in fachlichen Gremien auf Landes- und Bundesebene
- Unterstützung des ÖGD in grundsätzlichen Fragen bei der amtsärztlichen Begutachtung

Ansprechpartner

Referatsleitung

N. N.
Tel. 0711 904-39400
Stellvertreterin:
RD'in Leykamm
Tel. 0711 904-39410
barbara.leykamm@rps.bwl.de

SG 1: Gesundheitsförderung, Kommunale Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsplanung

RD'in Leykamm
Tel. 0711 904-39410
barbara.leykamm@rps.bwl.de

SG 2: Zielgruppen- und themenspezifische Prävention (Aids/STI, Sucht)

PsychD'in Körber
Tel. 0711 904-39408
johanna.koerber@rps.bwl.de

SG 3: Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsatlas, Einschulungsuntersuchung, Jugendzahnpflege (bis 31.12.2016: Referat 95)

MedD'in Dr. Leher
Tel. 0711 904-39502
anna.leher@rps.bwl.de

SG 4: Lebensstilassozierte chronische Krankheiten

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



Referat 95: Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen

(bis 31.12.2016: Referat 92)

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

- Als Landesprüfungsamt obliegt ihm die verwaltungsmäßige Betreuung der Studiengänge für die akademischen Heilberufe Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Lebensmittelchemiker. Daher erhalten die Studenten dieser Fachrichtungen vom RPS z. B. die Anrechnungen verwandter Studienleistungen, die Zulassungen zu den einzelnen Prüfungen an den jeweiligen Universitäten des Landes und bei Bestehen die staatlichen Prüfungszeugnisse.

- Das Referat ist auch Approbationsbehörde in Baden-Württemberg. Von ihm erhalten Deutsche oder EU-Angehörige nach Abschluss ihrer vorgenannten deutschen Ausbildung oder einer gleichwertigen ausländischen Ausbildung die Approbation, also die umfassende Berufszulassung für eine entsprechende Tätigkeit im gesamten Bundesgebiet. Andere ausländische Staatsbürger mit einschlägiger abgeschlossener Ausbildung können eine für Baden-Württemberg geltende, in der Regel fachlich eingeschränkte Berufserlaubnis erhalten.
- Bei den medizinischen Fachberufen (z. B. in der Krankenpflege und in der Physiotherapie/Massage) sowie sozialpflegerischen Berufen (z. B. in der Altenpflege) genehmigt und betreut das Referat in fachlicher Hinsicht für den Bereich des Regierungsbezirks Stuttgart die entsprechenden Schulen/Ausbildungsstätten, nimmt bei den Absolventen die Prüfungen ab und erteilt ihnen bei Bestehen oder bei vergleichbarer ausländischer Ausbildung die Erlaubnis zum Führen der geschützten Berufsbezeichnung.

Ansprechpartner

Referatsleitung

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

SG 1: Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in den akademischen Heilberufen sowie den Gesundheitsfach- und Pflegeberufen

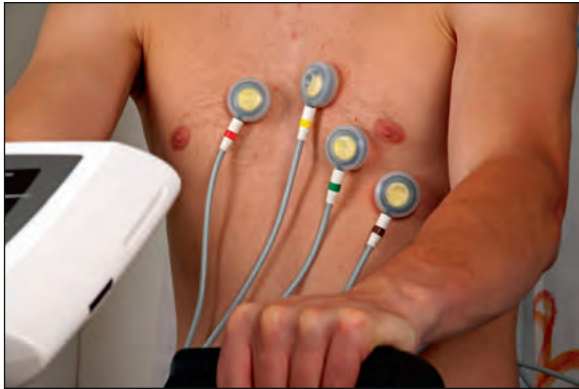
Ltd. RD Schenk
Tel. 0711 904-39200
matthias.schenk@rps.bwl.de

SG 2: Landesprüfungsamt, für Medizin und Pharmazie, Dienst- und Serviceleistungen

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

SG 3: Gesundheitsfach- und Pflegeberufe, soziale Berufe

AR'in Holzwarth
Tel. 0711 904-39220
ingrid.holzwarth@rps.bwl.de



Referat 96: Arbeitsmedizin, Staatlicher Gewerbearzt

Das Referat befasst sich mit den Auswirkungen von chemischen, physikalischen, biologischen und psychologischen Faktoren in 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 Gewerbeaufsicht sowie andere im Arbeitsschutz tätige Personen werden arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Fortbildungen sowie betriebsärztliche Qualitätszirkel angeboten. Tradition hat das „Arbeitsmedizinische Kolloquium“.

SG 1: Kompetenzstelle Arbeitsmedizin, Systemkontrolle, arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung

Im Sachgebiet (SG) 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,
- in Kooperation mit der Staatlichen Gewerbeaufsicht die Systemkontrollen begleitet,
- aufgrund von Projekten arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichte erstellt,

- Beratung der Gewerbeaufsicht in Fragen des Mutterschutzes durchgeführt,
- der Deutsch-Französische Arbeitskreis „Arbeitsmedizin“ begleitet.

SG 2: Kompetenzstelle Arbeits- psychologie, Betriebliches Gesundheitsmanagement

Das SG

- wirkt am Kompetenznetzwerk Arbeitspsychologie der staatlichen Gewerbeaufsicht bei der Beratung der Betriebe zu den Themen „psychische Belastung und Fehlbelastungen am Arbeitsplatz“ mit,
- hat die Federführung für die Fachgruppe „Arbeitspsychologie“ im Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau Baden-Württemberg,
- erstellt Informationen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) und begleitet die Entwicklung des BGM in der Landesverwaltung wissenschaftlich.

SG 3: Staatlicher Gewerbearzt, Berufs- krankheiten

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.

Ansprechpartner

Referatsleitung

N. N.

Tel. 0711 904-39600

Stellvertreterin:

MedD'in Dr. Müller-Barthelmeh

Tel. 0711 904-39610

renate.mueller-barthelmeh@rps.bwl.de

SG 1: Kompetenzstelle Arbeitsmedizin, Systemkontrolle, arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung

MedD'in Dr. Müller-Barthelmeh

Tel. 0711 904-39610

renate.mueller-barthelmeh@rps.bwl.de

**SG 2: Kompetenzstelle Arbeitspsychologie,
Betriebliches Gesundheitsmanagement**

Frau Veigel
Tel. 0711 904-39004
dagmar.veigel@rps.bwl.de

**SG 3: Staatlicher Gewerbearzt, Berufskrank-
heiten**

MedD'in Dr. Hagenmaier
Tel. 0711 904-39650
andrea.hagenmaier@rps.bwl.de

Laborunterstützter Gesundheitsschutz

Maja Adam, Silke Fischer, Jens Fleischer, Benedikt Frei, Michaela Frlicka, Elke Göhring-Zwacka, Astrid Kirch, Rainer Oehme, Ref. 93; Guido Fischer, Ref. 93 (bis 31.12.2016: Ref. 96); Matthias Appelt, Ralf Cronauer, Claudia Kühmstädt, Ref. 91



Der Laborbereich des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) arbeitet nach neuesten Untersuchungsmethoden und -standards in den Bereichen Bakteriologie, Infektionsserologie, Molekularbiologie sowie Mykologie. Aufgrund seiner epidemiologischen Aufgabenstellungen werden Veränderungen im infektiologischen Bereich (z. B. Veränderungen im Resistenzmuster oder Auftreten neuer Spezies und Subspezies) beobachtet sowie mit Hilfe von molekularbiologischen Verfahren Infektketten verfolgt und aufgeklärt. Über den Nachweis der klonalen Identität von Erregern aus einer vermuteten Infektionsquelle und dem Patienten können Aussagen zur Infektionskette im konkreten Fall gemacht werden. Auf dem Gebiet der Wasserhygiene wird die Qualität von Trink-, Bade-

und Oberflächenwasser durch bakteriologische und virologische Untersuchungen überprüft.

Dem Laborbereich ist seit 2009 auch ein Labor der Sicherheitsstufe 3 angegliedert. In diesem S3-Labor werden Untersuchungsmethoden zur schnellen Diagnostik von Erregern, die bei biologischen Gefahrenlagen von Bedeutung sind, etabliert.

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

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

Der Laborbereich ist durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) nach DIN EN ISO 15189:2014 und nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005 akkreditiert.

Übersicht

Wasserhygiene	57
Bakteriologie und Gruppenerkrankungen	62
Infektiologie, Infektionsprävention	64
Molekularbiologie und hochpathogene Erreger	65
Medizinisch-chemische Analytik	67
Qualitätsmanagement	68

Wasserhygiene

Das LGA ist mit seinem nach DIN 17025 akkreditierten Laborbereich in die Liste der anerkannten Labore zur Untersuchung von Trinkwasser nach der Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001) des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg aufgenommen. Das Untersuchungsspektrum umfasst neben Trinkwasser einschließlich Legionellen auch die mikrobiologische Analytik von Schwimm- und Badebeckenwasser sowie von Oberflächenwasser und EU-Badegewässern gemäß nationaler oder europäischer Richtlinien sowie Sonderuntersuchungen zu speziellen Fragestellungen wie z. B. Viren oder Parasiten.

Das LGA ist seit Inkrafttreten der Zuständigkeits-VO TrinkwV 2001 vom 31.03.2005 zuständiges Gesundheitsamt der vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg. Zudem ist es amtliche Untersuchungsstelle für die Überwachung von Schwimm- und Badebeckenwasser und für Badegewässer nach der Badegewässerverordnung des Landes Baden-Württemberg. Darüber hinaus arbeiten die Mitarbeiter in verschiedenen Ausschüssen bei der Erstellung von Gesetzen, Richtlinien und Normen mit.

Trinkwasseruntersuchungen

Insgesamt wurden im Jahr 2016 im LGA 4 835 Trinkwasserproben gemäß TrinkwV (2001) untersucht. Davon entfielen 3 106 auf die Fernwasser-, 436 auf Ortswasser- und 75 auf Einzelwasserversorger sowie 1 218 Proben auf sonstige Einsender. Hierzu zählen vermehrt Wässer aus Hausinstallationen oder Dentaleinheiten in Zahnarztpraxen (Anlage 2). Insgesamt wurden 319 Proben beanstandet, die Beanstandungsrate lag damit insgesamt bei 8 % (ohne Rohwässer). Die Fernwasserversorger zeigten hierbei eine Beanstandungsquote von 0,9 %, die Ortswasserversorgungen verzeichneten 11,4 % Beanstandungen, und die Übrigen erreichten durchschnittlich 17,7 % Beanstandungen für die eingesandten Proben. Die Einzelwasserversorger verzeichneten mit 47,8 % die meisten Beanstandungen (Anlage 3).

Hinweis: Die teilweise hohen Beanstandungsrate aus den Trinkwasseruntersuchungen des LGA ergeben sich aus vielfach unterschiedlichen Stichprobengrößen oder auch aus Wiederholungsproben bzw. Mehrfachuntersuchungen einer Entnahmestelle. Sie sind also nicht repräsentativ für die allgemeine Trinkwasserqualität in Baden-Württemberg. Sehr

gut schneiden die Fernwasserversorger ab mit einer nahezu konstanten Beanstandungsrate von < 1 %.

Untersuchungen von Schwimm- und Badebeckenwasser

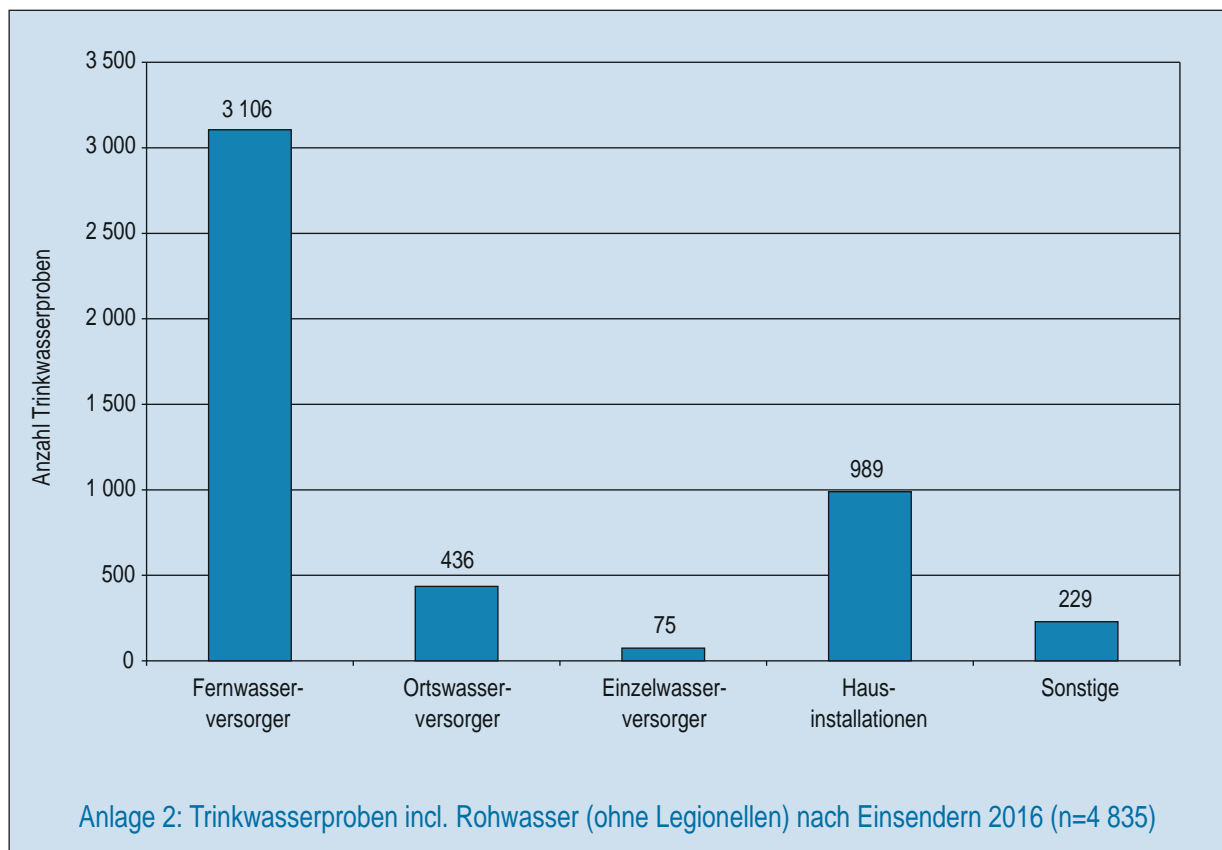
Im Jahr 2016 wurden dem LGA 2 194 Proben aus öffentlichen Bädern durch die Gesundheitsämter überbracht und gemäß UBA-Empfehlung und DIN 19643 untersucht. Hierbei wurden z. B. Frei- und Freizeitbäder, Hallenbäder und Thermalbäder sowie Bäder in Krankenhäusern und Schulen, Hotelbäder und Privatbäder untersucht. Untersucht wurden die Koloniezahlen bei 36° C, E. coli und Pseudomonaden in 100 ml Probe sowie Legionellen aus 100 ml Probe (Beckenwasser) bzw. 100 ml Probe (Filtrat). Insgesamt waren 175 Proben zu beanstanden, dies entspricht 8 % der untersuchten Proben (Anlagen 4 und 5). Die höchsten Beanstandungsraten verzeichneten Privatbäder mit 16,7 % Beanstandungen, gefolgt von Thermalbädern, Hotelbädern und Hallenbädern mit 13,3 %, 12 % bzw. 10,2 % Beanstandungen.

Untersuchung von EU-Badestellen und anderen Oberflächenwässern

Im Jahr 2016 wurden im LGA 2 277 Oberflächenwasserproben untersucht, wovon 2 115 von EU-Badestellen stammten. Zum Ende der Badesaison 2016 flossen entsprechend der Verordnung die Untersuchungsergebnisse aus vier Jahren in die Bewertung mit ein. Von den 315 offiziellen EU-Badestellen in Baden-Württemberg entsprachen demnach 309 (98,1 %) den Qualitätsbestimmungen der Richtlinie hinsichtlich der zwei ausschlaggebenden Kriterien: Belastung mit E. coli und Enterokokken. Davon erfüllten 260 (82,5 %) der Badestellen sogar die Kriterien für eine Einstufung in die höchste Qualitätskategorie („Ausgezeichnet“). 22 Badestellen (7,0 %) wurden in die Kategorie „Gut“ eingestuft. Vier Badestellen (1,3 %) erhielten die Bewertung „Ausreichend“. 23 Badestellen (7,3 %) wurden aufgrund schlechter Wetterverhältnisse im Juni nicht ausreichend beprobt und erhalten daher voraussichtlich die Einstufung „insufficient sampled“, unabhängig von der Wasserqualität (Anlage 6). Die aktuellen Daten zu den EU-Badestellen sind auch während der Badesaison neben weiteren Informationen rund um das naturnahe Baden auf folgender Website abrufbar: <http://www4.lubw.baden-wuerttemberg.de/servlet/is/12524/>

Anlage 1: Wasseruntersuchungen – Gesamtübersicht 2016

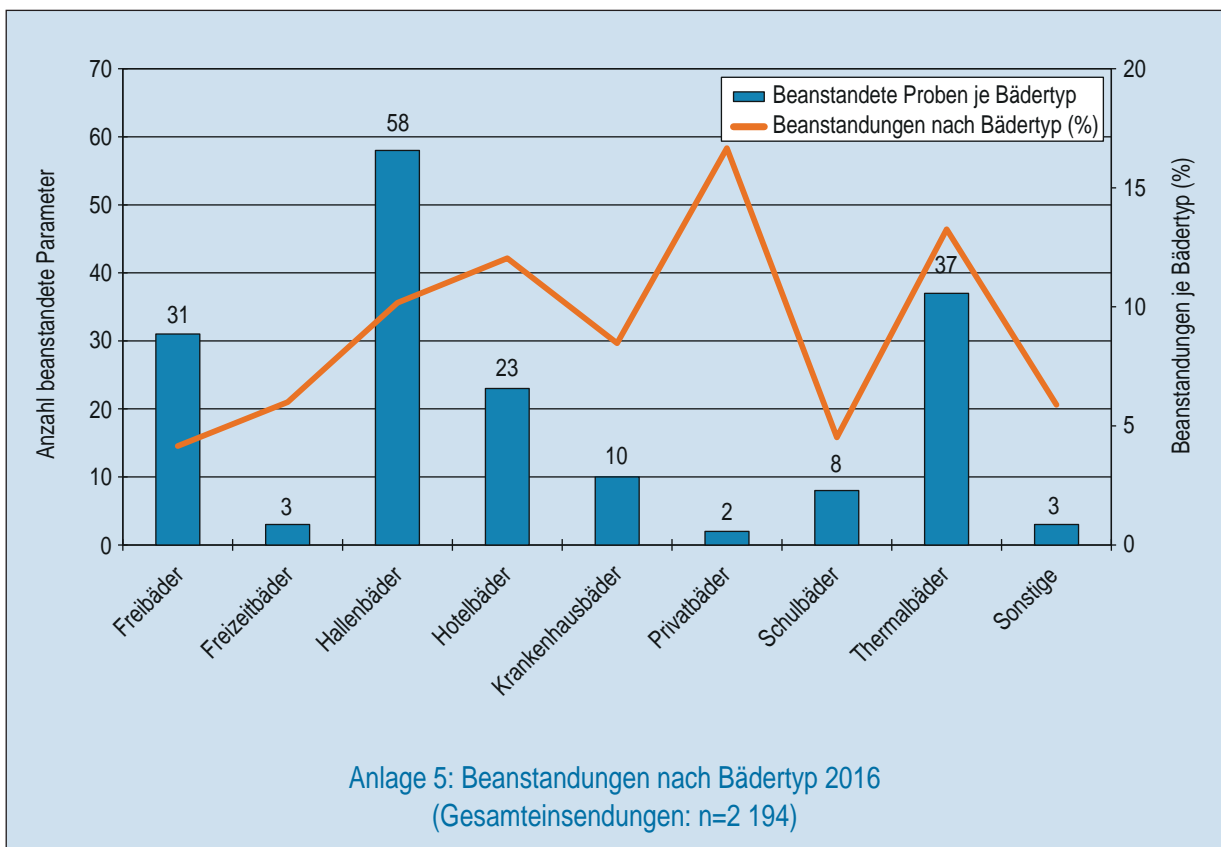
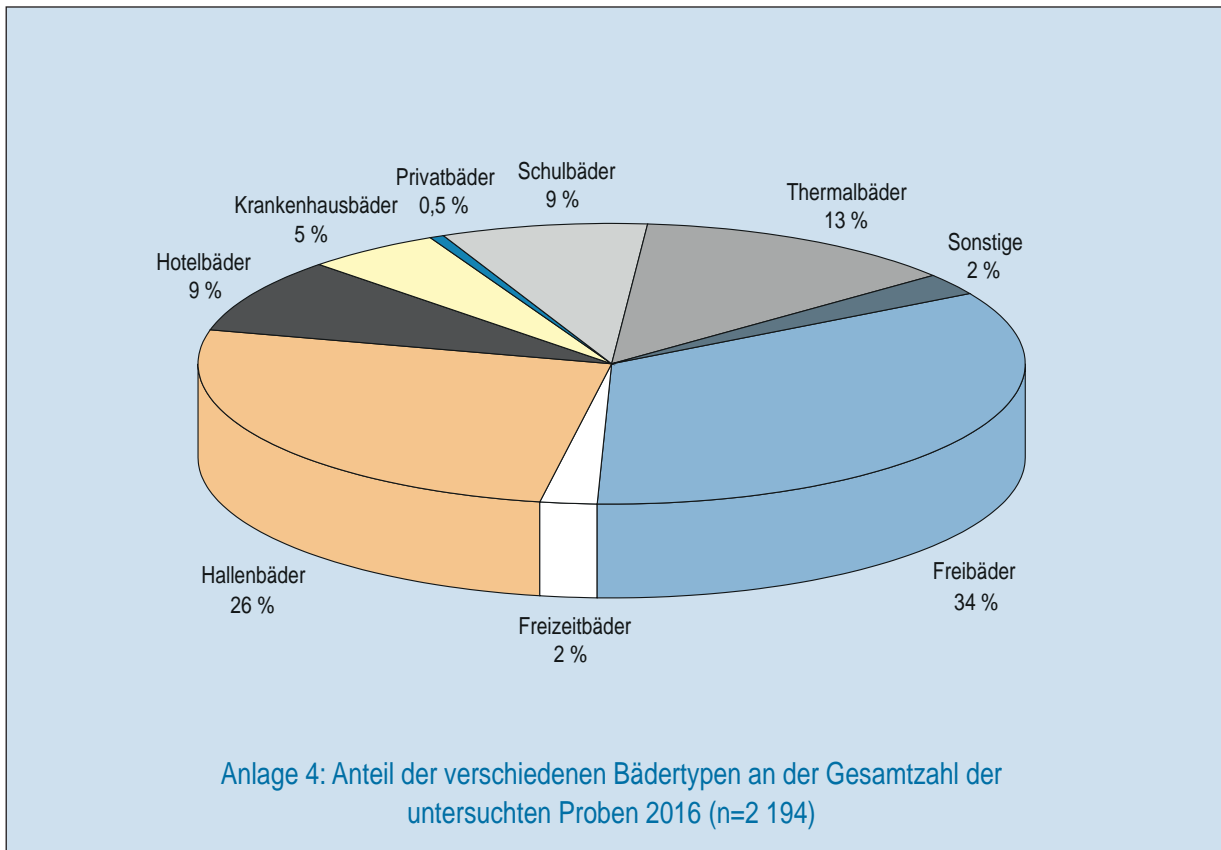
Probenmaterial	Probenanzahl	Parameter
Trinkwasser insgesamt	7 363	27 443
Fernwasserversorger	3 106	
Ortswasserversorger	436	
Einzel-/Eigenwasserversorgungen	75	
Hausinstallationen (Wasser aus Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, Dentaleinheiten oder raumluftechnischen Anlagen)	989	
Sonstige Wasserproben	229	
Erwärmtes Trinkwasser (Duschwasser o. Ä.)	2 528	
Schwimm- und Badebeckenwässer, Betriebswässer insgesamt	2 194	7 427
Freibäder	746	
Freizeitbäder	50	
Hallenbäder	570	
Hotelbäder	191	
Krankenhausbäder	118	
Privatbäder	12	
Schulbäder	177	
Thermalbäder	279	
Sonstige Bäder	51	
Oberflächenwässer und EU-Badegewässer insgesamt	2 277	4 722
Bodensee	583	
Baggerseen	565	
Flüsse	13	
Naturseen	736	
Stauseen	218	
Kleinbadeteiche (keine EU-Badegewässer)	87	
Sonstige Oberflächenwässer (keine EU-Badegewässer)	75	
Darin enthaltene Sonderuntersuchungen zu Viren, Parasiten, Blaualgen usw. insgesamt	100	
Viren	20	
Bakteriophagen	10	
Parasiten	5	
Blaualgentoxine (Microcystine)	22	
Blaualgen mikroskopisch	43	
Proben insgesamt	11 934	39 592



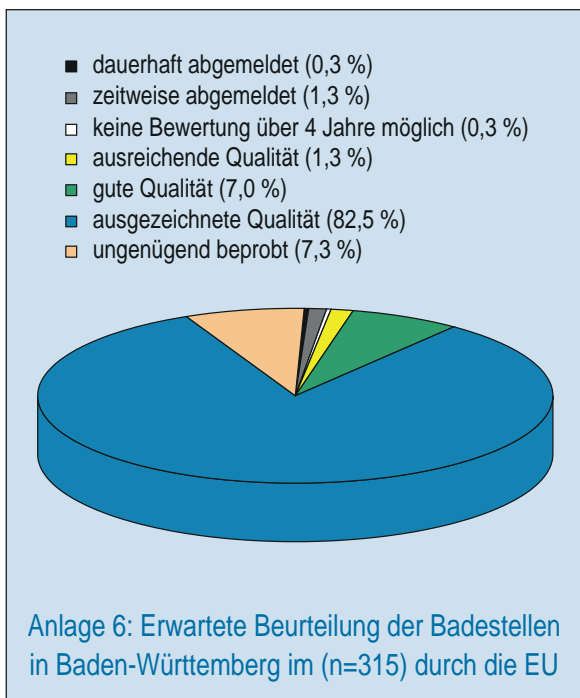
Anlage 3: Anzahl der eingesandten und davon beanstandeten Trinkwasserproben 2016 (ohne Rohwasser; n=3 978)

Einsender	Trinkwasserproben insgesamt	Trinkwasserproben ohne Rohwasser ¹	davon ¹ mit Beanstandungen	Anteil ¹ [%]
Fernwasserversorger	3 106	2 342	20	0,9
Ortswasserversorger	436	359	41	11,4
Einzelwasserversorger	75	67	32	47,8
Hausinstallationen	989	984	158	16,1
Sonstige	229	226	68	30,1
Summe	4 835	3 978	319	8,0

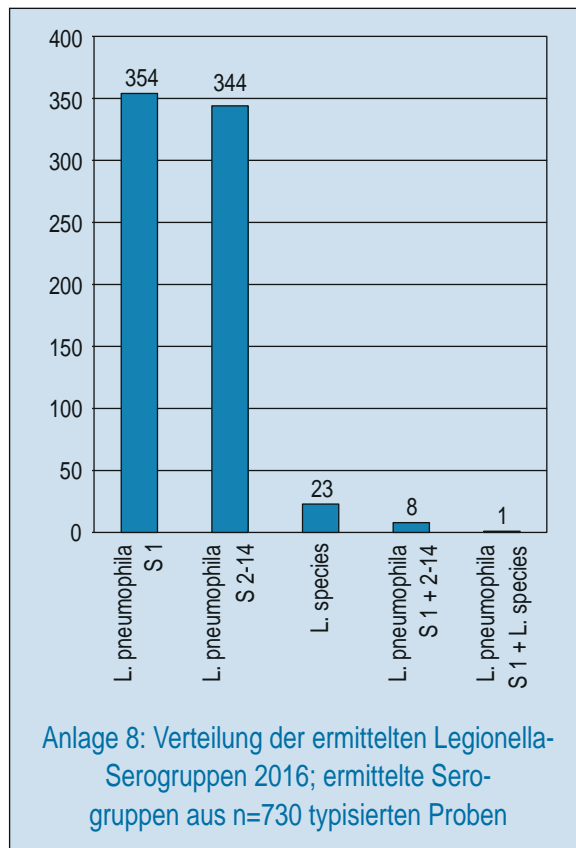
¹ Einsender, welche nicht unter die anderen Kategorien fallen



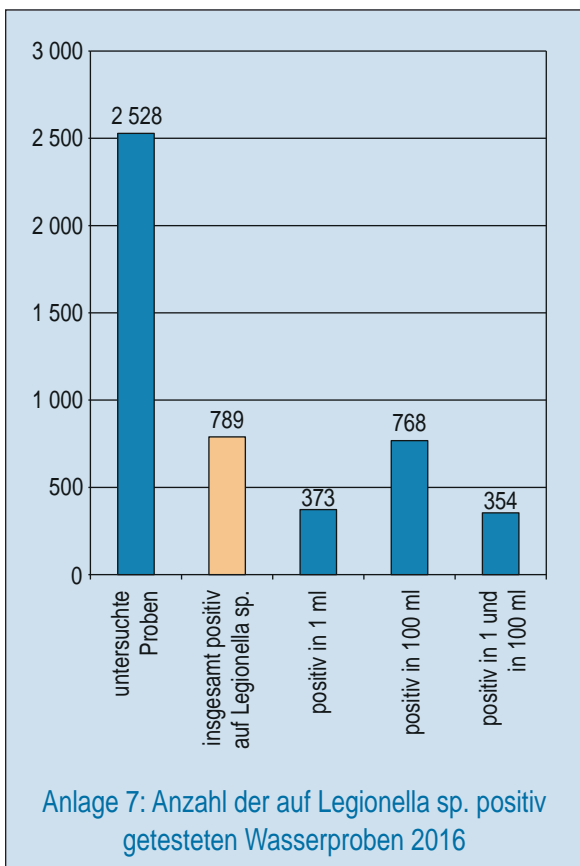
¹ Rundungsfehler sind nicht vermeidbar.



Anlage 6: Erwartete Beurteilung der Badestellen in Baden-Württemberg im (n=315) durch die EU



Anlage 8: Verteilung der ermittelten Legionella-Serogruppen 2016; ermittelte Serogruppen aus n=730 typisierten Proben



Anlage 7: Anzahl der auf Legionella sp. positiv getesteten Wasserproben 2016

Untersuchung von Hausinstallationen auf Legionellen

Insgesamt wurden 2 528 Proben aus Hausinstallationen auf Legionellen untersucht. In 373 Fällen (14,8 %) konnten in 1 ml Probe, in 789 Fällen (31,2 %) in 100 ml Probe Legionella sp. nachgewiesen werden (Anlage 7). Die Beanstandungsraten entsprechen damit weitestgehend den Ergebnissen aus den Vorjahren. Aus den positiv getesteten Wasserproben wurden in 354 Fällen Legionella pneumophila der Serogruppe 1 isoliert, in 344 Fällen Legionella pneumophila der Serogruppen 2-14, in 31 Fällen wurden Gemenge der Serogruppen 1 und 2-14 sowie andere Legionella species isoliert (Anlage 8). Grundlage für die Beurteilung der Konzentrationen von Legionella sp. sind der in der TrinkwV festgelegte Maßnahmewert (>100 KBE/100 ml), die im DVGW- Arbeitsblatt W551 (April 2004) aufgeführten Bewertungen von Legionellenbefunden in Trinkwassererwärmungs- und Leitungsanlagen sowie die Empfehlungen des Umweltbundesamtes von 2006 und 2016 zur Probenahme und zum Untersuchungsgang.

Sonderuntersuchungen

Aus den o. a. Routineproben wurden im Jahr 2016 insgesamt 100 Sonderuntersuchungen auf Viren, Bak-

teriophagen und Parasiten sowie auf spez. Mikroorganismen, wie z. B. Blaualgen (Cyanobakterien) und deren Toxine, durchgeführt.

Insgesamt wurden 2016 im Wasserlabor des LGA 11 934 Wasserproben untersucht, aus denen 39 592 Einzelparameter bestimmt wurden (Anlage 1).

Bakteriologie und Gruppenerkrankungen

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

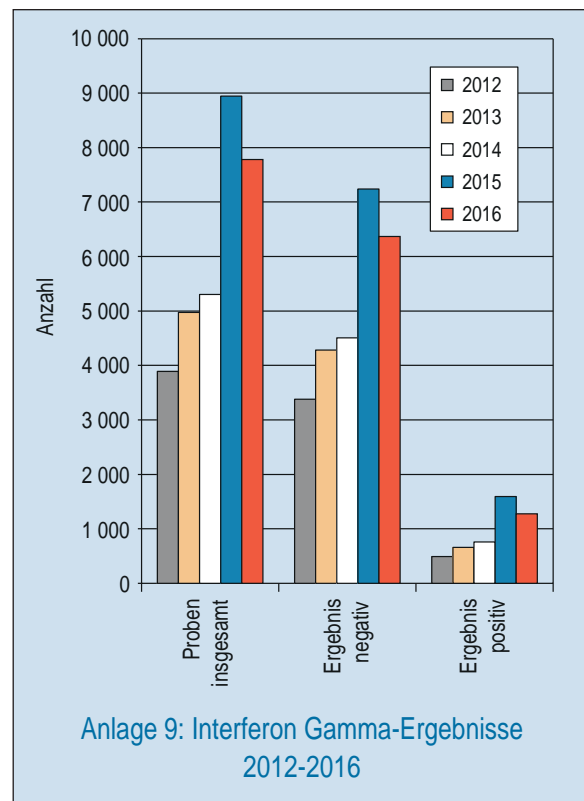
Tuberkulose

Das LGA bietet vor allem für den ÖGD, aber auch für JVAs und Krankenhäuser die Diagnostik von Mykobakterien an. Hierzu zählt die Mikroskopie von Sputumproben, der Direktnachweis von Mykobakterium tuberculosis complex mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) sowie die Anzucht und Identifizierung von Mykobakterien. Ebenso wird der indirekte Nachweis einer Mycobacterium tuberculosis-Infektion mittels Interferon-gamma Releas Assay (IGRA) durchgeführt.

Im Jahr 2016 wurden 2 645 Proben (vorwiegend Sputum und Urin) kulturell untersucht. Bei 32 Proben konnten Mykobakterien angezüchtet werden. Davon wurde aus 25 Kulturen Mycobacterium tuberculosis (von 18 verschiedenen Patienten) isoliert. Hiervon konnten bei sieben Proben mikroskopisch säurefeste Stäbchen identifiziert werden. Bei einer Probe wurde *M. africanum* nachgewiesen. Die Resistenzbestimmungen erfolgten beim Nationalen Referenzzentrum in Borstel.

In sechs Fällen wurden Nichttuberkulöse Mykobakterien (NTM) identifiziert. Dabei handelte es sich um *M. gordonae* (3 x), *M. fortuitum* (2 x) sowie *M. shimoidei* (1 x).

1 255 Proben wurden mittels Mycobacterium tuberculosis-Direkttest (PCR) untersucht. Dies entspricht in etwa den Untersuchungen aus dem Vorjahr (1 250). Das Ergebnis des Direkttests war bei 39 Proben positiv, davon konnte bei 23 Proben Mycobacterium tuberculosis kulturell angezüchtet werden. Ebenso



waren in zwölf Proben mikroskopisch säurefeste Stäbchen nachweisbar.

Interferon-Gamma Releas Assay (IGRA)

Beim IGRA handelt es sich um einen indirekten Test zum Nachweis einer Mycobacterium tuberculosis-Infektion. Mit Hilfe dieses Tests kann eine Infektion mit dem Mycobacterium tuberculosis-Komplex nachgewiesen werden, wobei keine Unterscheidung zwischen einer aktiven oder einer latenten Infektion möglich ist. Am LGA wird der Quantiferon-Test durchgeführt.

Im Jahr 2015 wurden im LGA 7 778 Blutproben auf Interferon-Gamma untersucht. Davon waren 1 272 (16,35 %) positiv und 6 365 (81,8 %) negativ. Bei 141 Patienten (1,8 %) war der Test nicht auswertbar. Im Vergleich zum Vorjahr waren es 1 165 Proben weniger (Anlage 9).

Gastroenterologie

Die Untersuchung von Proben in Zusammenhang mit gastroenteritischen Infektionen umfasst folgende Erreger: Salmonellen, Campylobacter, Yersinien, Shigellen, enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC), Staphylococcus aureus, Bacillus cereus, Clostridium perfringens, Clostridium difficile, Listerien, Noroviren, Rotaviren, Adenoviren, Astroviren, Enteroviren, Hepatitis-A- und -E-Viren.

Stuhluntersuchungen von Mitarbeitern im Lebensmittelbereich werden seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ausschließlich anlassbezogen bei nach IfSG gemeldeten Erkrankungsfällen (Diarrhoen) durchgeführt.

Zur Abklärung von Gruppenerkrankungen im Rahmen der aktiven Surveillance (Ermittlungen nach § 25 IfSG) werden Proben von Erkrankten und/oder von (Küchen-)Mitarbeitern untersucht sowie Kontroll- und Umgebungsuntersuchungen bei nach § 7 IfSG meldepflichtigen Infektionserregern durchgeführt.

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

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

Enteritiserreger

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 3 369 Stuhlproben bakteriologisch und virologisch untersucht. Dies waren über 1 000 Proben mehr als im Jahr zuvor (2015: 2 347). Bei den eingesandten Proben handelte es sich im Jahr 2016 – wie auch schon in den Jahren zuvor – am häufigsten um Untersuchungen auf Salmonellen (n=1 110). Insgesamt konnten Salmonellen in 197 Fällen nachgewiesen werden, wobei 25 verschiedene Salmonellen-Serovare isoliert wurden. Am häufigsten wurde *S. Enteritidis* nachgewiesen (n=92), gefolgt von *S. Typhimurium* (n=40). Monophasische B-Stämme lagen im Jahr 2016 an dritter Stelle (n=15). Außerdem wurde *S. Newport* (n=20) häufiger nachgewiesen. Andere Serovare traten nur in wenigen Einzelfällen auf. Das Spektrum der seltenen Sero-

vare ist von Jahr zu Jahr unterschiedlich. Mit 1 070 Proben haben im Jahr 2016 die Untersuchungen auf EHEC- (enterohämorrhagischer *E. coli*) bzw. EPEC (enteropathogener *E. coli*) im Vergleich zum Vorjahr (n=698) deutlich zugenommen. Hiervon waren 358 Proben EHEC und 79 Proben EPEC positiv.

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

Gruppenerkrankungen

Insgesamt wurden im Jahr 2016 von den Gesundheitsämtern 230 Gruppenerkrankungen mit gastroenteritischen Symptomen gemeldet, jedoch nur von 215 auch Stuhlproben zur mikrobiologischen und virologischen Untersuchung eingesandt.

Die 215 untersuchten Gruppenerkrankungen waren vorwiegend durch Noroviren (54 %) verursacht. Salmonellen konnten bei fünf Gruppenerkrankungen nachgewiesen werden, Rotaviren und Astroviren bei vier, *Bacillus cereus* und *Staphylococcus aureus* waren bei je zwei Gruppenerkrankungen die Ursache und Enteroviren, *Clostridium perfringens*, *Campylobacter coli* und EHEC bei je einer Gruppenerkrankung.

Da bei Gruppenerkrankungen nur eine repräsentative Anzahl von Stuhlproben untersucht werden, wurden zwar insgesamt 3 075 Personen als erkrankt gemeldet, aber nur 897 Einzelproben untersucht.

Während in den vorigen Jahren die meisten Gruppenerkrankungen aus Alten-/Pflegeheimen gemeldet wurden, erfolgten im Jahr 2016 erstmalig die meisten Gruppenerkrankungs-Meldungen aus Kindergärten/Schulen (n=107). An zweiter Stelle lagen die Alten-/Pflegeheimen (n=69), gefolgt von Gaststätten/Imbiss/Catering (n=30). In Kindergärten/Schulen belief

Anlage 10: Infektionsorte, Zahl der Gruppenerkrankungen und Infektionserreger 2016

Infektionsort	Summe	Norovirus	Rotavirus	Adenovirus	Astrovirus	Enterovirus	Salmonella	B. cereus	S. aureus	Clostridium perfringens	Campylobacter	EHEC	Unbekannt
Alten-/Pflegeheime	69	37	2	0	2	0	1	1	1	0	0	0	25
Gaststätten/Imbiss/Catering	30	10	0	0	1	0	2	1	1	0	1	0	14
Krankenhäuser/Rehakliniken	5	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Kindergärten/Schulen	107	65	2	0	1	0	2	0	0	0	0	1	36
Sonstige ¹	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Gesamt	215	116	4	0	4	1	5	2	2	1	1	1	79

¹ Ferien-Freizeiten, Jugendherbergen, Schiffe

sich die Zahl der durch Noroviren verursachten Erkrankungen auf 60,7 %, deutlich mehr als im Vorjahr (44,4 %). In 53,6 % der aus Alten-/Pflegeheimen gemeldeten Gruppenerkrankungen konnten Noroviren nachgewiesen werden. In Gaststätten und Lebensmittelverkaufsstätten betrug der Anteil an durch Noroviren verursachten Gruppenerkrankungen 33,3 % (im Vorjahr waren es 42,9 %). Fünf Gruppenerkrankungen wurden aus Kliniken gemeldet, davon waren zwei durch Noroviren und eine durch Enteroviren verursacht. In zwei Fällen konnte kein Erreger identifiziert werden (Anlage 10).

Darmparasiten

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

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 443 Proben parasitologisch-mikroskopisch untersucht. Dabei konnten in 128 Stuhlproben (28,9 %) Darmparasiten nachgewiesen werden.

Humane Proben

Im Jahr 2016 gingen 241 Proben (Abstriche von verschiedenen Körperregionen, Sputen und Urine) zur kulturellen mikrobiologischen Untersuchung ein.

Im Rahmen der Listerien-Surveillance, die in Zusammenarbeit mit dem Referat 92 (bis 31.12.2016: Referat 95) seit mehreren Jahren durchgeführt wird, erhielt das LGA 57 Stämme von verschiedenen Laboren in Baden-Württemberg. Da der Nachweis von Listerien nach IfSG meldepflichtig ist, werden durch eine aktive Surveillance entweder vom Referat 92 oder von den Gesundheitsämtern die meldenden Labore veranlasst, die isolierten Stämme an das Labor des LGA zu schicken. Im Labor werden diese Stämme angezüchtet und anschließend zur weiteren Typisierung mittels Pulsfeldgelelektrophorese an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Salmonellen und andere Enteritiserreger in Wernigerode gesandt, die einen Abgleich mit anderen bundesweit isolierten Listerienstämmen durchführen. Im Jahr 2016 traten am LGA folgende Sorovaren auf: 28 x Serovar 4b, 19 x Serovar 2a, 9 x Serovar 2b sowie 1 x Serovar 1c.

Hygienisch-mikrobiologische Umgebungsuntersuchung

Hygienisch-mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen dienen der Qualitätskontrolle von z. B. Flächendesinfektionsverfahren in medizinischen Einrichtungen oder Großküchen. Im Bereich Krankenhaushygiene, vorwiegend von JVsAs, wurden im Jahr 2016 insgesamt 18 Abklatsch- und Abstrichproben untersucht.

Infektiologie, Infektionsprävention

Infektionsserologie

Im Labor Infektionsserologie wurden im Jahr 2016 insgesamt 20 792 Seren auf 21 verschiedene Infektionserreger untersucht. Hierzu wurden 51 450 Untersuchungen bzw. Bestimmungen von Antikörpern oder Antigenen durchgeführt. Die Proben zur Diagnostik auf Infektionen mit den viralen Erregern HIV, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virus sowie auf die bakterielle Infektion Syphilis werden vor allem von den Gesundheitsämtern und den JVsAs eingesandt. Im Jahr 2016 konnte eine deutliche Zunahme der Anforderungen auf Syphilis beobachtet werden. Im Vergleich zum Vorjahr erhielt das LGA 1 599 Proben mehr; dies entspricht einer Zunahme von 36 %. Das Angebot der HIV-/STI-Beratungsstellen zur Testung auf die Erreger Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae im Rahmen des CT/NG-Projekts wurde gut angenommen, so dass im Jahr 2016 insgesamt 8 536 Abstrichproben und 4 993 Urinproben auf diese beiden Erreger untersucht wurden.

Infektionsserologische Untersuchungen

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

Hepatitis-Diagnostik

Im Jahr 2016 gingen insgesamt 462 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis A, 7 965 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis B bzw. zur Bestimmung des Impftiters nach Hepatitis-B-Impfung und 7 107 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis C ein.

Hepatitis-A-IgG-Antikörper wurden in 317 Fällen positiv getestet. Dies bedeutet, dass die Betroffenen

die Infektion entweder durchgemacht oder eine Impfung gegen Hepatitis A erhalten haben. In 84 Fällen wurde IgM zum Nachweis einer frischen Infektion angefordert, welche in fünf Fällen nachgewiesen werden konnte.

Das HBs-Antigen, das Virushüllen-Antigen, das in der Regel sowohl bei einer akuten als auch bei einer chronischen Hepatitis B positiv getestet wird, wurde aus 2 982 Proben bestimmt. In 155 Fällen war das HBs-Ag positiv. Aufgrund der anderen Hepatitis-Marker muss bei 139 Personen von einem chronischen HBs-Ag-Trägertum ausgegangen werden. In elf Fällen wurde eine akute bzw. kürzliche Hepatitis-B-Infektion, in 729 Fällen eine zurückliegende Hepatitis-B-Infektion diagnostiziert. Aus 1 733 Seren wurde der Impftiter Anti-HBs bestimmt.

Von 7 107 Suchtests zum Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus wurde in 519 Fällen eine Hepatitis-C-Infektion nachgewiesen. Die Bestimmung der Viruslast (Grad der Infektiosität) bei Hepatitis C mittels einer PCR wurde in 509 Fällen durchgeführt.

HIV-Diagnostik

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 18 304 Seren auf HIV untersucht. Von diesen Seren, die überwiegend anonym untersucht werden, waren 165 Proben positiv. Durch die anonymen Einsendungen und die Vorgabe, dass ein Serum, das positiv auf HIV getestet ist, durch eine zweite Blutprobe bestätigt werden muss, kann nicht auf die konkrete Anzahl der positiv getesteten Personen rückgeschlossen werden.

Untersuchungen für das Konsiliarlabor für *Coxiella burnetii*

Seit 2002 ist das nationale Konsiliarlabor für *Coxiella burnetii* im LGA angesiedelt. Serologische Untersuchungen im Rahmen der Konsiliartätigkeit werden im Labor Infektionsserologie durchgeführt. Im Jahr 2016 wurden 335 Seren auf spezifische Antikörper gegen *Coxiella burnetii* untersucht.

Untersuchungen für das Projekt Bestimmung des Immunstatus bei schwangeren Flüchtlingen

Eine Infektion mit Masern, Röteln oder Varizellen während der Schwangerschaft stellt ein großes Risiko für Mutter und Kind dar. Bei schwangeren Flüchtlingen liegen in der Regel keine Informationen zu einer bereits vorliegenden Immunität gegen diese Erreger vor. Aus diesem Grund wurde 2016 eine Studie zur Abklärung des Immunstatus auf Masern, Röteln und Varizellen bei schwangeren Flüchtlingen gestartet. Im Jahr 2016 wurden insgesamt 259 Blutproben von schwangeren Flüchtlingen untersucht. Eine Immunität gegen Masern war serologisch bei 235, gegen Röteln bei 224 und gegen Varizellen bei 226 Frauen nachzuweisen.

Untersuchungen für das Projekt Gesundheit, Sensibilisierung und Umwelt bei Erwachsenen in Baden-Württemberg 2015/16

Für dieses Projekt wurden unter anderem der Immunstatus bei Erwachsenen auf Diphtherie, Tetanus, Masern und Röteln überprüft. Die serologischen Untersuchungen hierzu wurden aus 313 Proben im Infektionsserologischen Labor vorgenommen.

Virusanzucht in Zellkulturen

Das LGA nahm auch im Jahr 2016 als kooperierendes Landeslabor an der bundesweiten Influenzasurveillance teil. Verschiedene Sentinel-Praxen (Allgemeinärzte, Internisten, Pädiater) in Baden-Württemberg senden während der Influenza-Saison Rachenabstriche zur Untersuchung auf Influenza-Viren ein. Im Labor Molekularbiologie werden die Abstriche zunächst mittels PCR auf Influenza A/B untersucht. Die in der PCR positiv getesteten Rachenabstriche werden im Labor Infektionsserologie auf Zellkultur gegeben. Nach erfolgreicher Anzucht erfolgt eine weitere Typisierung der Isolate am Nationalen Referenzzentrum für Influenzaviren am Robert Koch-Institut. Die Ergebnisse der Untersuchungen stellen einen wichtigen Beitrag zur nationalen Influenza-Surveillance dar. Die Untersuchungen geben Aufschluss über den Verlauf von Influenza-Epidemien und ermöglichen mittels Feintypisierung der isolierten Influenza-Stämme im NRZ die frühzeitige Erkennung von Virustypveränderungen im Verlauf einer Influenza-Epidemie.

In der Saison 2015/16 konnten 116 Zellkulturisolate zur Typisierung an das NRZ für Influenzaviren geschickt werden.

Molekularbiologie und hochpathogene Erreger

Molekularbiologische Untersuchungen mittels PCR

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

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

Damit ist es möglich, bereits wenige Krankheitserreger aus dem eingesandten Material nachzuweisen. Dort, wo kulturelle Verfahren aufgrund von z. B. zu wenigen bzw. bereits nicht mehr vermehrungsfä-

higen Erregern versagen, können diese mit Hilfe von molekularbiologischen Methoden detektiert werden.

Zudem besteht eine weitere Aufgabe des Labors darin, in einer Ausbruchssituation (wie z. B. im Falle der Neuen Influenza 2009 und des EHEC O104:H4-Ausbruchs im Frühjahr 2011) sowie beim Auftreten neuer Erreger (z. B. Verdacht auf Polioviren bei Asylbewerbern aus Syrien Ende 2013 und der Ausschlussdiagnostik bei Ebola 2014 und 2015) möglichst umgehend neue Testverfahren zu etablieren, um eine sichere Diagnostik zur aktiven Surveillance zu gewährleisten und dadurch angepasste Präventionsmaßnahmen zur Eindämmung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu ermöglichen.

Im Jahr 2016 sind im LGA die in Anlage 11 dargestellten Untersuchungen durchgeführt worden. Von insgesamt 816 Untersuchungen auf Noroviren betrug der positive Anteil 33,6 %. Zur Infektkettenverfolgung wurden im Jahr 2016 insgesamt 14 Sequenzierungen durchgeführt.

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

Insgesamt wurden 635 Abstriche in der Saison 2015/16 auf Influenzaviren untersucht. 302 Proben wurden positiv getestet; dies entspricht einem Anteil von 47,6 %. Bei 148 Proben wurde Influenza A nachgewiesen, davon in 139 Fällen Influenza A/H1N1pdm09; bei 154 Proben wurde Influenza B nachgewiesen.

Neu eingeführt wurde die PCR auf Hepatitis-E-Viren aus Stuhl und Serum. Im Jahr 2016 wurden 33 Proben eingesandt, von denen 17 positiv getestet wurden. Die Hepatitis E wird weiter an Bedeutung zunehmen, vor allem autochthone Fälle mit dem Genotyp 3, der hauptsächlich durch rohes Schweinefleisch übertragen wird.

Nachdem zwei Personen nach dem Genuss von roher Ziegenmilch an einer FSME erkrankten, wurden 21 Rohmilchkäse des Betriebes mit Hilfe der PCR auf das Vorhandensein von FSME-Viren untersucht. In sechs Proben konnte das Virus nachgewiesen werden. Aus zwei Frischkäsen ließ sich das Virus anschließend in Zellkultur anzüchten. Bei einem Screening von 119 weiteren Ziegen-, Kuh- und Schafroh Milchprodukten aus anderen Betrieben in Baden-Württemberg konnte das Virus nicht nachgewiesen werden.

Anlage 11 Erregernachweise im Labor Molekularbiologie 2016

Erreger	Untersuchungen	positiv	negativ
<i>Borrelia burdorferi sensu lato</i>	1 027	181	846
<i>Coxiella burnetii</i>	61	7	54
EHEC	1 070	358	712
EPEC	1 070	79	991
Noroviren	816	274	542
Influenza	A	635	9
	A/H1N1pdm09	635	139
	B	635	154
Enteroviren	27	4	23
Adenoviren	9	0	9
Rotaviren	5	0	5
Hantaviren	2	0	2
Hepatitis A	41	8	33
Hepatitis E	33	17	16
<i>Entamoeba spec.</i>	12	6	6
FSME-Virus	140	6	134
Sonstiges (<i>Anaplasma</i> , MRSA, <i>Leptospiren</i> , <i>Babesien</i> , <i>Rickettsien</i> , <i>Echinokokkus</i>)	6	1	5
Summe	6 224	1 243	4 981

Schädlingsbestimmungen

Im Bereich Schädlingsbestimmung werden Insekten und Spinnentiere (Arthropoden) differenziert. Die Haupteinsender sind Gesundheitsämter, aber auch Privatpersonen, die die Schädlinge identifiziert haben möchten, um eine gezielte Bekämpfung durchführen zu können. Im Jahr 2016 wurden 56 Schädlinge eingesandt.

Medizinisch-chemische Analytik

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

- Die im Herbst 2010 begonnene Längsschnittstudie mit Erwachsenen wurde im Jahr 2016 weitergeführt, es wurden allergologische Untersuchungen zur Häufigkeit von Sensibilisierungen gegen Ambrosia (Neophyt) durchgeführt.
- Für den ÖGD erfolgen in Amtshilfe neben fachlichen Beratungen auch Untersuchungen und gesundheitliche Bewertungen von biologischen In-

Anlage 12: Allergiediagnostik (Biologisches-Effekt-Monitoring)

Parameter	Anzahl Bestimmungen
sx1 Inhalationsallergene: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> • Katzenschuppen • Lieschgras • Roggen • <i>Cladosporium herbarum</i> • Birke • Beifuß 	516
w230 Ambrosienkomponente	516
w1 Ambrosie	212
w6 Beifuß	212
w231 Beifußkomponente	212
Summe	1 668

Anlage 13: Ringversuche Schimmelpilze und Kurse

Herstellung von Referenzmaterialien	Proben
Reinkulturen für Ringversuche (RV 30, 31)	1 596
Mischproben für Ringversuche (RV 30, 31)	138
Reinkulturen für Kurse (1 x Anfänger, 2 x Fortgeschrittene)	4 500
Summe	6 234
Anzahl der Identifizierungen für RV und Kurse	180

Anlage 14: Amtshilfe für Gesundheitsämter und sonstige Einrichtungen

Probenmaterial	Proben
Luftprobenahme direkt	15
Abklatschproben	1
Klebefilmproben	13
Materialproben	3
Luft indirekt	21
Wasserproben	5
Luftprobenahme direkt (im Zusammenhang mit dem Praktikum für Hygienekontrolleure)	10
Summe	68

Probenmaterial	Identifizierungen
eingesandte Reinkulturen	8
Probenmaterial aus gewonnenen Stämmen	200
Summe	208

nenraumschadstoffen, insbesondere von Schimmelpilzen (58 Proben, Identifizierung von 208 Reinkulturen). Als neue, zusätzliche Aufgabe wurden in 2016 erstmals zwei halbtägige, einwöchige Kurse für Hygienekontrolleure zum Thema Probenahme, Auswertung und Bewertung von Schimmelpilzen in Innenräumen ausgerichtet. Im Rahmen dieser Kurse wurden zehn Luftprobenahmen durchgeführt (Anlage 14).

- Die 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 insgesamt ca. 130 Labore teilnehmen.
- Ein weiteres wichtiges Element der AQS sind die Fortbildungsveranstaltungen und Kurse „Nachweis,

Identifizierung und Bewertung von Schimmelpilzen in Innenräumen und Lebensmitteln“ (Grundkurs und Fortgeschrittenen-Kurs), die in Zusammenarbeit mit dem Westerdijk Fungal Biodiversity Institute (ehemals CBS – Centraalbureau voor Schimmelcultures, Utrecht/Niederlande) durchgeführt werden. Im Jahr 2016 wurde erneut ein zweiter Fortgeschrittenen-Kurs im Herbst angeboten; so konnten zusätzlich 22 Teilnehmer den Kurs durchlaufen.

Insgesamt wurden 2016 im Bereich der Allergiediagnostik 1 668 Bestimmungen durchgeführt (Anlage 12). Im Rahmen der fachlichen Beratung der Gesundheitsämter wurden 68 Proben zur Bestimmung von biologischen Agenzien untersucht sowie 208 Reinkulturen identifiziert (Anlage 14). Hierbei ist zu beachten, dass für eine Luftprobe zur Bestimmung des Schimmelpilzspektrums jeweils neun Kulturplatten ausgewertet (dreimal DG-18, dreimal MEA, dreimal MEA 37 °C), für die Untersuchung einer Materialprobe sogar 45 Platten angelegt und ausgewertet werden müssen.

Als Referenzmaterial für die zwei Ringversuche und drei Kurse wurden 6 234 Proben vorbereitet und versandt (Anlage 13). Die Anzahl der Proben bei den mikrobiologischen Innenraumuntersuchungen lag im Vergleich zum Vorjahr niedriger, im Bereich der AQS-Fortbildungsveranstaltungen blieb die Anzahl der untersuchten und bereitgestellten Proben in etwa gleich, im Bereich der Allergiediagnostik im Zusammenhang mit der zweiten Runde der Erwachsenen-Kohorte wurden jedoch deutlich mehr Bestimmungen durchgeführt.

Qualitätsmanagement

Wie alle Labore stehen auch die amtlichen Untersuchungseinrichtungen im Baden-Württemberg vor der fortwährenden Herausforderung, das qualitative Niveau ihrer Dienstleistungen nicht nur zu erhalten, sondern ständig zu verbessern. Dies betrifft

- das Leistungsangebot an Untersuchungen bzw. Prüfungen,
- die Genauigkeit, Transparenz und Rückverfolgbarkeit der Laborarbeit,
- das Informations- und Beratungsmanagement des Laborpersonals sowie
- die Dauer der Probenbearbeitung und Befund- bzw. Prüfergebnisübermittlung.

Als Teil der Qualitätspolitik des LGA wurde schon 1998 ein Qualitätsmanagement(QM)-System im Laborbereich aufgebaut. Es richtet sein Augenmerk auf die fachliche Umsetzung der Prüf- und Untersu-

chungsverfahren und auf die Organisation (Strukturen, Prozesse und Abläufe) innerhalb des Laborbereichs und der laborbezogenen Dienstleistungen (z. B. Laboreinkauf, Laborgeräthewartung, Entsorgung). Ziel sind qualitativ angemessene und vergleichbare Untersuchungs- bzw. Prüfergebnisse, die auch gegenüber Dritten jederzeit nachvollzieh- und rückverfolgbar (schriftlich) dokumentiert und Berechtigten in der Regel zehn Jahre lang archiviert zugänglich sind.

Die kontinuierliche Erhebung und Bewertung möglicher – in fachliche, infrastrukturelle, Management- und personelle unterteilt – Risiken führen zu einem wirkungsvollen Risikomanagement. Die wesentlichen Instrumente des QM-Systems,

- das Dokumentenmanagement,
- interne Audits (2016: 10; 2015: 15),
- die jährliche Managementbewertung und
- ein kontinuierliches Kommunikationsmanagement durch die „Laborsprechstunde“, bedarfsbezogene Besprechungen und Arbeitsgruppen auf Laborbereichsebene sowie die „Jours fixe QM“ auf Leitungsebene

erleichtern den Austausch und die Zusammenarbeit. Zur Gewährleistung der Unabhängigkeit ist das QM-Personal außerhalb des Laborbereichs angesiedelt. Das QM-System wird durch weitere LGA-interne Managementsysteme, insbesondere den „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ und das „Technische Gebäudemanagement“, unterstützt und ergänzt.

Die Akkreditierungen durch die deutsche Akkreditierungsstelle (DAkS) sind die formelle Bestätigung und Anerkennung der

- Kompetenz und Fähigkeit, fachlich fundierte Untersuchungs- und Prüfergebnisse zu erzielen sowie der
- Wirksamkeit des bestehenden QM-Systems.

Die Akkreditierungsurkunden

- für den humanmedizinischen Bereich nach DIN EN ISO 15189:2014,
- in der Gesundheitsversorgung für Hygiene und medizinische Laboruntersuchungen im Rahmen klinischer Studien sowie
- im gesundheitlichen Verbraucherschutz für mikrobiologische Untersuchungen (Wasserhygiene einschließlich Probenahme Trinkwasser, Mykologie und Feinstaubmessungen/-prüfungen) nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005

sind gültig bis 10.12.2019 bzw. 11.11.2019 und zusammen mit den erläuternden Anlagen im Internet unter www.gesundheitsamt-bw.de bei Eingabe des Webcodes LGA003 unter „Suche“ aufrufbar.

Landesarzt für Menschen mit Behinderungen

Birgit Berg, Ref. 102 (bis 31.12.2016: Ref. 94)



Die gesetzliche Funktion „Landesarzt für Menschen mit Behinderungen“ ohne hoheitliche Befugnisse besteht seit Einführung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) 1962 im Bereich der Eingliederungshilfe.

2001 wurde die Funktion „Landesarzt“ mit veränderten, stark planungsorientierten Aufgaben als § 62 in den Teil 1 des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX – Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen – überführt. Im Zentrum steht seither die kostenträgerunabhängige, fachärztliche Beratungs- und Empfehlungsfunktion zu medizinischen Aspekten von Behinderungen und strukturellen Verbesserungen von Partizipation, Inklusion und Versorgung der Menschen mit (drohenden) Behinderungen. Dagegen wurden gutachtliche Aufgaben für die Eingliederungshilfe zurückgeführt auf besonders schwierig gelagerte einzelne Fälle nach Ausschöpfung anderer Möglichkeiten sowie fachliche Anfragen von den Landesbehörden, die für das Gesundheitswesen und die Sozialhilfe zuständig sind. Mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes am 16.12.2016 wurde die Aufgabe Landesarzt als § 35 in das neue Bundesteilhabegesetz (BTHG) überführt.

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

Public Health. Der Medizinische Bereich der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg ist eine Schwerpunktaufgabe des Landesarztes.

Zu Jahresbeginn 2017 hat aufgrund der Umsetzung des neuen ÖGD-Gesetzes die Aufgabe „Landesarzt für Menschen mit Behinderungen“ das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg verlassen und ist seitdem dem Landesversorgungsamt im Regierungspräsidium Stuttgart (RPS) zugeordnet.

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

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

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

Aufgaben der ÜAFF BW

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

Der „Infodienst Frühförderung Baden-Württemberg“ mit aktuellen Fachinformationen zu Frühförderung und Inklusion wendet sich an Fachleute in Ministerien, Landrats- und Bürgermeisterämtern, Interdisziplinären und Sonderpädagogischen Frühförderstellen (BFF), Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), an niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, Selbsthilfverbände, Fachverbände, freie Träger, Elternvertreter sowie interessierte im Thema tätige Einzelpersonen. Die Nachfrage steigt fortlaufend, Rückmeldungen der Bezieher sind positiv. Im Internet ist er bis zu seiner Überführung in den Web-Auftritt des Landesversorgungsamtes im RP Stuttgart unter <https://rp.baden-wuerttemberg.de/Themen/Soziales/Landesarzt/Seiten/Infodienst.aspx> aufrufbar.

Häufig nachgefragt ist auch der im Internet aufrufbare Wegweiser Frühförderung Baden-Württemberg, ein nach Kreisen sortiertes Verzeichnis aller Frühförderstellen, SPZ, Kliniken und weiterer Institutionen in der Frühförderung: <https://rp.baden-wuerttemberg.de/Themen/Soziales/Landesarzt/Documents/wegweiser-ff-bw.pdf>.

Landesweite jährliche Termine zu Fachaustausch und Netzwerkarbeit

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

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

Beratung der IFF und weiterer Beteiligter, die Mitarbeit in Gremien und aktuellen Arbeitsgruppen auf Landesebene zu gesundheitlichen, interdisziplinären Belangen der Frühförderung und Inklusion von Kindern mit Behinderungen oder Entwicklungsauffälligkeiten und der Austausch mit Selbsthilfe und Fachverbänden sind Teil der Arbeit. Dabei geht es häufig um die Kernfrage, wie die beste entwicklungsförderliche und inklusive Balance zwischen einerseits allgemeiner Settingverbesserung (z. B. verfügbares Personal in Kitas, Haltung gegenüber Heterogenität, Überprüfung von Kulturen und Praktiken) und andererseits individueller Förderung und Behandlung zu finden ist – sowohl für ein einzelnes Kind als auch für die Weiterentwicklung von Krippen, Kitas, Frühförderstellen und mehr.

Themenauswahl Frühförderung

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

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

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

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

Die gesetzlich formulierten landesärztlichen Initiativen benötigen zur Wirksamkeit Kooperationspartner. Beispiele dafür sind die Einführung des flächendeckenden universellen Neugeborenenhörscreenings oder die gemeinsame Kampagne mit SM und Techniker Krankenkasse zur Prävention des Schütteltraumas bei Babys. Während das Neugeborenenhörscreening mittlerweile etablierte Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ist, wenn auch noch ohne ein flächendeckendes Nachverfolgungssystem, läuft

die Kampagne zur Vermeidung des Schütteltraumas bei Babys weiter mit neu aufgelegten Elternflyern einschließlich örtlichen Ansprechpartnern für akute oder chronische Überlastungssituationen, nachdem die Kampagne seitens der beteiligten Krankenkasse wegen der großen Akzeptanz in Baden-Württemberg auf ganz Deutschland ausgeweitet wurde (https://rp.baden-wuerttemberg.de/Themen/Soziales/Landesarzt/Seiten/Kampagne_Schuetteln.aspx).

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

In zwei Fachkommissionen auf Landesebene wurden die nebenamtlichen Landesärzte für die Bereiche Sehen und Hören zu Vorsitzenden gewählt: die Landeskommision für Menschen mit Hörbehinderung und die Landeskommision für sehbehinderte und blinde Menschen. Beide dienen insbesondere der Problemanzeige und -lösung durch den Austausch zwischen Selbsthilfeverbänden, Kostenträgern, Wissenschaft, Schulbereich und weiteren „stakeholdern“. Auch in der Arbeit der Landeskommisionen und den dort diskutierten Fragen ist der Umbruch aus einer Tradition der Dominanz von Einrichtungszuordnungen und professionellen Entscheidungen hin zu einer Kultur, die den jeweiligen Menschen selbst und seine Präferenzen in den Mittelpunkt stellt, sehr gut erkennbar.

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

Themenauswahl Fachberatung/Initiativen

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

nebenamtliche fachärztliche Landesärzte tätig. Ein Universitätsprofessor und eine Universitätsprofessorin darunter nehmen im Hauptamt die Leitung einer Sektion an Universitätskliniken (Heidelberg, Ulm) wahr, der dritte ist Leiter einer Krankenhausfachabteilung in Stuttgart.

Beratung statt Gutachten

Mit der Einführung des SGB IX im Jahr 2001 wandelte sich der Baustein Gutachten zur Eingliederungshilfe nach SGB XII in der Funktion Landesarzt von zuvor eigener, zentralisierter Erledigung nach Aktenlage hin zu dezentraler, wohnortnaher Erstellung von Einzelfallgutachten durch sachverständige Fachärzte/Fachpersonen vor Ort, wie sie im SGB IX in § 14 und auch in § 24 der Eingliederungshilfeverordnung vorgesehen sind. Das SGB IX sieht hierzu vor, dass dem antragstellenden Menschen drei wohnortnahe Sachverständige vorgeschlagen werden und der Auswahl durch den Antragsteller dann Rechnung getragen werden soll. Der Landesarzt war seither nur Ansprechpartner in besonders schwierig gelagerten Fällen.

In den letzten Jahren werden zunehmend die den antragstellenden Menschen mit Behinderung behandelnden Fachärzte direkt einbezogen. Dieses Vorgehen ist bereits für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung im Rahmen des SGB VIII seit vielen Jahren durch die Beauftragung der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater üblich. Es führt zur Einsparung zusätzlicher stigmatisierender ärztlicher Vorstellungen eines Kindes beim ÖGD allein zum Zweck einer (Nach-) Begutachtung. Zudem kennt der behandelnde Facharzt das Kind in der Regel besser als ein Arzt des ÖGD; die zeitraubende Anforderung von Arztberichten und schriftlichen Befunden entfällt.

Die Aktualisierung tradierter Verfahrensabläufe und Praktiken gegenüber Kindern mit Behinderungen steht im Licht der Kinderrechts- und der Behindertenrechtskonvention an. Sie beinhaltet auch die Anforderung, notwendige Hilfen rasch und niedrigschwellig verfügbar zu machen. Dies nicht mehr als Katalog festgefügtter Angebote, denen ein Kind zugeordnet wird, sondern als möglichst individuell zugeschnittene technische oder persönliche Assistenz bzw. Entwicklungs- und Teilhabeförderung. Im Kontext von UN-Behindertenrechtskonvention, SGB IX und Inklusion wird damit die traditionelle Zweitbeurteilerrolle der Ärzte des ÖGD in der Eingliederungshilfe für den Kostenträger Sozialhilfe als zukunftsfähige Verfahrensform hinterfragt. Für den Kostenträger Jugendhilfe besteht sie bereits nicht mehr.

Die starke zeitliche Inanspruchnahme durch diese Zweitbeurteilungen bereits vorliegender schriftlicher Aussagen und Formblätter niedergelassener Fachärzte begrenzt außerdem für viele Gesundheitsämter

die personellen Ressourcen, mit denen Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Kindern und Jugendlichen gemeinsam mit anderen Fachleuten und Bürgern im Kreis gestaltet und dauerhaft verankert werden könnten. Die erforderlichen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie für die sachverständige Zweitbeurteilung im ÖGD sind außerdem nur in geringer Zahl vorhanden.

Im Bereich Sehen ist eine Geldleistung für einen augenärztlich definierten Personenkreis vorgesehen (Landesblindenhilfegesetz); der nebenamtlich tätige Landesarzt für Sehbehinderte und Blinde an der Universität Heidelberg ist neben seiner Tätigkeit als Vorsitzender der Landeskommision auch Obergutachter für schwierige Fälle in der Landesblindenhilfe. Erstbeurteilend sind die behandelnden Augenärzte. Die

jährliche Dienstbesprechung zur ärztlichen Rolle in der Landesblindenhilfe mit den zuständigen Sachbearbeitern und Ärzten der Sozial- und Gesundheitsämter in den Landrats- und Bürgermeisterämtern dient der Klärung schwieriger Fragen und dem gegenseitigen Fachaustausch, um auch in diesem Bereich die Zahl der Zweitgutachten und den Prüfaufwand niedrig zu halten sowie Weiterleitungen zu vermeiden.

Weitere Informationen im Internet

Mehr zu Fachinformationen, Schütteltraumakampagne, mehrsprachigen Faltschlätern, Wegweiser Frühförderung, gesetzlichen Grundlagen und Links nach Aufgabenfeldern sortiert im Internet: <https://rp.baden-wuerttemberg.de/Themen/Soziales/Landesarzt/Seiten/default.aspx>.

Staatlicher Gewerbearzt

Peter-Michael Bittighofer, Ref. 96



Berufskrankheiten

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

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

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

Über die Mitwirkung des Staatlichen Gewerbearztes besteht eine Vereinbarung zwischen dem Landesverband Südwest der Deutschen Gesetzlichen Un-

fallversicherung (DGUV) und dem damaligen Sozialministerium (der Arbeitsschutz ressortiert jetzt im Wirtschaftsministerium).

- Registrierte BK-Fälle (Anlagen 1a-c): Die Anzahl der erstmalig beim Gewerbearzt 2016 registrierten BK-Fälle betrug insgesamt 6 178. Davon waren 6 098 BK entsprechend der BK-Liste (Fälle nach § 9 [1] SGB VII) und 80 „sonstige“ nicht in der BK-Liste aufgeführte Fälle, z. B. sog. „Quasi-BK“ (Fälle nach § 9 [2] SGB VII).

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

Die Gewerbeärzte bearbeiten nur noch einige BK-Fälle. Die von den Gewerbeärzten abgeschlossenen BK-Fälle sind überwiegend Hautkrankheiten; diese machen über 2/3 der ärztlich bearbeiteten Fälle aus. Bei den Atemwegserkrankungen sind es nur die „akuten“ Krankheiten (also die obstruktiven Atemwegserkrankungen), die noch bearbeitet werden.

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

Der Anteil der gemeldeten Erkrankungen, die als berufsbedingt angesehen werden, beträgt 59 %. Davon werden 25,1 % als Versicherungs- oder als Leistungsfall (Rente) anerkannt. 30 % wurden abgelehnt; davon konnte in 10,6 % eine Entscheidung über die Kausalität mangels Mitwirkung des Erkrankten oder mangels ausreichender Beweise nicht getroffen werden.

- BK-Hitliste (Anlagen 3a-c): Durch die Novellierung der BKV 2015 hat sich die Hitliste verändert. Die fünf am häufigsten beim Gewerbearzt registrierten BK sind Hautkrankheiten, Lärmschwerhörigkeit, Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung, Bronchialkarzinom bei Asbestose und Krankheiten der

LWS. Diese Krankheiten machen zusammen über zwei Drittel aller BK-Fälle aus.

Die Hitliste der Krankheiten, die ärztlich bearbeitet werden, umfasst jetzt auch die Fälle von Plattenepithelkarzinomen und aktinischen Keratosen, die gleich auf den zweiten Platz gerückt sind. Im Durchschnitt sind ca. 59 % der von den Gewerbeärzten bearbeiteten BK-Fälle berufsbedingt: Bei den Hautkrankheiten 75 %, beim Hautkrebs 71 %, von den allergisch bedingten obstruktiven Atemweg-BK sind es 36 % und 17 % bei den toxisch-irritativ bedingten Atemwegskrankheiten. Der Anteil bei den malignen Krankheiten der ableitenden Harnwege beträgt nur noch 10 %.

Die in Baden-Württemberg angezeigten Berufskrankheiten gibt der Länderindikator 3.32 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für das Jahr 2015 mit 8 827 Fällen (gewerbliche Berufsgenossenschaften + Unfallkasse) bzw. 7 510 Fällen (nur gewerbliche Berufsgenossenschaften) an. Nimmt man nur die BK-Anzeigen der gewerblichen Berufsgenossenschaften (BGen), so sind davon 2 545 Hauterkrankungen (BK 5101). Diese nehmen dabei den Spitzenplatz ein. Die Verteilung der wichtigsten Berufskrankheiten nach dem Länderindikator („UV angezeigt“) und nach der Statistik des Staatlichen Gewerbearztes („SG angezeigt“) ist in der Anlage 3d dargestellt (die Zahlen für 2016 liegen noch nicht vor). Bei den Hautkrankheiten und den Krankheiten der LWS sind es nur die Hälfte der BK-Fälle, die dem Gewerbearzt bekannt wurde.

- BK-Trend (Anlage 4): Die Zahlen der registrierten BKen sind über die Jahre hin schwankend. Insgesamt nimmt die Anzahl der BK-Fälle in Baden-Württemberg zu. Dies hängt auch mit den neuen BK 5103 (Hautkrebs) zusammen.
- Haut- und Atemwegskrankheiten (Anlagen 5a-c): Die Entwicklung von „akuten“ BK, deren Ursache erst kurze Zeit zurückliegt und bei welchen die schädigende Exposition zum Bearbeitungszeitpunkt noch besteht, ist für den Gewerbearzt von besonderem Interesse. Hier manifestieren sich in der Gegenwart bestehende Arbeitsschutzmängel. Die Zahlen der gemeldeten Hautkrankheiten hängt davon ab, welche BK-Fälle die Unfallversicherungsträger dem Gewerbearzt zuschicken. Der Anteil ist seit 2015 gewachsen, beträgt aber doch nur die Hälfte aller den BGen gemeldeten Fälle. Bei den obstruktiven Atemwegskrankheiten gibt es seit vielen Jahren keine großen Veränderungen mehr.
- Asbestassoziierte Krankheiten (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. Die berufliche Exposition spielt nur noch bei der Sanierung von Bauten und der Beseitigung von Baumaterialien eine Rolle. Die Anzahl der gemeldeten BK bleibt jedoch – mit Schwankungen – konstant.

Eine Ausnahme bildet das Bronchialkarzinom bei Asbestose: Hier zeigt sich seit einigen Jahren ein deutlicher Zuwachs. Zusammen erreichten die vier asbestassoziierten Krankheiten 695 Fälle.

- Liste der Berufskrankheiten (Anlage 8): Hier sind die Zahlen aller im Jahr 2016 dem Gewerbearzt vorgelegten BK-Fälle zusammengestellt. Der Bergbau steuert in Baden-Württemberg traditionell nur wenige Berufskrankheiten bei. Verfahren nach dem Fremdrentengesetz werden auftragsgemäß ebenfalls vom Gewerbearzt begutachtet, soweit sie ihm vorgelegt werden.

Dienstgeschäfte

- Dienstgeschäfte (Anlage 7): Hier sind Zahlen zu den Dienstgeschäften der Gewerbeärzte aufgeführt, soweit sie statistisch erhoben werden; sie sind gegenüber dem Vorjahr wieder etwas angestiegen.

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

Die unter 2.1.4. genannten Beratungen in arbeitsmedizinischen Fragen betreffen Anfragen der technischen Gewerbeaufsicht, von Ministerien sowie von anderen Behörden. Die überwiegende Anzahl sind jedoch schriftliche und fernmündliche Anfragen von Betriebsärzten und anderen Personen (siehe auch Anlage 10).

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

- Betriebsbegehungen (Anlage 9): Anlass für Betriebsbegehungen des Staatlichen Gewerbearztes sind das BK-Verfahren, Anfragen der technischen Gewerbeaufsicht, Nachfragen aus Betrieben und Projekte. Die Zahl der Begehungen ist wegen des damit verbundenen Zeitaufwandes bei geringer Personalkapazität seit einigen Jahren stark rückläufig und hat einen neuen Tiefstand erreicht. Die Begehungen umfassen Besichtigungen wie auch Gespräche mit den für den Arbeitsschutz Verantwortlichen im Betrieb.
- Beratungsleistungen (Anlage 10): Die Gewerbeärzte werden von den Gewerbeaufsichtsstellen des Landes angerufen, wenn arbeitsmedizinischer Rat gefragt ist. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Anfragen, insbesondere von Betriebsärzten, Betriebsräten oder auch Beschäftigten, die mündlich oder schriftlich geklärt werden und wozu bisweilen zeitaufwendige Recherchen erforderlich sind. Durch die zunehmende Personalknappheit im Laufe der letzten Jahre hat auch die Zahl der Beratungsfälle abgenommen.

Ermächtigungen

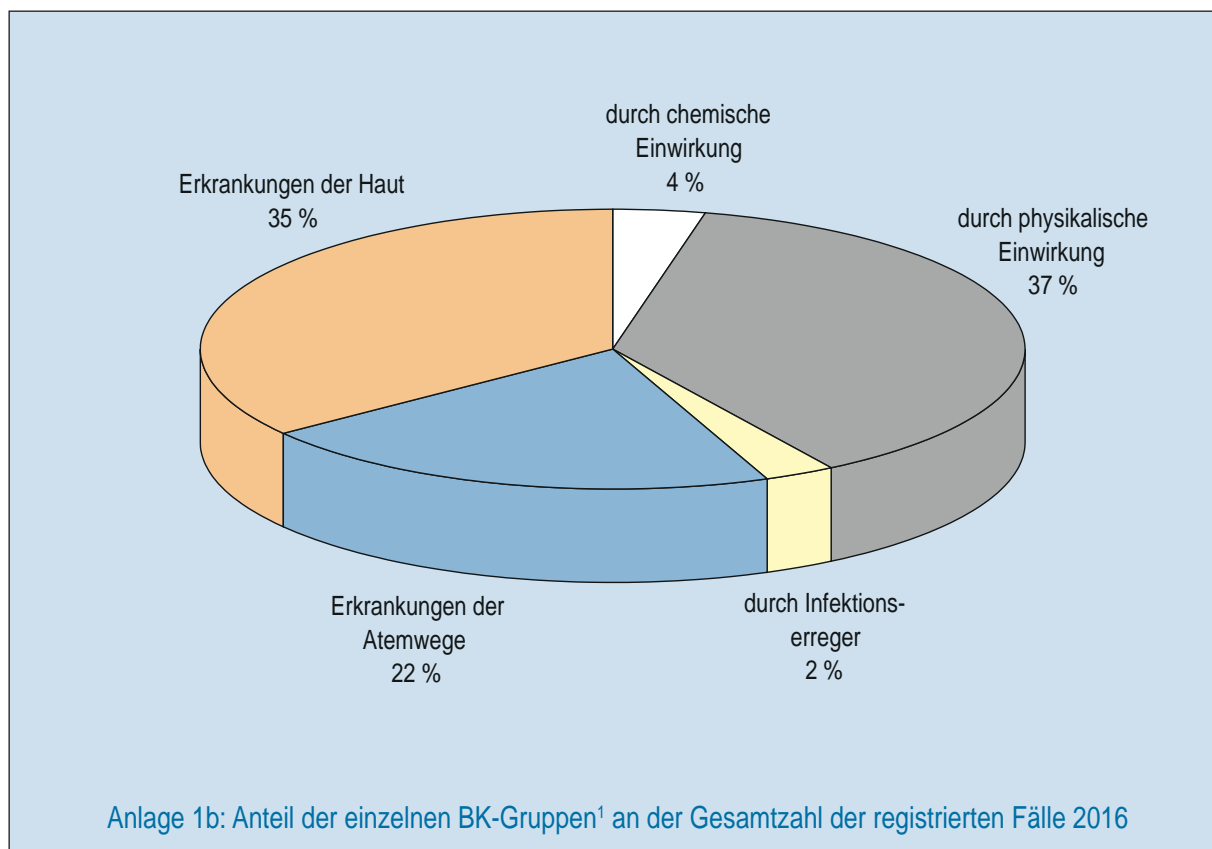
- Ermächtigungen (Anlagen 11a und b): Ermächtigungen werden für die Vornahme von speziellen ar-

beitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen erteilt. Bei staatlichen Vorschriften ermächtigt der Staatliche Gewerbearzt. Die Zahl der Ermächtigungsvorgänge ist nach dem starken Rückgang 2005 in den letzten Jahren konstant niedrig geblieben. Wegen des Wegfalls staatlicher Ermächtigungen nach Ge-

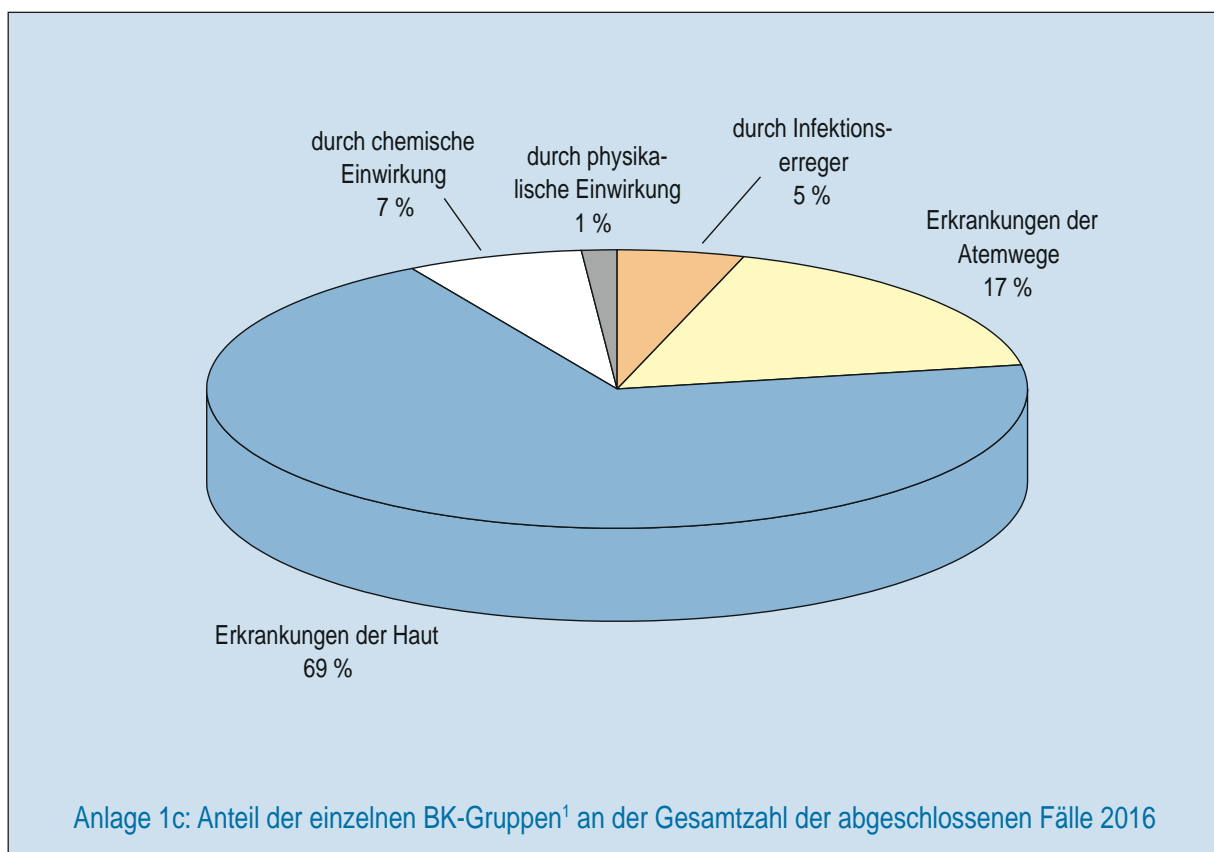
fahrstoffverordnung und Biostoffverordnung im Jahr 2005 und der Ermächtigungen nach berufsgenossenschaftlichen Vorschriften 2008 werden Ärzte nur noch für Untersuchungen nach Strahlenschutz-, Röntgen- und Druckluftverordnung ermächtigt. Voraussetzung ist eine entsprechende Qualifizierung.

Anlage 1a: Anteil der einzelnen BK-Gruppen an der Gesamtzahl der BK-Fälle 2016

Nr.	BK	Anzahl registriert	% ¹	Anzahl abgeschlossen	% ¹
1	durch chemische Einwirkung	225	3,7	224	7,2
2	durch physikalische Einwirkung	2 300	37,7	39	1,3
3	durch Infektionserreger	157	2,6	156	5,0
4	Erkrankungen der Atemwege	1 266	20,8	537	17,3
5	Erkrankungen der Haut	2 150	35,3	2148	69,2
Summe		6 098	100,0	3 104	100,0
Sonstige		80		79	2,5
Gesamtsumme		6 178		3 183	



¹ Rundungsfehler sind nicht vermeidbar.



¹ Rundungsfehler sind nicht vermeidbar.

Anlage 2: Kausalität in den BK-Hauptgruppen – Entscheidungen der Gewerbeärzte 2016

BK-Gruppe	% in den Klassen						% in Gruppen			% ärztl. bearb.
	1	2	3	4	5	6	1-2	1-3	1-6	
1 chemische Einwirkung	8,0	4,9	0,4	81,3	0,4	4,9	12,9	13,4	100,0	99,6
2 physikalische Einwirkung	7,7	7,7	5,1	66,7	0,0	12,8	15,4	20,5	100,0	1,7
3 Infektionen	3,8	50,0	10,9	26,9	2,6	5,8	53,8	64,7	100,0	99,4
4 Atemwegserkrankungen	6,1	7,6	11,9	64,4	1,1	8,8	13,8	25,7	100,0	42,4
5 Hautkrankheiten	1,1	26,2	45,7	15,6	0,5	10,9	27,2	73,0	100,0	99,9
Durchschnitt (1-5)	2,7	22,4	34,3	30,0	0,7	9,9	25,1	59,4	100,0	50,9
1 BK rentenpflichtig anerkannt	2,7									
2 BK anerkannt („dem Grunde nach“)		22,4								
3 berufsbedingt, keine BK-Anerkennung			34,3							
4 BK abgelehnt, kein Zusammenhang				30,0						
5-6 keine Entscheidung möglich					10,6					
1-2 anerkannt							25,1			
1-3 berufsbedingt								59,4		
Anteil ärztlich bearbeitet										50,9

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)

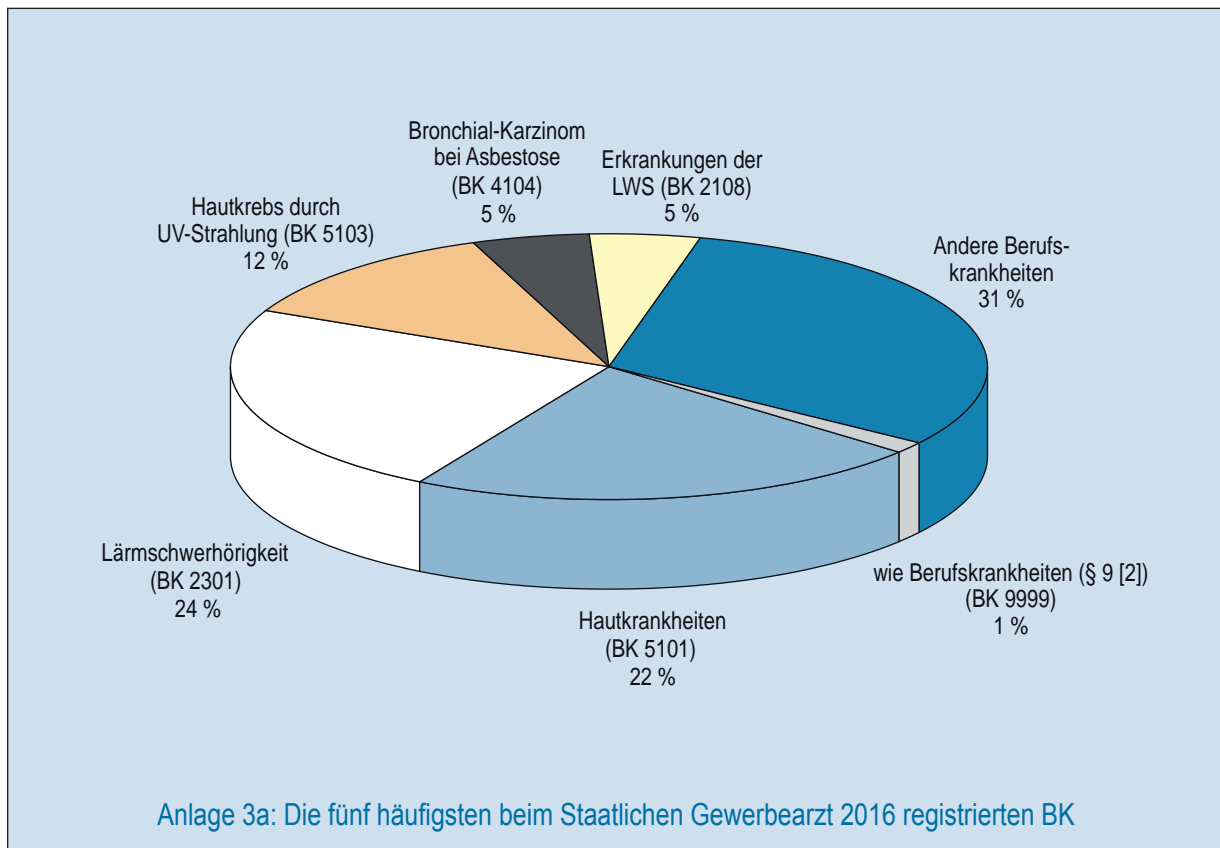
Klasse 6: Mangels Mitwirkung des Versicherten keine Entscheidung möglich

Zusammenfassende Bezeichnungen (siehe auch Anlage 8):

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

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

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

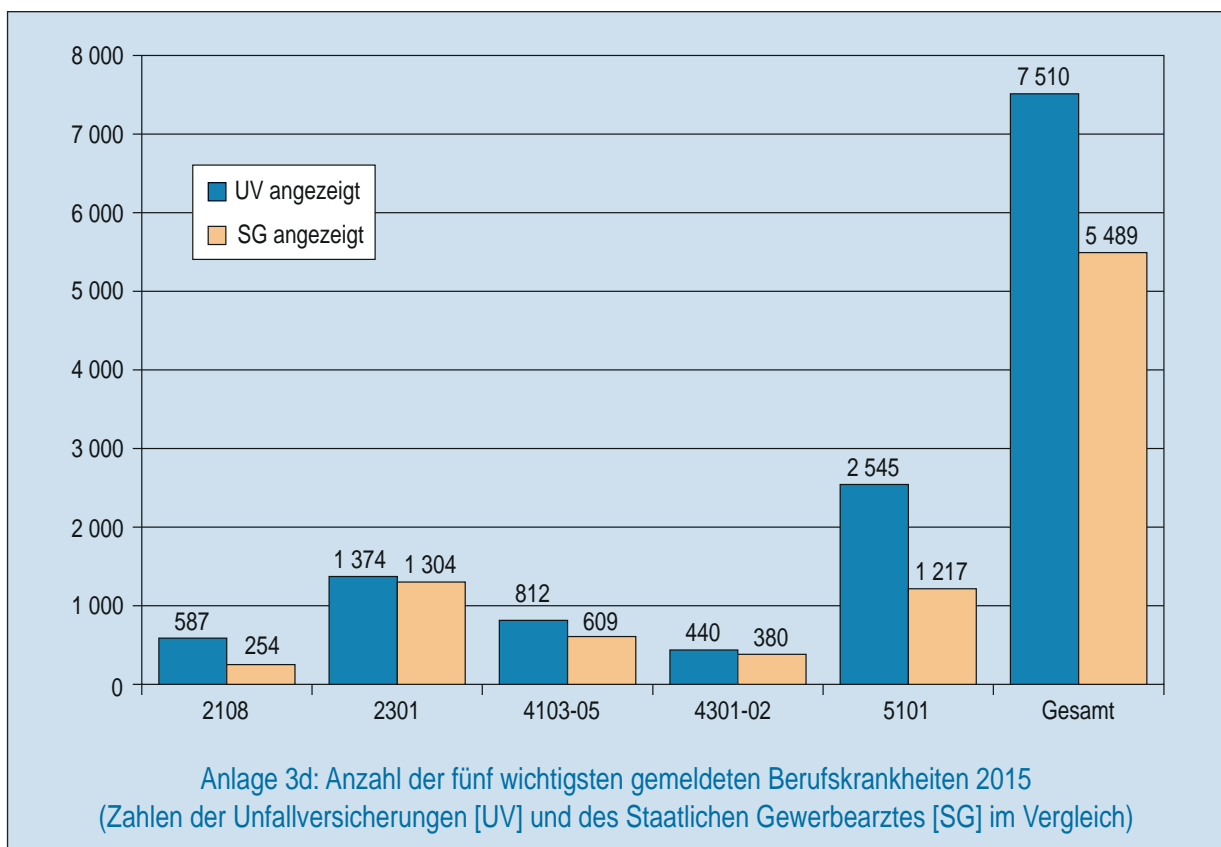
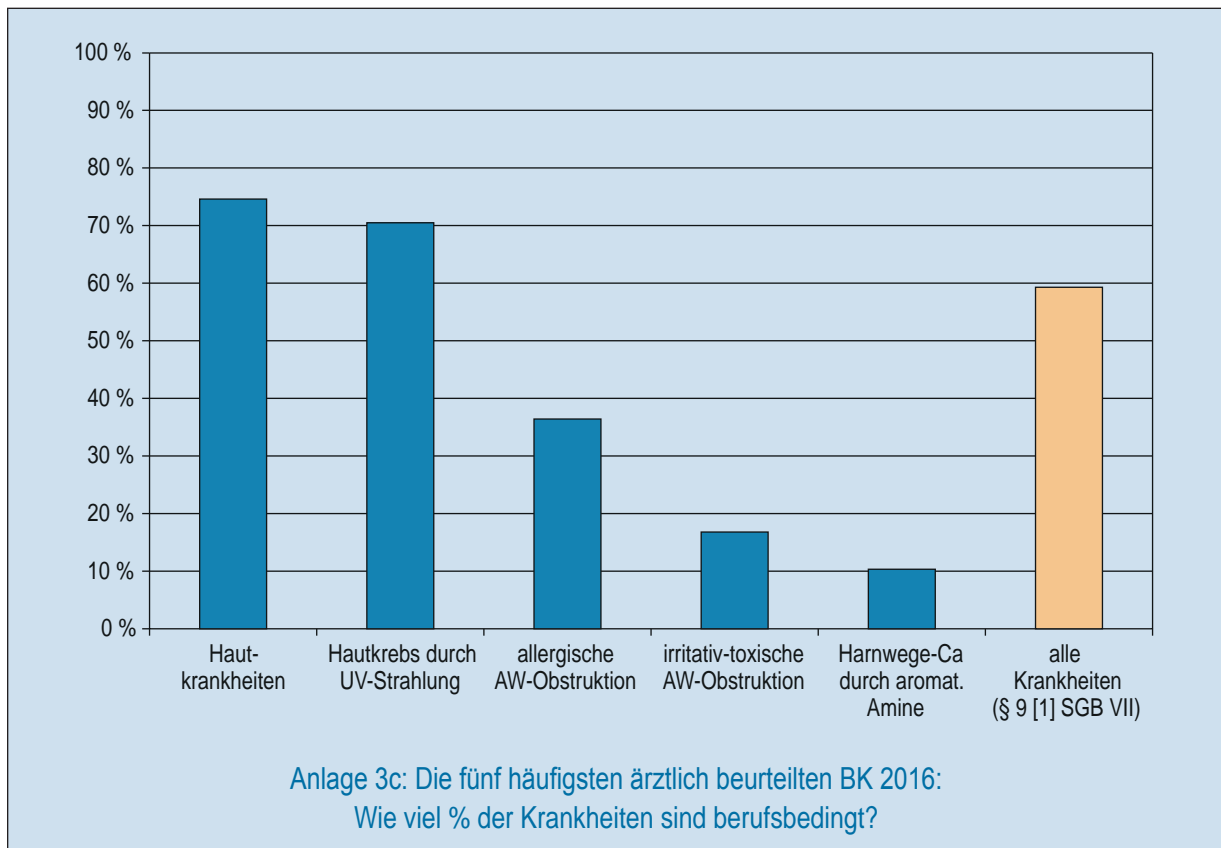


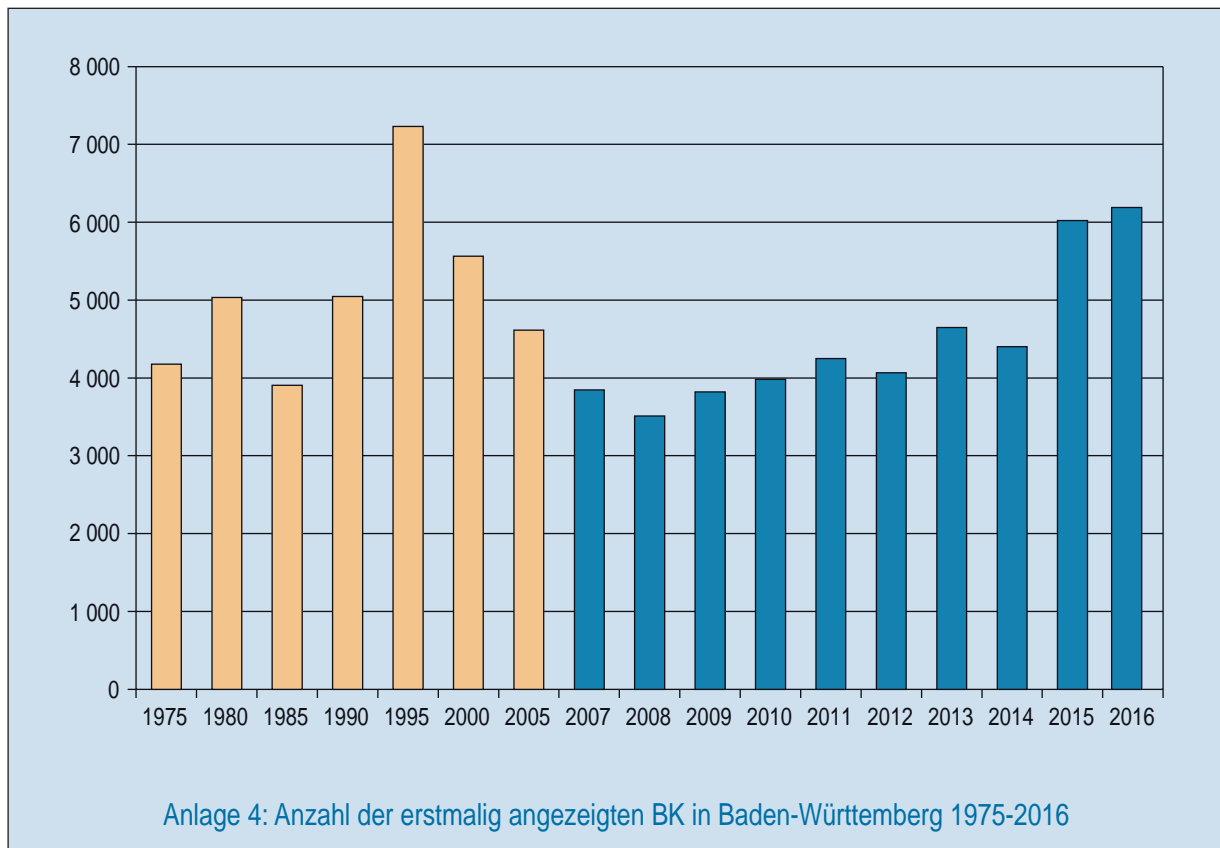
Anlage 3b: Die fünf häufigsten BK, die vom Staatlichen Gewerbearzt 2016 ärztlich beurteilt wurden

BK-Nr.	Krankheit	n	%	% -Anteile in den Klassen						bb (1-3)
				1	2	3	4	5	6	
5101	Hautkrankheiten	1 379	44,3	0,4	3,4	70,8	11,7	0,3	13,3	74,6
5103	Hautkrebs durch UV-Strahlung	762	24,5	2,2	67,5	0,8	22,0	0,9	6,6	70,5
4301	allergische AW-Obstruktion	239	7,7	1,7	12,1	22,6	51,0	0,4	12,1	36,4
4302	irritativ-toxische AW-Obstruktion	143	4,6	6,3	4,2	6,3	72,0	1,4	9,8	16,8
1301	Harnwege-Ca durch aromat. Amine	58	1,9	8,6	1,7	0,0	86,2	0,0	3,4	10,3
alle Krankheiten (§ 9 Abs. 1 SGB VII)		3 111	100,0	2,7	22,3	34,3	30,1	0,7	9,9	59,3

AW = Atemwegserkrankung

Ca = Karzinom

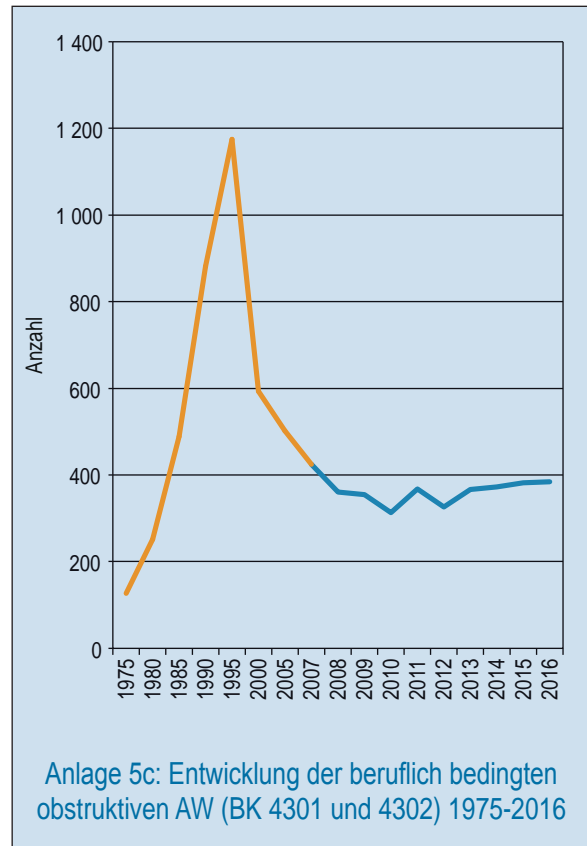
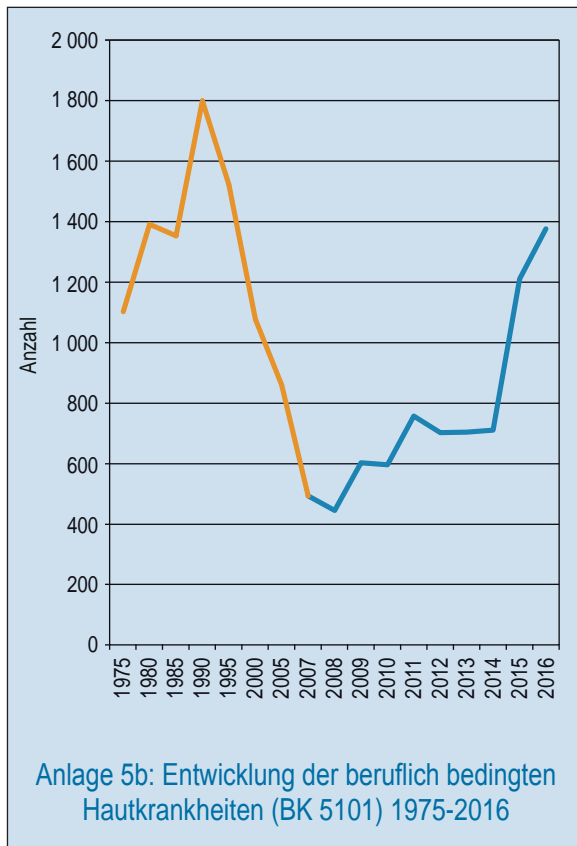




Anlage 5a: Entwicklung von BK-Anzeigen in Baden-Württemberg 1975-2016

Jahr	Hautkrankheiten (BK 5101)			Obstruktive AW-Krankheiten (BK 4300)		
	Anzahl	%		Anzahl	%	
		bb	ep		bb	ep
1975	1 106	0,0	21,8	124	0,0	41,9
1980	1 394	0,0	11,1	249	0,0	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
2005	865	66,4	4,3	500	36,4	3,8
2007	498	69,3	4,4	422	36,7	2,8
2008	451	66,1	3,5	358	34,6	5,3
2009	608	68,1	2,6	353	32,3	2,5
2010	601	65,3	2,8	311	31,8	3,9
2011	761	73,1	1,4	366	34,2	3,3
2012	707	71,9	0,7	324	28,4	2,2
2013	709	70,4	1,3	364	31,0	4,9
2014	716	67,5	1,5	370	37,6	4,3
2015	1 214	72,9	0,8	380	36,3	6,1
2016	1 379	74,6	0,4	382	29,1	3,4

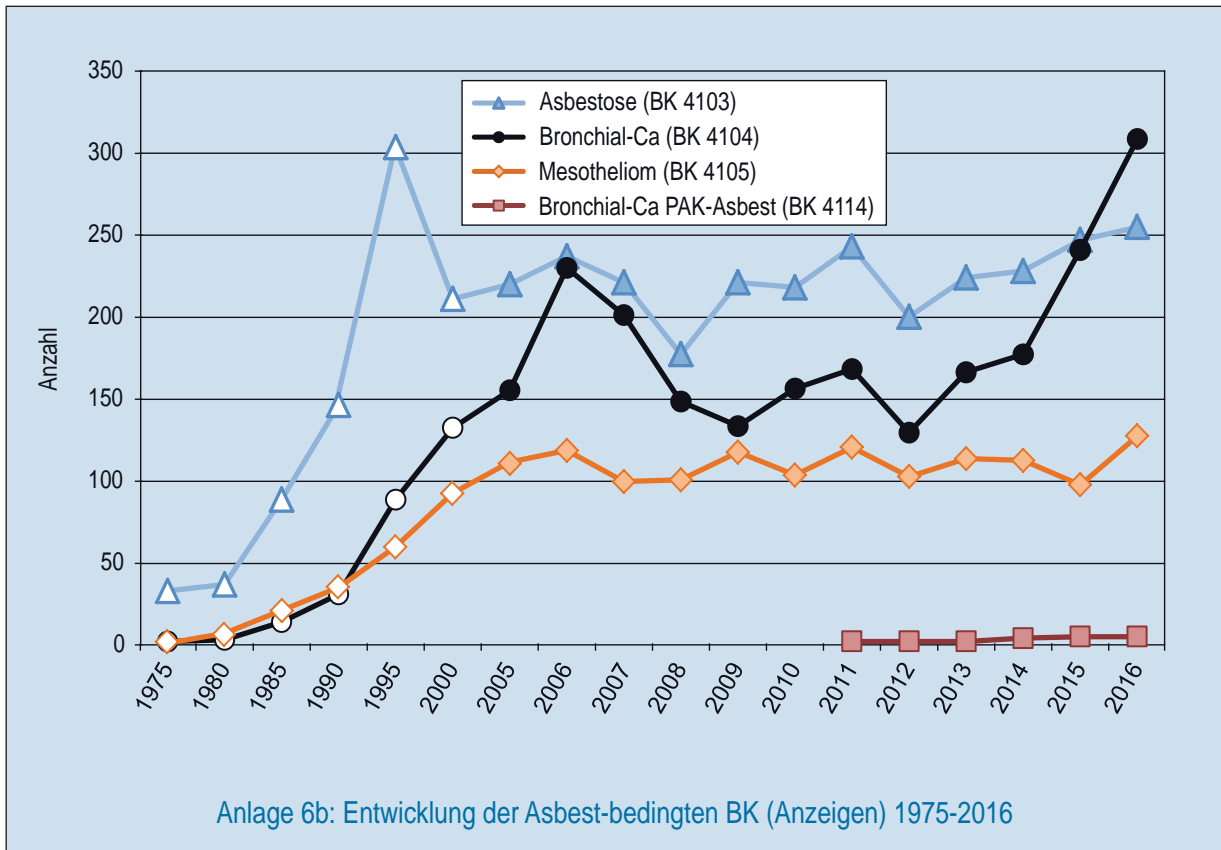
bb = berufsbedingt, ep = entschädigungspflichtig anerkannt



Anlage 6a: Entwicklung der asbestbedingten BK (Anzeigen) 1975-2016

Jahr	Asbestose		Bronchial-Ca*		Mesotheliom		PAH-Asbest
	Anzahl	% bb	Anzahl	% bb	Anzahl	% bb	
1975	32	43,8	1		**	**	
1980	36	33,3	2	50,0	6	33,3	
1985	88	58,0	13	46,2	20	80,0	
1990	146	68,5	30	36,7	34	85,3	
1995	304	71,1	88	31,8	59	76,3	
2000	211	55,0	132	31,8	92	68,5	
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	1
2012	200	55,5	130	19,2	102	69,6	1
2013	224	49,1	169	18,9	113	74,3	1
2014	228		177		112		3
2015	247		241		97		4
2016	255		309		127		1

bb = berufsbedingt, * seit 2013 mit Bronchial-Ca durch Asbest und PAK (BK 4114), ** 1975 noch keine BK



Anlage 7: Dienstgeschäfte und Tätigkeiten des Staatlichen Gewerbeärztes 2016

Position	Tätigkeit	Zuständigkeiten		Summe (4)
		Gewerbeaufsicht (1+3)	Bergaufsicht (2)	
1	Außendienst			
1.1.	Dienstgeschäfte	172		172
1.2.	Tätigkeiten			
1.2.1.	Betriebsbesichtigungen, Überprüfungen	10		10
1.2.2.	Besprechungen	69		69
1.2.3.	Vorträge (dienstlich)	41		41
1.2.4.	sonstige Tätigkeiten	0		0
1.2.5.	ärztliche Untersuchungen	1		1
1.2.6.	Messungen	2		2
1.2.7.	Beanstandungen*			0
2	Innendienst			3 624
2.1.	Gutachten, Stellungnahmen, Beratungen			3 534
2.1.1.	Stellungnahmen zu BK und anderen berufsbedingten Erkrankungen**	3 111		3 111
2.1.2.	Stellungnahmen bezüglich ASiG*			0
2.1.3.	sonstige Gutachten und Stellungnahmen*			0
2.1.4.	Beratung in arbeitsmedizinischen Fragen	423		423
2.2.	Ermächtigung von Ärzten			40
2.2.1.	Ermächtigungen durch Staatlichen Gewerbearzt	14		14
2.2.2.	Stellungnahme zu Ermächtigungen	0		0
2.2.3.	Fristverlängerungen	26		26
2.3.	ärztliche Untersuchungen			50
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	10		10
2.3.2.4.	Lungenfunktionsuntersuchungen	11		11
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: Ärztlich bearbeitete BK 2016

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich														
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.						Summe				
		beg	bb	beg	bb	beg	bb	best	bb	beg	bb	best	bb	best	bb	best
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
1	Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten															
11	Metalle und Metalloide															
1101	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen	2												2	0	0
1102	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen	2												2	0	0
1103	Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen	23	5	4										23	5	4
1104	Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen													0	0	0
1105	Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen													0	0	0
1106	Erkrankungen durch Thallium oder seine Verbindungen													0	0	0
1107	Erkrankungen durch Vanadium oder seine Verbindungen													0	0	0
1108	Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen	1												1	0	0
1109	Erkrankungen durch Phosphor oder seine anorganischen Verbindungen													0	0	0
1110	Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen	6												6	0	0
12	Erstickungsgase															
1201	Erkrankungen durch Kohlenmonoxid	2	2											2	2	0
1202	Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff	3												3	0	0
13	Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) und sonstige chemische Stoffe															
1301	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Hamwege durch aromatische Amine	58	6	5										58	6	5
1302	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe	21	1	1										21	1	1
1303	Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder durch Styrol	9												9	0	0

Anlage 8: Ärztlich bearbeitete BK 2016 (Fortsetzung)

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich															
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		Summe									
		beg	bb	beg	bb	beg	bb	beg	bb	beg	bb	best	bb	best	bb		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	0	0	0
1304	Erkrankungen durch Nitro- oder Aminoverbindungen des Benzols oder seiner Homologe oder ihrer Abkömmlinge	1															
1305	Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff													0	0	0	0
1306	Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol)													0	0	0	0
1307	Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen													0	0	0	0
1308	Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen	2												2	0	0	0
1309	Erkrankungen durch Salpetersäureester													0	0	0	0
1310	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide	4												4	0	0	0
1311	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylarylsulfide													0	0	0	0
1312	Erkrankungen der Zähne durch Säuren	3												3	0	0	0
1313	Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon													0	0	0	0
1314	Erkrankungen durch para-tertiär-Butylphenol													0	0	0	0
1315	Erkrankungen durch Isocyanate, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	21	5	1							21	5	1				
1316	Erkrankungen der Leber durch Dimethylformamid	1												1	0	0	0
1317	Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische	20	2								20	2	0				
1318	Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol	40	9	7							40	9	7				

Anlage 8: Ärztlich bearbeitete BK 2016 (Fortsetzung)

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.						Summe			
		beg	bb	beg	bb	beg	bb	best	bb	beg	bb	best	bb	best	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1319	Larynxkarzinom durch intensive und mehrjährige Exposition gegenüber schwefelsäurehaltigen Aerosolen	5												5	
2	Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten														
21	Mechanische Einwirkungen														
2101	Erkrankungen der Sehnhäute oder des Sehnenleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	3									3	0	0	0	
2102	Meniskusschäden nach mehrjährigen andauern oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten	3									3	0	0	0	
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichzeitig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen										0	0	0	0	
2104	Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	1	1	1							1	1	1	1	
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck	3	2								3	2	0	0	
2106	Druckschädigung der Nerven										0	0	0	0	
2107	Abrissbrüche der Wirbelfortsätze										0	0	0	0	
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	9	1								9	1	0	0	

Anlage 8: Ärztlich bearbeitete BK 2016 (Fortsetzung)

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich															
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.						Summe					
		beg	bb	beg	bb	beg	bb	best	beg	bb	best	beg	bb	best	bb		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	12				
2109	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	2													2	0	0
2110	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können														0	0	0
2111	Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit														0	0	0
2112	Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13 000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht	1	1	1	1										1	1	1
2113	Druckschädigung des Nervus medianus im Carpalunnel (Carpaltunnel-Syndrom) durch repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder durch Hand-Arm-Schwingungen	6	1	1											6	1	1
2114	Gefäßschädigung der Hand durch stoßartige Kräfteinwirkung (Hypothenar-Hammer-Syndrom und Thenar-Hammer-Syndrom)														0	0	0
22	Druckluft																
2201	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft														0	0	0
23	Lärm																
2301	Lärmschwerhörigkeit	7	2												7	2	0
24	Strahlen																
2401	Grauer Star durch Wärmestrahlung																
2402	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen														4		

Anlage 8: Ärztlich bearbeitete BK 2016 (Fortsetzung)

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich												
		Gewerbeaufsicht			Bergbau			sonstige, Fremdrentenges.			Summe			
		beg	bb	best	beg	bb	best	beg	bb	best	beg	bb	best	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
3	Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten													
3101	Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war	73	46	1								73	46	1
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	67	46	5								67	46	5
3103	Wurmkrankheiten der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Strongyloides stercoralis									0		0	0	0
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	16	9									16	9	0
4	Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells													
41	Erkrankungen durch anorganische Stäube													
4101	Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)	7	1					2				9	1	0
4102	Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)											0	0	0
4103	Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen der Pleura	5	2	2								5	2	2
4104	Lungen- 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 Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren (25×10^6 [Fasern/m ³] x Jahre)	21	3	2								21	3	2
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards	4	3	3								4	3	3
4106	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Verbindungen	6						1				7	0	0
4107	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen	21										21	0	0

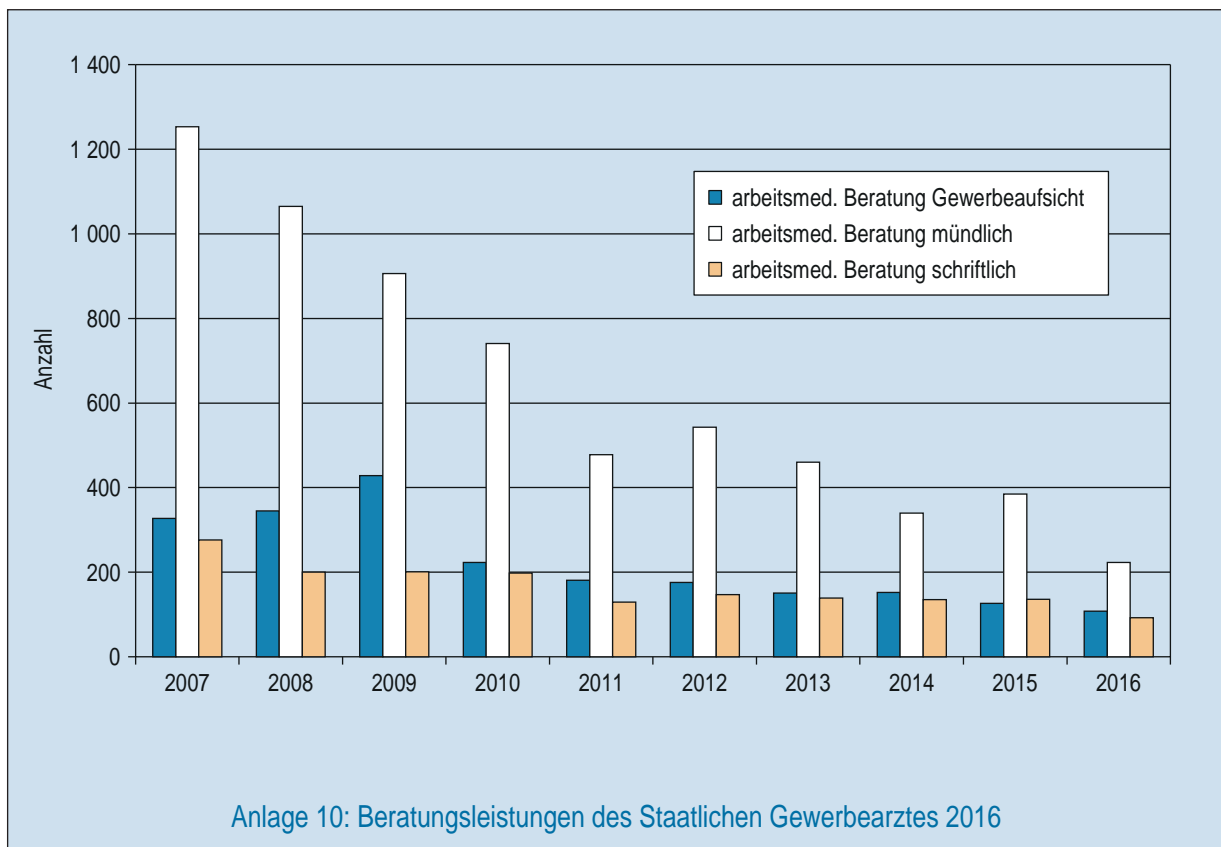
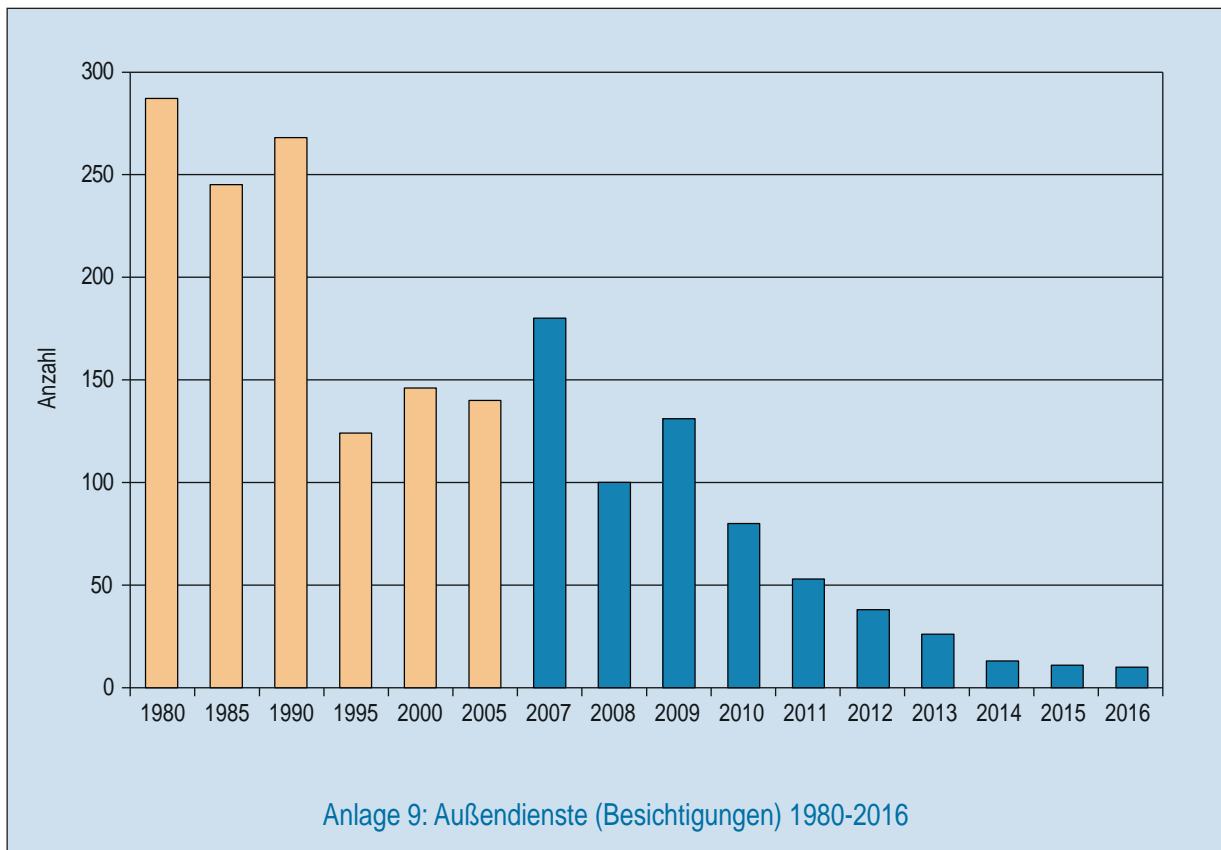
Anlage 8: Ärztlich bearbeitete BK 2016 (Fortsetzung)

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich												Summe		
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		Summe				
		beg	bb	beg	bb	best	bb	best	beg	bb	best	beg	bb	best		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	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	6	1	1					6	1	1					
4110	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereiohgase												0	0	0	
4111	Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlebergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren [(mg/m ³) x Jahre]						5	1	1	1	5	1	1	1	1	
4112	Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO ₂) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)	18	1	1									18	1	1	
4113	Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benz[a]pyren-Jahren [(µg/m ³) x Jahre]	4	1	1									4	1	1	
4114	Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis, die einer Verursachungswahrscheinlichkeit von mindestens 50 % nach der Anlage 2 entspricht	1											1	0	0	
4115	Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen (Siderofibrose)	8											8	0	0	
42	Erkrankungen durch organische Stäube															
4201	Exogen-allergische Alveolitis	36	7	3									36	7	3	
4202	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-, Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose)	1											1	0	0	
4203	Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- oder Buchenholz	9	7	6									9	7	6	

Anlage 8: Ärztlich bearbeitete BK 2016 (Fortsetzung)

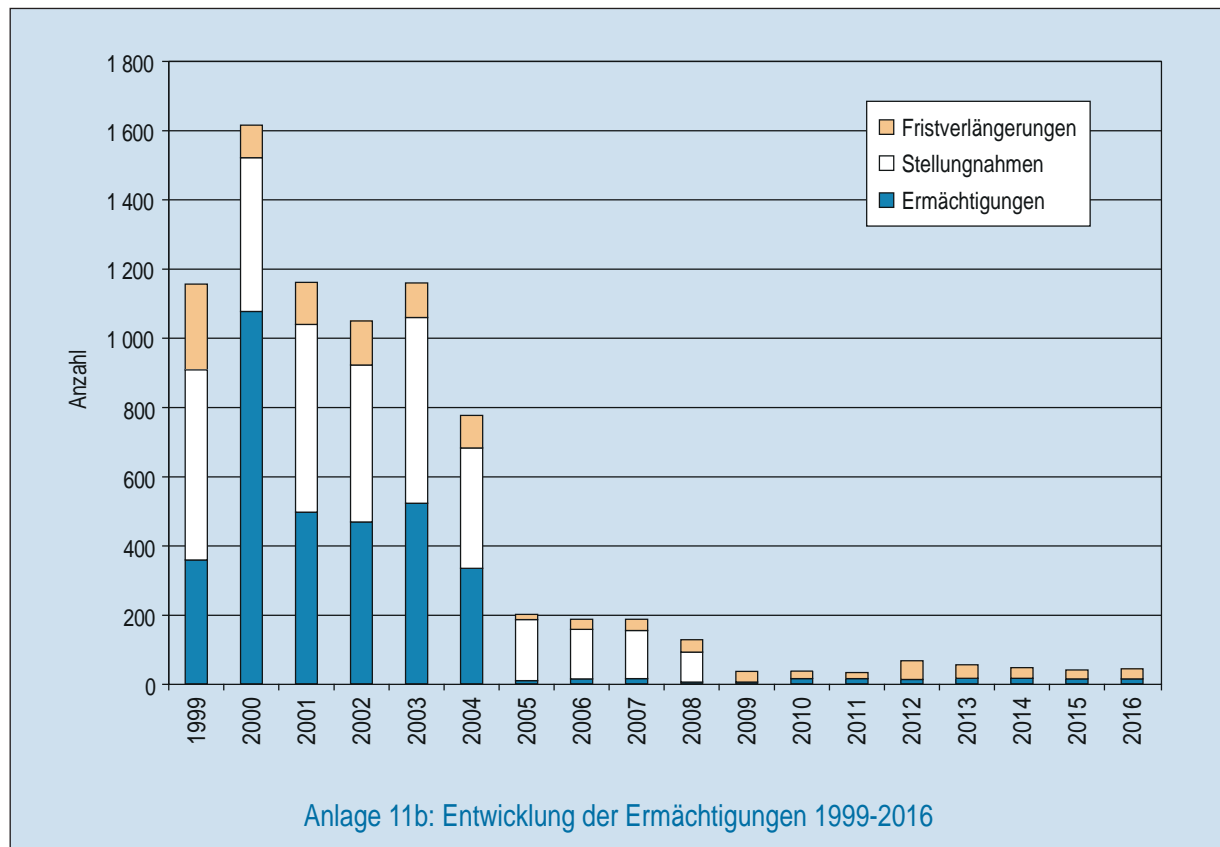
Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich														
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		Summe								
		beg	bb	best	bb	best	beg	bb	best	beg	bb	best	beg	bb	best	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
43	Obstruktive AW															
4301	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (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	239	87	4										239	87	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	142	24	9		1								143	24	9
5	Hautkrankheiten															
5101	Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	1 379	1 029	6										1 379	1 029	6
5102	Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe	7	1											7	1	0
5103	Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung	762	537	17										762	537	17
6	Krankheiten sonstiger Ursache															
6101	Augenzittern der Bergleute													0	0	0
BK nach § 9 (2) SGB VII																
9999	BK nach § 9 (2) SGB VII	71	2	0		1								72	2	0
0	Kein begründeter Verdacht auf BK	7												7	0	0
insgesamt		3 173	1 845	82	0	0	0	0	10	1	1	1	3 183	1 846	83	

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



Anlage 11a: Entwicklung der Ermächtigungen 1999-2016

Jahr	Ermächtigungen	Stellungnahmen	Fristverlängerungen	Summe
1999	359	551	249	1 159
2000	1 080	445	95	1 620
2001	498	544	122	1 164
2002	469	455	128	1 052
2003	524	538	100	1 162
2004	335	349	94	778
2005	9	177	15	201
2006	14	144	29	187
2007	15	140	32	187
2008	5	87	36	128
2009	5	0	31	36
2010	15	0	22	37
2011	15	0	18	33
2012	13	0	54	67
2013	16	0	39	55
2014	16	0	31	47
2015	14	0	26	40
2016	14	0	30	44



Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen

Matthias Schenk, Friedbert Prax, Ref. 95 (bis 31.12.2016: Ref. 92)



Schutz durch Rechtsverfahren: die Gesundheit der Bevölkerung

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

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

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) ist Approbationsbehörde für das gesamte Land. Von ihm erhalten Deutsche und EU-Angehörige nach Abschluss ihrer Ausbildung die Approbation, also die umfassende Berufszulassung für eine entsprechen-

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

Als Landesprüfungsamt obliegt dem LGA weiter die verwaltungsmäßige Betreuung der Studiengänge für die akademischen Heilberufe Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Lebensmittelchemiker. Daher erhalten die Studenten dieser Fachrichtungen vom Regierungspräsidium (RP) z. B. die Anrechnungen verwandter Studienleistungen, die Zulassungen zu den einzelnen Prüfungen an den jeweiligen Universitäten des Landes und bei Bestehen die staatlichen Prüfungszeugnisse. Bei den Pflegeberufen (z. B. in der Krankenpflege und Altenpflege), bei den medizinischen Fachberufen (z. B. in der Physiotherapie/Massage und Ergotherapie) sowie bei den sozialen Berufen (z. B. in der Jugend- und Heimerziehung oder Heilpädagogik) genehmigt und betreut in fachlicher Hinsicht das Referat für den Bereich

des Regierungsbezirks die entsprechenden Schulen/Ausbildungsstätten, nimmt bei den Absolventen die Prüfungen ab und erteilt ihnen bei Bestehen oder bei vergleichbarer ausländischer Ausbildung die Erlaubnis zum Führen der geschützten Berufsbezeichnung. Das Referat erteilt in den akademischen und nicht akademischen Gesundheits-, Sozial- und Pflegeberufen insgesamt ca. 7 800 Approbationen und Berufserlaubnisse sowie Berufs- und Berufsbezeichnungserlaubnisse pro Jahr. Im Jahr 2016 wurden rund 3 000 Approbationen und rund 300 Berufserlaubnisse an Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, und Psychotherapeuten erteilt. Das Referat ist hier landesweit tätig. In den Berufen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegehilfe, Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Altenpflegehilfe sowie Heilerziehungspflege und Heilerziehungshilfe, bei denen die Zuständigkeit für den Regierungsbezirk besteht, wurden rund 3 600 Berufsbezeichnungserlaubnisse – die Berufsausübung als solche ist nicht erlaubnispflichtig – verliehen. Den Hauptanteil mit rund 900 Erlaubnissen nimmt der Bereich der Krankenpflege/Kinderkrankenpflege mit inländischer Ausbildung ein. In der Altenpflege und Heilerziehungspflege wurden insgesamt rund 1 200 Pflegekräfte für die ambulante und stationäre Pflege und Betreuung von alten und pflegebedürftigen Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen staatlich anerkannt. Bei den bundesrechtlich geregelten nicht akademischen Gesundheitsberufen Medizinisch-technischer Assistent, Pharmazeutisch-technischer Assistent, Physiotherapeut, Masseur/Medizinischer Bademeister, Diätassistent, Ergotherapeut, Logopäde wurden insgesamt rund 700 Berufserlaubnisse, in den landesrechtlich geregelten sozialen Berufen Jugend- und Heimerziehung, Arbeiterziehung, Heilpädagogik und Haus- und Familienpflege rund 300 Berufserlaubnisse erteilt.

Schutz durch Zusammenarbeit – Aufsicht und Beratung (Schulaufsicht)

Als Schulaufsichtsbehörde ist das Referat für alle Pflege- und Gesundheitsfachberufe sowie soziale, sozialpädagogische und sozialpflegerische Fachberufe im Regierungsbezirk Stuttgart zuständig. Diese Zuständigkeit erstreckt sich von der Genehmigung der Schulen und der Ausbildungsstätten über das gesamte Prüfungswesen bis hin zur Erteilung der Erlaubnisurkunden sowie die Prüfung der Gleichwertigkeit ausländischer Ausbildungen. Bei den genannten Berufen ist das RP als staatliche Prüfungsbehörde zuständig für die Koordinierung und Festsetzung der Prüfungstermine, Besetzung der Prüfungsausschussvorsitzenden, Berufung der Prüfungsausschüsse, Sichtung und Auswahl sowie ggf. Überarbeitung der schriftlichen Klausuren, Zulassung der Prüflinge einschließlich Sichtung der Unterlagen

und Entscheidung über mögliche Härteanträge, Entscheidung über Anträge auf Rücktritt von der Prüfung nach erfolgter Zulassung, Fertigung der Urkunden, Vorsitz bei den Abschlussitzungen der Prüfungsausschüsse an den einzelnen Schulen, Fertigung von Bescheiden bei Nichtbestehen der Prüfung, Erlass von Widerspruchsbescheiden bei Widerspruch bei Nichtbestehen der Prüfungen und Durchführung der Klageverfahren in der Funktion als beklagte Behörde in Vertretung des Landes Baden-Württemberg. Mit diesen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der staatlichen Prüfung sowie der Aufsicht über diese Schulen wird für einen wirksamen Patientenschutz und die Sicherstellung qualifizierten Personals gesorgt. Schon im Jahr 2011 hat sich abgezeichnet, dass ein neuer Beruf, der „Alltagsbetreuer“, und weitere neue Aufgaben auf das Landesprüfungsamt zukommen. Für einige der genannten Berufe wird nunmehr auch eine Akademisierung aufgrund von bundesrechtlichen Regelungen möglich. Durch Änderung des Landespflegegesetzes können solche Änderungen nun auch in Baden-Württemberg für Pflegeberufe umgesetzt werden. Die Aufgabe des RP besteht hier u. a. in einem Abgleich der Ausbildungsinhalte des Studiums für die Erlangung der integrierten Berufsausbildung mit den von den jeweiligen Verordnungen vorgeschriebenen Ausbildungsinhalten.

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

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

Schutz durch Rechtseingriffe – Entzug der Approbation/Berufsurkunde

Erst mit der Approbation darf der akademische Heilberuf (z. B. Arzt, Zahnarzt, Apotheker) ausgeübt und die Berufsbezeichnung geführt werden. In den nicht akademischen Berufen darf ohne die Berufsbezeichnungsurkunde die jeweilige Berufsbezeichnung nicht geführt werden; der Gesundheitsfach- oder Pflegeberuf sowie der soziale Beruf könnte somit nur eingeschränkt ausgeübt werden. Die Bundesärzteordnung sieht beispielsweise für Ärzte vor, dass eine Approbation neben dem Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen u. a. nur dann erteilt werden darf, wenn der Antragsteller „sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt“. Wer eine Approbation erhält, darf auch nicht „in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet sein“. Entfällt eine dieser Voraussetzungen nachträglich, also im Verlauf des Berufslebens, hat das RP als zuständige Behörde zu prüfen, ob ein Verfahren zum Ruhen oder zum Widerruf der Approbation des Arztes eingeleitet wird, der Arzt also ggf. von der weiteren Berufsausübung auszuschließen ist. Unzuverlässig oder unwürdig zur Ausübung des Berufs ist ein Arzt, der sich einer schweren Straftat schuldig gemacht hat. Die Staatsanwaltschaften und Strafgerichte sind deshalb bei den Angehörigen der akademischen Heilberufe verpflichtet, die zuständige Approbationsbehörde über die Einleitung und den Abschluss von Strafverfahren gegen Angehörige dieser Berufe zu unterrichten. Die Unzuverlässigkeit betrifft insbesondere schwere Straftaten im Zusammenhang mit der Berufsausübung (ärztliche Kunstfehler, Abrechnungsbetrug, sexueller Missbrauch von Patienten usw.). Sie liegt vor, wenn das bisherige Verhalten eines Arztes Rückschlüsse auf eine charakterlich bedingte mangelnde Bereitschaft zu ordnungsgemäßer Ausübung des Arztberufes schließen lässt. Die Beurteilung ist auf die zukünftige Berufsausübung des Arztes gerichtet. Es ist deshalb eine Prognose anzustellen, ob er bei seiner künftigen Berufsausübung nach seiner Gesamtpersönlichkeit und seinen Lebensumständen den berufsspezifischen Pflichten eines Arztes noch gerecht wird und die für die Ausübung des Berufes erforderliche Zuverlässigkeit gewährleistet. Maßgeblich für die Prognose sind die konkreten Umstände, nämlich die Situation des Arztes zum Zeitpunkt der Prognoseerstellung.

Unwürdigkeit liegt vor, wenn aufgrund der durch den Arzt begangenen Straftat das Vertrauen der Bevölkerung in den Arzt und den Berufsstand der Ärzte insgesamt gestört ist, wenn also der Arzt durch sein Verhalten nicht mehr das zur Ausübung des ärztlichen Berufes erforderliche Ansehen und Vertrauen

genießt, weil das Fehlverhalten nicht mit der Vorstellung in Übereinstimmung gebracht werden kann, die man mit der Einschätzung der Persönlichkeit eines Arztes verbindet. Dies betrifft alle schweren Straftaten, auch wenn sie nicht im engeren Zusammenhang mit der Berufsausübung begangen wurden (z. B. Betrug, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, Körperverletzung, Mord usw.).

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

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

Durch den Widerruf der Approbation wird der Arzt auf Dauer an der Ausübung des Berufs gehindert. Er ist nicht mehr Mitglied des Berufsstandes der Ärzte und darf folglich die Berufsbezeichnung „Arzt“ nicht mehr

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

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

Artikel 12 des Grundgesetzes gewährt eine umfassende Berufsausübungsfreiheit als Grundrecht. Ruhens- und Widerrufsmaßnahmen greifen in dieses Grundrecht ein. Eingriffe als Beitrag zum Gesundheitsschutz bedürfen daher eines Ausgleichs der Interessen des Einzelnen mit den Interessen der Bevölkerung. In jedem Einzelfall muss deshalb sorgfältig abgewogen werden, ob das Ruhens oder der Widerruf angeordnet werden kann und ob der Grundrechtseingriff gerechtfertigt ist.

Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

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

Das Staatsexamen am Ende des Studiums wird entzerrt. Dazu wird der bisherige schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vor das Praktische Jahr (PJ) verlegt. Damit können sich die

angehenden Ärzte während des PJ auf die klinisch-praktische Tätigkeit konzentrieren und ihre ärztlichen Kompetenzen verfestigen, ohne sich gleichzeitig auf die schriftlichen Prüfungen vorbereiten zu müssen. Das erhöht auch die Attraktivität des Studiums. Der schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung ist bei den Studierenden als sog. „Hammerexamen“ in die Kritik geraten, seit er seit Oktober 2006 am Ende des sechsjährigen Studiums nach dem PJ zusammen mit dem mündlichen Teil durchgeführt wurde. Die Studenten forderten seitdem eine Abschaffung des „Hammerexamens“. Die medizinischen Fakultäten in Deutschland befürworteten ebenfalls eine Änderung. Der Medizinische Fakultätentag hat in einer Resolution Ende Juni 2011 dem Gesetzgeber empfohlen, den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung als Staatsexamen inhaltlich zu erhalten, jedoch zeitlich in einen schriftlichen und einen mündlich-praktischen Teil zu teilen. Dabei soll der schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vor das PJ gelegt werden. Eine entsprechende EntschlieÙung 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. Seit 01.04.2013 kann das PJ nicht nur an der Universitätsklinik der Heimatuniversität und an den der Heimatuniversität bisher zugeordneten Lehrkrankenhäusern absolviert werden, sondern auch an anderen geeigneten Krankenhäusern. Den Studierenden erleichtert diese Maßnahme die Mobilität innerhalb Deutschlands. Für die Krankenhäuser ist die Ausbildung der Studierenden im PJ ein wichtiges Mittel der Personalgewinnung. Sie können dadurch Personal schon früh an sich binden, so dass die angehenden Ärzte in dem PJ-Krankenhaus ihre fachärztliche Weiterbildung anschließen und auch darüber hinaus in diesem Krankenhaus ihre berufliche Laufbahn fortsetzen. Die Auswahl der Krankenhäuser erfolgt durch die Universität im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde.

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

bisher möglichen Fehlzeiten von 20 Ausbildungstagen nicht ausreichen.

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

Kennzahlen für das Jahr 2016

Erteilte Erlaubnisse Altenpfleger	626
Erteilte Erlaubnisse Gesundheits- und Krankenpfleger	865
Erteilte Berufserlaubnisse Jugend- und Heimerzieher	171
Zulassungsanträge für die medizinischen Prüfungen	4 684
Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung	1 337
Approbationen und Berufserlaubnisse an Ärzte mit ausländischer Ausbildung	858
Erteilung Berufserlaubnisse an Physiotherapeuten	280

Die Kennzahlen haben gegenüber dem Vorjahr erneut zugenommen und bewegen sich weiterhin auf sehr hohem Niveau. Insgesamt hat das Referat 7 791 Berufserlaubnisse (Vorjahr: 7 416) erteilt. Dies umfasst die Approbationen und Berufserlaubnisse für akademische sowie die Berufsbezeichnungsurkunden für die nicht akademischen Gesundheits- und Pflegeberufe sowie für soziale Berufe. Seit dem Jahr 2009 mit 5 965 Berufserlaubnissen steigt die Zahl der erteilten Approbationen und Berufserlaubnisse ununterbrochen an. Die Zahlen der Erlaubnisse bei deutscher Ausbildung in den Pflegeberufen bewegen sich in etwa auf dem Niveau des Vorjahres, während die Anerkennung ausländischer Pflegekräfte gegenüber dem Vorjahr deutlich zugenommen hat (1 244 Berufserlaubnisse gegenüber 875 Berufserlaubnisse

im Vorjahr). Bei den Approbationen und Berufserlaubnissen für Ärzte mit ausländischer Ausbildung sind Rückgänge gegenüber den Jahren 2012 und 2013 zu verzeichnen; die Zahl der erteilten Approbationen hat das Niveau des Jahres 2014 erreicht. Die Zahl von 676 gegenüber 564 im Vorjahr unterschreitet deutlich die Zahl der Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung (1 335). Deutlich macht sich das Anerkennungsgesetz mit dem Wegfall der Privilegierung für Deutsche und EU-Staatsangehörige bemerkbar. Die höheren Zahlen der Jahre 2012 und 2013 sind maßgeblich auf einen „Nachholbedarf“ infolge des im Jahr 2012 in Kraft getretenen Anerkennungsgesetzes zurückzuführen. Bei den Ärzten mit ausländischer Ausbildung ist die Erteilung einer Approbation das vorrangige Ziel; die Zahl der erteilten Berufserlaubnisse hat entsprechend abgenommen.

Bei den Approbationen an Zahnärzte mit ausländischer Ausbildung ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen; die Zahl der Approbationen an Apotheker mit ausländischer Ausbildung ist gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufig. Die Zulassungsanträge für die medizinischen Staatsprüfungen bewegen sich auf dem Niveau des Vorjahres, da der Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung als neuer Prüfungsabschnitt hinzugekommen ist. Dies ist Folge der Änderung der Approbationsordnung für Ärzte mit einer Auftrennung des „Hammerexamens“ in eine schriftliche Prüfung vor dem PJ und eine mündliche Prüfung nach dem PJ. Die Zahl der „Certificates of Good Standing“ bewegt sich weiter auf hohem Niveau (474 gegenüber 437 im Vorjahr). Dies belegt das weiterhin bestehende Interesse von Ärzten an einer Berufsausübung im Ausland.

Laufende Projekte



43 Projekte (Vorjahr: 46) ergänzten 2016 die laufenden Arbeiten des LGA und hoben einzelne Arbeitsschwerpunkte heraus. Sie sind zeitlich befristet und werden im Rahmen jährlicher Zielvereinbarungen zwischen dem Fachressort, dem Ministerium für Soziales und Integration 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

Verbesserung des Gesundheitsschutzes

Projekttitlel	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Infektionsschutz			
Q-Fieber-Konsiliarlabor: Fachaufgaben (DMP)	01/2014 - 12/2019	RKI	Ref. 93
Q-Fieber-Konsiliarlabor: Netzwerkprojekt des RKI-Netzwerkes Zoonosen (DMP)	01/2014 - 12/2016	RKI	Ref. 93
Angebot von Chlamydia trachomatis- und Neisseria gonorrhoeae-Untersuchungen für die HIV/STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter	01/2015 - 06/2017		Ref. 93 + 94
Public Health-Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Flüchtlingsversorgung in BW	11/2015 - 12/2016		Abt.-Leitung
Surveillance und Management importierter Arbovirus-Infektionen in Verbreitungsgebieten von Aedes albopictus	01/2016 - 12/2019		Ref. 92** + 93
Impfpräventable Infektionen bei schwangeren Asylsuchenden: Bestimmung des Immunstatus von Masern, Röteln und Varizellen	04/2016 - 03/2019		Ref. 93 + 92**
Hygiene in Einrichtungen			
Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der fachlichen Inhalte der Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für Hygieneberufe	12/2014 - 12/2017		Ref. 91
Zertifizierung des Veranstaltungsmanagements für Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote des LGA	07/2016 - 12/2017		Ref. 91
Berufspraktische Ausbildung und Prüfung von Hygienekontrolleuren	10/2015 - 12/2017		Ref. 91
Etablierung von Fortbildungsmodulen zu Infektionsrisiken in der Kinder- und Jugendhilfe	03/2016 - 02/2018		Ref. 91
Leitfaden Krankenhaushygiene für den ÖGD	03/2014 - 12/2017		Ref. 93
Evaluation der Umsetzung des MRE-Netzwerkes in BW (DMP)	10/2015 - 03/2017	Krankenkassen BW	Ref. 93

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Umwelt + Gesundheit			
Gesundheit, Sensibilisierung und Umwelt bei Erwachsenen in BW 2015/16	01/2016 - 12/2017		Ref. 92** + 93***
Organisatorische Unterstützungsleistungen im Rahmen der Geschäftsstelle des WHO CC	04/2007 - 09/2018		Ref. 92** + 93***
Erkennen und Bewerten von gesundheitsrelevanten Hygienefaktoren in Innenräumen	01/2012 - 12/2018		Ref. 93***
„Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung“ – Auswertung der in BW im Jahr 2015 beim Staatlichen Gewerbearzt gemeldeten Feststellungsverfahren zu BK 5103	10/2015 - 06/2017		Ref. 96
Anpassung des Laborbereichs an aktuelle Anforderungen			
Weiterentwicklung der KLR im Laborbereich	07/2013 - 12/2017		Ref. 91
LIMS-Testumgebung	01/2012 - 12/2016		Ref. 91
Weiterentwicklung des QM-Systems im Laborbereich	07/2012 - 12/2018		Ref. 91

Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Suchtprävention			
Kampagne „Spielverderber“ (DMP)	01/2008 - 12/2018	SM	Ref. 94
Erstellung einer Broschüre zum Thema "Alkoholfrei in der Schwangerschaft" (DMP)	11/2013 - 12/2018	SM	Ref. 94
Hilfen für süchtige und suchtgefährdete Menschen – Hepa & Co (DMP)	12/2012 - 12/2018	SM	Ref. 94
Broschüre "Schwanger: ja – Rauchen: nein" (DMP)	12/2016 - 12/2018	SM	Ref. 94
Prävention "Internetbezogener Störungen" (DMP)	12/2016 - 12/2020	SM	Ref. 94
Impfprävention			
Impfschutz und Maßnahmen zum WHO-Ziel: Eliminierung von Masern und Röteln	01/2009 - 12/2017		Ref. 92**
Gruppenprophylaxe Mund- und Zahngesundheit			
Vorbereitung und Durchführung der landesweiten epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe	01/2015 - 12/2016		Ref. 92**
Lärmprävention			
Informationskampagne zur Verhinderung von Gehörschäden bei Jugendlichen durch Beschallung mit Musik aus Tonträgern	11/2014 - 12/2016		Ref. 92**
Gesundheitsförderung/-versorgung/Gesundheitsdialog			
Koordinationsstelle gesundheitliche Chancengleichheit (DMP)	01/2014 - 12/2017	SM	Ref. 94
Gesund aufwachsen und leben in BW mit Neuausrichtung zu einer stärkeren Bürgerbeteiligung (DMP)	08/2013 - 12/2017	SM	Ref. 94
Zentrum für Bewegungsförderung BW (DMP)	01/2014 - 12/2018	SM	Ref. 94

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Qualitätsentwicklung Kommunale Gesundheitskonferenzen (DMP)	10/2014 - 04/2018	SM	Ref. 94
Projektmanagement Modellprojekt Sektorübergreifende Versorgung (DMP)	10/2014 - 09/2017	SM	Ref. 94
Erstellen einer Homepage für Angebote im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (DPM)	09/2010 - 06/2017	SM	Ref. 96

Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Einschulungsuntersuchungen			
Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse der verbindlichen Sprachstanddiagnostik (DMP)	09/2008 - 12/2018	KM	Ref. 94**
Begleitung des Dokumentationsverfahrens und Auswertung von Daten von Kindern Im Asylbewerber- bzw. Flüchtlingsstatus im Rahmen der ESU	06/2016 - 12/2017		Ref. 94**
Ausbildung von Nachwuchswissenschaftlern der Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie des ECDC (DMP)	09/2016 - 09/2018	ECDC	Ref. 92**
Regionale Gesundheitsberichterstattung			
Gesundheitsatlas BW – Fortsetzung in der dritten Ausbaustufe (DMP)	12/2013 - 09/2018	SM	Ref. 94**
Etablierung der Qualitätssicherung im ÖGD			
Fachsymposium anlässlich 25 Jahre LGA	10/2015 - 07/2016		Ref. 91
Relaunch und CMS-Versionswechsel LGA-Internetauftritte	09/2013 - 12/2018		Ref. 91
(Geschützte) Online-Kommunikations-Plattform für den ÖGD BW	01/2016 - 09/2017		Ref. 91
Umsetzung der DIN EN ISO 11133 im Wasserlabor	10/2016 - 06/2017		Ref. 93

Sonstige Aufgaben

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Interne Dienstleistungen des Landesbetriebs LGA für LEA	01/2015 - 12/2016		Ref. 91 + 92** + 93 + 94 + 96
Fortführung des GPO-Prozesses im Ref. 95*	11/2015 - 12/2016		Ref. 95*

ECDC = European Centre for Disease Prevention and Control
 KM = Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg
 RKI = Robert Koch-Institut
 SM = Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

* = bis 31.12.2016 Ref. 92

** = bis 31.12.2016 Ref. 95

*** = bis 31.12.2016 Ref. 96

Veranstaltungen



Das Veranstaltungsangebot des LGA richtet sich an

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

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

Veranstaltungen 2016 ÖGD – Landesarzt für Menschen mit Behinderungen – medizinischer Arbeitsschutz

Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Amtliche Überwachung von EU-Badegewässern. Ausbildungsveranstaltung für angehende Hygienekontrolleure des ÖGD	01.02.2016	Ref. 93
Badegewässer mit biologischer Aufbereitung/Kleinbadeteiche. Ausbildungsveranstaltung für angehende Hygienekontrolleure des ÖGD	02.02.2016	Ref. 93
Trinkwassermikrobiologie für Studenten der Uni Hohenheim; Vortrag mit Labordemonstrationen	26.02.2016	Ref. 93
Aktuelle Fragen zu Prävention und Sanierung von MRE	29.02.2016	Ref. 93
Workshop Mikrobiologische Grundlagen zur Diagnostik von Gastroenteritiden und intestinalen Parasiten	08.03.2016	Ref. 93
Trinkwasserüberwachung. Staatliche Desinfektorenausbildung. Vortrag mit Labordemonstrationen	15.03.2016	Ref. 93
Workshop Methoden und Befundbewertung im Wasserlabor	21.03./26.09.2016	Ref. 93
Workshop Diagnostik der Tuberkulose	25.04./04.07.2016	Ref. 93
Workshop Methoden und Befundbewertung in der Molekularbiologie	26.04.2016	Ref. 93

Gesundheitsförderung und Prävention

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Netzwerktreffen Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung	14.01./14.03./ 10.06./15.09.2016	Ref. 94
Netzwerktreffen Neue Festkultur	20.01./22.11.2016	Ref. 94
Workshop Gesund aufwachsen	26.01./21.07.2016	Ref. 94
Dienstbesprechung Kommunale Gesundheitskonferenzen	04.02./09.06./04.10.2016	Ref. 94

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Netzwerktreffen Fachplanung Gesundheit	25.02./14.04./22.09.2016	Ref. 94
Fachveranstaltung Kommunale Gesundheitsförderung	03.03.2016	Ref. 94
Fachaustausch Bewegungstreffs BW	10.03.2016	Ref. 94
Dienstbesprechung für Aids-/STI-Fachkräfte	06.04./05.10.2016	Ref. 94
Erfahrungsaustausch Betriebliches Gesundheitsmanagement bei der Polizei BW	10.-11.05./22.11.2016	Ref. 96
Be Smart – Don't Start Baden-Württemberg: Abschlussveranstaltung mit den Gewinnerklassen des Kreativwettbewerbs 2015/2016	21.06.2016	Ref. 94
Fachforum Gesund aufwachsen/Landesgesundheitskonferenz	18.10.2016	Ref. 94
Landesnetzwerk gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung	07.11.2016	Ref. 94
Sitzung Pilotvorhaben Kommunale Gesundheitsförderung	19.12.2016	Ref. 94

Landesarzt für Menschen mit Behinderungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Einführung Frühförderung Baden-Württemberg für Fachleute, Teil 2	14.-16.03.2016	Ref. 94
Leiterkonferenz Interdisziplinäre Frühförderstellen BW	15.06.2016	Ref. 94
Dienstbesprechung Ärztliche Rolle in der Landesblindenhilfe	07.07.2016	Ref. 94
Symposion Frühförderung BW	11.10.2016	Ref. 94
Einführung Frühförderung BW für Fachleute, Teil 1	14.-16.11.2016	Ref. 94

Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Data Sources Workshop – Fortbildung für Angehörige der Amerikanischen Streitkräfte	12.01.2016	Ref. 95*
Kurse für Hygienekontrolleure	15.-19.02./ 05.-09.12.2016	Ref. 95*
OCTOWARE-Anwendertreffen – ESU-Software	23.02.2016	Ref. 95*
ISGA-Anwendertreffen – ESU-Software	24.02.2016	Ref. 95*
Europäische Impfwoche 2016 – Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit des ÖGD	01.03.2016	Ref. 95*
Gesundheitsberichte		
• Teil 1: Grundsätze und Grundlagen	08.03.2016	Ref. 95*
• Teil 2: Ansprechende und informative Gestaltung	14.07.2016	Ref. 95*
Asyl und Gesundheit		
• Teil 3	22.03.2016	Ref. 95*
• Teil 4: Besuch Patrick Henry Village	02.06.2016	Ref. 95*
• Teil 5	30.09.2016	Ref. 95*
Dienstbesprechung des KJGD zur Qualitätssicherung in der ESU	20./21.04.2016	Ref. 95*
Planung, Durchführung und Auswertung von Studien	08.06.2016	Ref. 95*

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Chemische und Biologische Gefahrenlagen – Informationen und Management für/im ÖGD	23.06.2016	Ref. 95*
Abschluss-/Aufaktveranstaltung zur ESU	28./29.09.2016	Ref. 95*
Veranstaltung zu nosokomialen Infektionen	29.09.2016	Ref. 95*
IfSG-Dienstbesprechungen	12.04./29.09./ 06.12.2016	Ref. 95*
GBE-Workshop „Von den Ergebnissen der ESU zu einem Gesundheitsbericht“	01.12.2016	Ref. 95*
Abschlussveranstaltung zur landesweiten epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe	06.12.2016	Ref. 95*

Arbeitsmedizin, Staatlicher Gewerbearzt

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
100. Arbeitsmedizinisches Kolloquium: „Neue Berufskrankheiten“	22.01.2016	Ref. 96
101. Arbeitsmedizinisches Kolloquium: „Muskuloskeletale Erkrankungen. Neue Ansätze“	21.10.2016	Ref. 96
6. Arbeits- und Umweltmedizinische Kolloquium: „Lärm“	16.11.2016	Ref. 96

Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Fortbildung zu den Ringversuchen „Schimmelpilze“ (RV 28, 29)	16.-17.03.2016	Ref. 96*
Schimmelpilzkurse für Fortgeschrittene in Zusammenarbeit mit dem Centraalbureau voor Schimmelcultures, Utrecht: „Nachweis und Identifizierung in Innenräumen und Lebensmitteln – Schwerpunkt feuchteliebende Schimmelpilze“	26.-27.04./ 08.-09.11.2016	Ref. 96*
Schimmelpilzkurs für Anfänger in Zusammenarbeit mit dem Centraalbureau voor Schimmelcultures, Utrecht: „Nachweis und Identifizierung von Schimmelpilzen in Innenräumen und Umwelt“	28.-30.04.2016	Ref. 96*
Praktika für Hygienekontrolleure zum Thema „Probenahme, Auswertung und Bewertung von Schimmelpilzen in Innenräumen“	27.06.-01.07./ 19.-23.09.2016	Ref. 96*
6. Arbeits- und Umweltmedizinische Kolloquium: „Lärm“	16.11.2016	Ref. 96

Sonstiges

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Amtsärztliche Fortbildung: Amtsärztliche Begutachtungen nach dem novellierten ÖGDG zu Reisefähigkeit und infektiösen Lebererkrankungen	12.07.2016	AbtP'in 9

LGA-interne Veranstaltungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
LGA-Kolloquien		
Allergien durch Zeckenstiche – ein neues Risiko	11.05.2016	Ref. 93
Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung“: Projektmanagement im LGA	21.09.2016	Ref. 94
1. Zeitreihen zur Mortalität in Baden-Württemberg 1980-2014 2. Erste Ergebnisse aus der Begleituntersuchung zur zahnärztlichen Gruppenprophylaxe	12.10.2016	Ref. 95*
1. Berufskrankheiten – neue Berufskrankheiten – zukünftige Berufskrankheiten 2. Anpassung an den Klimawandel in BW – Herausforderung für das LGA 3. Arbeitspsychologie in der Arbeitsschutzaufsicht – was wollen wir erreichen?	30.11.2016	Ref. 96*

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

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	22.-26.02./04.-08.04./ 19.-23.09./21.-25.11.2016	Ref. 91

Berufsgruppe Desinfektoren

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	29.02.-18.03./10.-28.10.2016	Ref. 91
Fortbildungskurs	18.-19.04./28.-29.11.2016	Ref. 91

Berufsgruppe Hygienefachkräfte

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundlagen der Krankenhaushygiene	11.01.-19.02.2016	Ref. 91
Grundlagen der technischen Krankenhaushygiene und des Krankenhausbaus		
• Teil 1	11.-22.01./10.-21.10.2016	Ref. 91
• Teil 2	30.05.-10.06./07.-18.11.2016	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation	29.02.-04.03./12.-16.09.2016	Ref. 91
Grundlagen der Mikrobiologie		
• Teil 1	07.-18.03.2016	Ref. 91
• Teil 2	30.05.-10.06.2016	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation, Themenbereich 5	04.-08.04./25.-29.04./ 09.-13.05./13.-17.06.2016	Ref. 91
Sozialwissenschaftliche Grundlagen	11.-22.04./20.06.-01.07./ 19.-30.09.2016	Ref. 91

Hygiene in Arzt- und Zahnarztpraxen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Hygiene in Zahnarztpraxen		
• Teil 1	12.-14.01./23.-25.02./07.-09.06./ 20.-22.09./15.-17.11.2016	Ref. 91
• Teil 2	09.-11.02./08.-10.03./21.-23.06./ 11.-13.10./22.-24.11.2016	Ref. 91
Hygiene in Arztpraxen		
• Teil 1	26.-28.01./18.-20.10.2016	Ref. 91
• Teil 2	16.-18.02./08.-10.11.2016	Ref. 91

Hygiene in Pflegeeinrichtungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	18.-22.01.2016	Ref. 91
Aufbaukurs 1	01.-05.02.2016	Ref. 91
Aufbaukurs 2	14.-18.03.2016	Ref. 91
Aufbaukurs 4	04.-08.04.2016	Ref. 91
Aufbaukurs 3	24.-28.10.2016	Ref. 91
Aufbaukurs 5	14.-18.11.2016	Ref. 91

* bis 31.12.2016

Forschung und Lehre¹



Vorträge

Aichinger E. Die Weltseuchenerlage – zwischen Tourismus, Handel und Migration. 6. Reisemedizinischer Tag, Fortbildungsveranstaltung im Rahmen der CMT Stuttgart, 23.01.2016.

Aichinger E. Falldefinitionen. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Block D2, Teil 1, Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V. (SAMA), Stuttgart, 12.04.2016.

Aichinger E. Gefahrenabwehr – Strukturen und Pläne. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Block D2, Teil 1, SAMA, Stuttgart, 15.04.2016.

Aichinger E. Management von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen – Fallbeispiele und Planspiel. Zusatzweiterbildung Medizinhygiene, Modul 6, Stuttgart, 20.04.2016.

Aichinger E. Vorstellung der Ergebnisse der 4. Punktprävalenzerhebung des MRE-Netzwerkes Metropolregion Rhein-Neckar-Kreis. MRE-Netzwerktreffen Metropolregion Rhein-Neckar, Mannheim, 26.04.2016.

Appelt M. Öffentlichkeitsarbeit, Grundmodul – orientierende Einführung. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Stuttgart, 08.07.2016.

Berg B. Entwicklung(en) in der Frühförderung in Baden-Württemberg. Kreisbehindertenring Göppingen, 31.08.2016.

Berg B. Kinder mit chronischer Krankheit oder Behinderung – Trends (D-EU-USA), Determinanten, Schutzfaktoren. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Block E1 – Child Pub-

lic Health, Pilot Master of Public Health, Mannheim, 22.01.2016.

Berg B. Perspektivwechsel bei Menschen mit Behinderungen in Recht und Gesellschaft – was heißt das für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des ÖGD? 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 30.04.2016.

Berg B. Rechtliche Grundlagen der Begutachtung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des ÖGD. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Block C2, SAMA, Stuttgart, 25.01.2016.

Berg B. Teilhabe braucht Gesundheit. Wie kann die Teilhabe von Menschen mit schweren Behinderungen aus medizinischer Sicht verbessert werden? Fachtagung „Teilhabe braucht Gesundheit“ des Landesverbands für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung und der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Stuttgart, 12.10.2016.

Bittighofer P. Biologische Arbeitsstoffe. Einführungsfortbildung Gewerbeaufsicht (Modul A), Oberwolfach, 15.02.2016.

Bittighofer P. Einführung in den Strahlenschutz. Fortbildung im Strahlenschutz für ermächtigte Ärzte (Strahlenschutzuntersuchungen), Ulm, 26.04.2016.

Bittighofer P. Ermächtigungen für Strahlenschutz-Ärzte und Organisation des Strahlenschutzes. Weiterbildungskurs des Fortbildungszentrums für Technik und Umwelt am Karlsruher Institut für Technologie, Eggenstein-Leopoldshafen, 08.12.2016.

Bittighofer P. Gefährdung aus medizinischer Sicht. Anfängerfortbildung Gewerbeaufsicht (Modul C), Oberwolfach, 28.09.2016.

Bittighofer P. Gesundheitliche Auswirkungen von Faserstäuben. Strukturierte Curriculare Fortbildung Umweltmedizin, Stuttgart, 24.06.2016.

Bittighofer P. Gesundheitliche Folgen überlanger Arbeitszeiten. Fachdienstbesprechungen

- Regierungspräsidium Tübingen, 25.04.2016
- Regierungspräsidium Karlsruhe, 11.05.2016
- Regierungspräsidium Stuttgart, 12.05.2016
- Regierungspräsidium Freiburg, 16.06.2016

Bittighofer P. Klimawandel und Gesundheit. Strukturierte Curriculare Fortbildung Umweltmedizin, Stuttgart, 23.04.2016.

Bittighofer P. Klimawandel und Gesundheit. Modulare Weiterbildung im ÖGD (Block D3), Stuttgart, 29.06.2016.

¹ ohne Aktivitäten im Rahmen LGA-eigener Veranstaltungen

Bittighofer P. Neue Struktur beim Staatlichen Gewerbeamt in Baden-Württemberg. Erfahrungsaustausch der Gewerbeärzte, Dresden, 26.10.2016.

Bittighofer P. Psychische Belastungen aus der Arbeitsumgebung. Universität Tübingen, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Fortbildung für Ärzte, 24.10.2016.

Fischer S. Labordiagnostische Untersuchung eines großen Q-Fieber-Ausbruchs im Landkreis Heidenheim in Baden-Württemberg. 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Fischer S. Q-Fieber beim Menschen. 5. Stuttgarter Tag für Infektiologie, Stuttgart, 12.11.2016.

Fleischer J. Amtliche Bädersurveillance 2005-2015. Bäderfortbildung für den ÖGD und Badbetreiber; Landratsamt Heidelberg, 13.10.2016.

Fleischer J. Amtliche Bädersurveillance 2005-2015. Fortbildungstagung für Wasserfachleute, WABOLU Umweltbundesamt, Berlin, 09.11.2016.

Fleischer J. Gesundheitliche Bewertung von Legionellen und Pseudomonaden in der Hausinstallation. Zusatzweiterbildung „Medizinhygiene Modul 4“ für hygienebeauftragte Ärzte, SAMA, Stuttgart, 08.04.2016.

Fleischer J. Umweltproben – Probenahme – Analytik. Ausbildungsveranstaltung für Mitarbeiter der Gewerbeaufsicht zum Thema Rückkühlwerke und Legionellen, Ministerium für Umwelt, Klima und Energiewirtschaft, Stuttgart, 01.03.2016.

Fleischer J. Wasser, ein spezieller Lebensraum. Fortbildungsveranstaltung für Gesundheitsämter, Prüflaboratorien und Wasserfachleute; Biomerieux, Nürtingen, 19.02.2016.

Gläser K. Betriebliche Gesundheit und die Frage der Zuständigkeiten – Warum sich der öffentliche Dienst mit Vorliebe selbst im Weg steht. Runder Tisch Mediation und Konfliktmanagement in öffentlichen Organisationen (RTMKÖ), Mannheim, 13.10.2016.

Gläser K. Konfliktmanagement und Betriebliches Gesundheitsmanagement bei der Polizei Baden-Württemberg. Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung/psyGA-Transferveranstaltung „Geht's noch?!“, München, 18.-19.04.2016.

Körber J. Prävention von STI. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Stuttgart, 11.04.2016.

Körber J. Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (BIS 2010). Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Stuttgart, 11.04.2016.

Körber J. Tests auf Chlamydia trachomatis und Gonorrhö in den Aids-/STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg. Angebot – Inanspruchnahme – Prävalenzen. Bund-Länder-Gremium zur Prävention von HIV/AIDS, STI und Hepatitiden, Kiel, 21.04.2016.

Körber J. Vorstellung des Gesetzentwurfes zur Regulierung des Prostitutionsgewerbes sowie zum Schutz von in der Prostitution tätigen Personen. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Stuttgart, 11.04.2016.

Leher A. Einführung in die Gesundheitsberichterstattung. Grundkurs Sozialmedizin, Grundkurs Rehabilitationswesen, SAMA, Bad Mergentheim, 04.03.2016.

Leher A. Erhebung zu Kindern im Asylbewerber- und Flüchtlingsstatus. Fachtag Medizin trifft Pädagogik, Stuttgart, 01.02.2016.

Leher A. ESU-Daten – Erhebung, Auswertung und Qualitätssicherung. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Modul C2, SAMA, Stuttgart, 28.01.2016.

Leher A. ESU-Daten – Verarbeitung, Statistik und GBE. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Modul F2, SAMA, Stuttgart, 12.01.2016.

Leher A. Gesundheitsatlanten im ÖGD – Was leistet der Gesundheitsatlas Baden-Württemberg? Fachtagung „Gesundheit unter der Lupe“ – ZI Forum, Berlin, 30.11.2016.

Leher A. Gesundheitsberichterstattung. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Modul A1, Reutlingen, SAMA, 10.03.2016.

Leher A. Gesundheitsberichterstattung – Aufgaben und Vorgehensweisen im Überblick. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA, Modul A3, Stuttgart, 17.06.2016.

Leykamm B. 25 Jahre Gesundheitsförderung im LGA – Tops, Flops und mehr. Landesfachkonferenz Gesundheitsförderung – 30 Jahre Ottawa Charta, Stuttgart, 07.12.2016.

Leykamm B. Aktueller Sachstand Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit. Landesausschuss für Prävention und Gesundheitsförderung, Stuttgart, 23.11.2016.

Leykamm B. Arbeitsfelder der Gesundheitsförderung: LGA. Studiengang Gesundheitsförderung, Pädagogische Hochschule Heidelberg, 25.04.2016.

Leykamm B. Einblicke in die Gesundheitsförderung – Schwerpunkt Gesund aufwachsen. Workshop Gesund aufwachsen, Stuttgart, 21.07.2016.

Leykamm B. Gesundheitsförderung – Aufgaben und Vorgehen im Überblick. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen, Stuttgart, SAMA, 17.06.2016.

Lohr D. Reasons for measles vaccination gaps among preschool children – A survey of Social Medical Assistants in Baden-Wuerttemberg. EPIET-Modul: Vaccinology, Paris, 18.05.2016.

Oehme R. Diagnostik im Labor, Leistungsspektrum NaLaDiBA. Analytische Task Force Biologie (ATF-B), Feuerwehr Essen, 07.09.2016.

Oehme R. Exotische Stechmücken in der Oberrheinregion, Monitoring und Bekämpfungsstrategien.

66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Oehme R. Leishmaniose in der Reisemedizin. 6. Reisemedizinischer Tag, Stuttgart, 23.01.2016.

Oehme R. Malaria, weltweit immer noch eines der größten Probleme. MTA-Forum, Stuttgart, 30.01.2016.

Oehme R. Seltene Infektionskrankheiten in Deutschland. DVTA-Kongress, Essen, 04.11.2016.

Oehme R. Was Zecken übertragen können. 3. Süd-deutscher Zeckenkongress, Stuttgart, 14.-16.03.2016.

Oehme R. Zecken und wie man sich vor ihnen schützt. 5. Stuttgarter Tag für Infektiologie, 12.11.2016.

Pfaff G. Aspekte der Schiffshygiene und der Zusammenarbeit im ÖGD: Zusammenarbeit im Bereich des Oberrheins – praktische Erfahrungen. Deutsche Gesellschaft für Maritime Medizin (DGMM), Workshop Binnenschifffahrt, Hamburg, 24.06.2016.

Pfaff G. Exotische Stechmücken in der Oberrheinregion: Monitoring und Bekämpfungsstrategien (Tigermücke). Präsidium 2/2016 der Deutsch-Französisch-Schweizerischen Oberrheinkonferenz, Porrentruy, Schweiz, 17.06.2016.

Pfaff G. Highlights from last RVC meeting (Oct 2015) and needs for 2016 process. 11th Meeting of the Measles/Rubella Regional Reference Laboratories of the WHO European Region, Berlin, 14.-15.03.2016.

Pfaff G. Masern, Röteln, Polio: Verlängerung für das Endspiel. 125 Jahre Robert Koch-Institut – Public Health-Tagung, Berlin, 30.06.-01.07.2016.

Pfaff G. Measles and Rubella elimination in Europe – Update from the Regional Verification Commission. WHO European Regional Measles/Rubella LabNet meeting for Western and Central European countries, Turkey and Georgia, Budva, Montenegro, 27.-29.06.2016.

Pfaff G. Measles in Europe. Pediatric Academic Societies Meeting, Baltimore, USA, 30.04.-03.05.2016.

Pfaff G, Leher A. Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe nach ICDAS – Erfahrungsbericht aus Baden-Württemberg. 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Sammet T. Fachplanung Gesundheit in Baden-Württemberg. 66. Wissenschaftlicher Kongress „Öffentliche Gesundheit im Spiegel der Zeit“, Reutlingen, 30.04.2016.

Sammet T. Gesundheitsdialog und Fachplanung Gesundheit. Kurs für öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, Grundmodul, SAMA, Reutlingen, 09.03.2016.

Wagner-Wiening. Endemische und epidemische Infektionskrankheiten. Zusatzweiterbildung Medizinhgiene, Modul 6, Stuttgart, 22.04.2016.

Wagner-Wiening. Epidemiologie der Tularämie in Baden-Württemberg. Tularämie-Workshop, Jena, 28.11.2016.

Weidenfeller P. Beurteilung von Bauanträgen durch Kliniken und ambulante OP-Zentren. SAMA, Stuttgart, 09.04.2016.

Weidenfeller P. Hygienische Anforderungen an Kliniken und Praxen bei amtlichen Begehungen. Seminar Klinikum, Karlsruhe, 19.02.2016.

Weidenfeller P. Hygienische Aspekte bei Planung und Einrichtung von Arztpraxen. Klinikhygienekongress, Würzburg, 12.03.2016.

Weidenfeller P. MRE-Netzwerkstrategie in Baden-Württemberg. Kreisärzteschaft Mosbach, 26.10.2016.

Weidenfeller P. Organisation von Infektions-Isoliereinheiten. SAMA, Stuttgart, 29.10.2016.

Weidenfeller P. Raumluftechnische Anlagen im Krankenhaus. Symposium Hygienebeauftragte Ärzte, Tübingen, 09.06.2016.

Zeitschriftenartikel

Brockmann SO, Ulrich L, Piechotowski I, Wagner-Wiening C, Nöckler K, Mayer-Scholl A, Eichner M. Risk factors for human *Leptospira* seropositivity in South Germany. Springerplus 2016; Oct 18;5(1): 1796. eCollection 2016.

Drewes S, Turni H, Rosenfeld UM, Obiegala A, Straková P, Imholt C, Glatthaar E, Dressel K, Pfeiffer M, Jacob J, Wagner-Wiening C, Ulrich RG. Reservoir-Driven Heterogeneous Distribution of Recorded Human Puumala virus Cases in South-West Germany. Zoonoses Public Health 2016; doi: 10.1111/zph.12319.

Schnell K, Wurmbauer I. Arbeitsstrukturen der Suchtprävention in Baden-Württemberg. ajs Informationen – Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz 2016; 2: 25-26.

Schweer KE, Jakob B, Liss B, Christ H, Fischer G, Vehreschild MJGT, Cornely OA, Vehreschild JJ. Domestic mould exposure and invasive aspergillosis – air sampling of *Aspergillus* spp. spores in homes of hematological patients, a pilot study. Medical Mycology 2016; 54: 576–583; doi: 10.1093/mmy/myw007.

Wiesmüller GA, Heinzow B, Aurbach U, Bergmann KC, Bufe A, Buzina W, Cornely OA, Engelhart S, Fischer G, Gabrio TO, Heinz W, Herr CE, Kleine-Tebbe J, Klimek L, Köberle M, Lichtnecker H, Lob-Corzilius T, Merget R, Mülleneisen N, Nowak D, Rabe U, Raulf M, Seidl HP, Steiß JO, Szewczyk R, Thomas P, Valtanen K, Hurraß J. Medizinisch-klinische Diagnostik bei Schimmelpilzbelastungen in Innenräumen. Pneumologie 2016; 70 (11): 699-741. doi: 10.1055/s-0042-116251.

Poster

Aichinger E, Lohr D, Kirch A, Prager R, Wagner-Wiening C, Pfaff G. Sechs Jahre intensivierete Listerien-Surveillance in Baden-Württemberg: Brauchen wir noch Fragebögen zur Aufklärung von Listeriose-Erkrankungen? 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Fechler A, Goisser S, Zöllner I. Zeitreihen zur Mortalitätssurveillance in Baden-Württemberg 1980-2014. 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Göhring-Zwacka E, Kömpf D, Wiesinger R, Moll S, Jäckh B, Kirch A, Frlicka M, Reick D, Körber J. Labornachweis von Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae für die HIV-/STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg. 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Hartelt K, Göhring-Zwacka E, Laupp G, Krebs M, Fischer S, Oehme R, Reick D. Labordiagnostische Arbeit zur Influenza-Surveillance in Baden-Württemberg am Beispiel der Saison 2014/15. 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Körber J. Hilfen für süchtige und suchtfgefährdete Menschen – Hepa & Co-Projekt. 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Leher A, Wagner-Wiening C. Monitoring von Infektionskrankheiten im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg. 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Lohr D, Aichinger E, Kirch A, Prager R, Wagner-Wiening C, Pfaff G. Will routine PFGE-genotyping replace questionnaires on food consumption for investigating Listeria monocytogenes cases in Baden-Wuerttemberg, Germany? ESCAIDE-Konferenz, Stockholm, 28.-30.11.2016.

Lohr D, Aichinger E, Pfaff G. Reasons for measles vaccination gaps among preschool children – A survey of social medical assistants in South-West Germany, 2015. ESCAIDE-Konferenz, Stockholm, 28.-30.11.2016.

Lohr D, Wagner-Wiening C, Fischer SF, Göhring-Zwacka E, Wiltshko S, Pfaff G. Q-Fieber-Ausbruch in einer psychiatrischen Klinik in Baden-Württemberg 2015. 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Lohr D, Wagner-Wiening C, Göhring-Zwacka E, Pfaff G, Wiltshko S, Fischer SF. Outbreak of Q fever among patients and staff of a psychiatric hospital, South-West Germany, 2015. ESCAIDE-Konferenz, Stockholm, 28.-30.11.2016.

Oberreuter H, Aichinger E, Adam M, Rau J. Salmonella Bovismorbificans in Sprossen, Grenzüberschreitender Ausbruch Sommer 2014 – Analyse von Isolaten per FTIR-Spektroskopie. 16. Fachsymposium Lebensmittelmikrobiologie, Stuttgart-Hohenheim, 30.03.-01.04.2016.

Ouédraogo N, Aichinger E, Lohr D, Lück C, Pfaff G, Fleischer J, Wagner-Wiening C. Epidemiologie der Legionellose in Baden-Württemberg 2011-2015. 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Wagner-Wiening C, Körper S, Wiedenmann A, Coiera A, Fischer S, Marquardt C, Pfaff G, Kontner W. Impact of a protracted Q fever outbreak in South West Germany 2016 on the supply of blood products. IMED-Konferenz, Wien, 04.-07.11.2016.

Wurmbauer I, Schnell K. Prävention des Alkoholmissbrauchs in Baden-Württemberg. 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Zöllner I, Gabrio T, Köngeter W, Stark K. Was wissen wir wirklich über Feinstaub? 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Zöllner I, Neumeyer S, Langhans C, Lohr D, Diedler A, Wagner-Wiening C. Zeitreihen gemeldeter Infektionskrankheiten in Baden-Württemberg 2003-2013. 66. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Reutlingen, 28.-30.04.2016.

Lehraufträge

Bittighofer P. Blockkurs Arbeits- Sozial- und Umweltmedizin: Vorlesung Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Betriebsbegehung. Universität Ulm.

Bittighofer P. Theoretische Weiterbildung Arbeitsmedizin und Sozialmedizin: Vorträge zu Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsgesetz, Aufgabe der Gewerbeaufsicht, Literatur, Gefahrstoffverordnung, Faserstäuben, Berufskrankheiten u. a. SAMA, Stuttgart.

Bittighofer P. Weiterbildung arbeitsmedizinische Fachassistenten: Gefahrstoffe, Gewerbeaufsicht. Technische Akademie Esslingen e. V.

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

Dreisigacker A. Vorlesung Öffentliches Dienstrecht: Beamten- und Tarifrecht. Verwaltungsschule Landratsamt Esslingen.

Dreisigacker A. Vorlesung Öffentliches Dienstrecht. Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen Ludwigsburg, Fakultät Steuer- und Wirtschaftsrecht.

Gläser K. Gastvorlesung Zertifizierungen und Kennzahlen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Karlsruher Institut für Technologie KIT.

Gläser K. Vorlesung Arbeitsschutzmanagementsysteme. Hochschule Aalen.

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

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

Zöllner I. Epidemiologie. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Infektionsepidemiologie im Krankenhaushygiene-kurs. SAMA (in Kooperation mit Universität Ulm).

Zöllner I. Visualisierung von wissenschaftlichen Ergebnissen. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Vorlesung Surveillance. Universität Mainz.

Gremienarbeit



Abteilungsleitung

- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Fachbeirat Diabetes Baden-Württemberg
- Mitglied im Ausschuss für öffentliches Gesundheitswesen des Landesärztekammer
- Mitglied im Landesbeirat Krebsregister
- Mitglied im Vorstand des Ärzteverbandes Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg
- Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Projekts Aufbau einer Nationalen Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut

Recht und Verwaltung

- Bundesweiter Arbeitskreis der QM-Beauftragten in amtlichen Untersuchungseinrichtungen
- Deutsche Gesellschaft für Qualität (DGQ)
 - Regionalkreis Stuttgart
 - Stuttgarter Qualitätsleiter-Kreis
- Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg: UAG Sharepoint 2010

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

Hygiene, Infektionsschutz

- AG Mikrobiologie der Trinkwasserkommission beim Umweltbundesamt
- ALUA – Arbeitskreis Trinkwasser der Landesuntersuchungsanstalten BW
- Arbeitsgruppe Zoonosen und Infektionsforschung der Telematikplattform Medizinische Forschungsnetze
- Arbeitskreis Mikrobiologie der Trinkwasserkommission beim Umweltbundesamt (UBA)
- Arbeitskreis Überarbeitung des Merkblatts B007 „Einstufung biologischer Arbeitsstoffe: Pilze“ bei der DGUV Fachbereich Rohstoffe und Chemische Industrie, Heidelberg
- AWMF-Leitlinie/Arbeitsgruppe „Medizinisch klinische Diagnostik bei Schimmelpilzbelastungen in Innenräumen“
- BLAK – Bund-Länder-Arbeitskreis EU-Badegewässer
- Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)
 - Fachgruppe Zoonosen
 - Ständige Arbeitsgemeinschaft der Nationalen Referenz- und Konsiliarlaboratorien
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Entomologie und Acarologie (DGMEA)
- Deutscher Verein des Gas- und Wasserfaches e. V. (DVGW)
- Deutsches Institut für Normung e. V. (DIN): Arbeitsausschuss Anforderungen an das Tätowieren (NA 159-02-14)
- DIN – Ausschuss zur DIN 19643: NA 119-07-16 AA Schwimmbeckenwasseraufbereitung
- DIN-Ausschuss „Aufbereitung von Schwimm- und Badebeckenwasser“ – DIN 19643
- Europäisches Komitee für Normung (CEN): Technical committee Tattooing services (CEN/TC 435)
- Fachgruppe Viren und Parasiten bei der GDCH Frankfurt
- Landesarbeitsgruppe Borreliose und FSME Baden-Württemberg
- Länderarbeitskreis Rahmenhygienepläne
- Länderarbeitskreis zur Erstellung von Rahmenhygieneplänen nach §§ 23 und 36 IfSG
- Nationales Labornetzwerk für Diagnostik von BT-Agenzien (NaLaDiBa)

- Netzwerk Schimmelpilzberatung Baden-Württemberg
- ÖGD-Arbeitskreis Dokumentation und Weiterentwicklung von Hygienestandards in der Langzeit- und Altenpflege
- ÖGD-Qualitätszirkel Infektionsschutz
- ÖGD-Qualitätszirkel Tuberkulose
- Robert Koch-Institut: Arbeitskreis Viruzidie
- Umweltbundesamt (UBA): Kommission zur Bewertung der Entwesungsmittel und -verfahren
- Verbund für angewandte Hygiene (VAH): Arbeitsgruppe Angewandte Desinfektion
- Verein Wasser, Boden, Luft e. V. (WABOLU)
- WTA-Arbeitsgruppe zu Merkblatt E-4-12 „Schimmelpilzschäden – Ziele und Kontrollen von Schimmelpilzschadenssanierungen in Innenräumen“
- Zentrum für Infektiologie Stuttgart (ZIS)

Gesundheitsförderung, Prävention

- AG 12 gesundheitsziele.de – Alkoholkonsum reduzieren
- Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Suchtauftragten des Landkreis- und Städtetags Baden-Württemberg
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit
- Beirat der Sektion Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.
- Bundesweiter Arbeitskreis der Überregionalen Arbeitsstellen Frühförderung in den Ländern
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
 - Bund-Länder-Gremium zur Koordinierung von Maßnahmen der Aids-Aufklärung
 - Arbeitstreffen Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit
 - Länder-Kooperationskreis Suchtprävention
- Delegiertenversammlung der Landesarmutskonferenz (Gaststatus)
- Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG): Sektion Sexuelle Gesundheit
- Kooperationstreffen der Landesvereinigungen für Gesundheit und der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheit
- Länderkoordinationsgremium Glücksspielsucht
- Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen Baden-Württemberg
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
 - Arbeitsgruppe Aids/STI-Prävention
 - Arbeitsgruppe Substitution
- Arbeitsgruppe Suchtprävention
- Landesbeirat „Für Akzeptanz & gleiche Rechte Baden-Württemberg“
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Netzwerk für Prävention an Schulen
- Netzwerk Neue Festkultur
- Netzwerk Sprache, Baden-Württemberg Stiftung
- ÖGD Baden-Württemberg:
 - Regionale Fachkonferenzen der Aids-/STI-Beratungsstellen in den Gesundheitsämtern
 - Unterarbeitsgruppe des Drogen- und Suchtrats „Internetbezogene Störungen“
 - Vernetzungsstelle Schulpflege Baden-Württemberg

Landesarzt für Menschen mit Behinderungen

- AG Ambulante Pflege
- Fachbeirat Projekt „Barrierefrei Gesund“, Caritas Stuttgart und weitere Projektpartner
- Interministerielle Kommission Frühförderung (IKF)
- Landesarbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten
- Landesbehindertenbeirat Baden-Württemberg
- Landeskommision für Menschen mit Hörbehinderung Baden-Württemberg
- Landeskommision für sehbehinderte und blinde Menschen Baden-Württemberg
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, AG-Heimaufsicht
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Fachbeirat Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung

Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung

- Ärzteverband Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg e. V.
- Bundesverband der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS; Präsidiumskommission zur Nachwuchsförderung – Vorsitz)
- Internationale Biometrische Gesellschaft – Deutsche Region
- Deutsche Gesellschaft für Virologie
- Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- Deutsches Grünes Kreuz e. V., Arbeitsgemeinschaft Meningokokken
- European Public Health Association: Section on Infectious Disease Control
- Fachbeirat Einschulungsuntersuchung (Gaststatus)

- Kompetenzzentrum Hepatitis
- Oberrheinkonferenz
 - Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik
 - Expertenausschuss EPI-Rhin
 - Expertenausschuss Gesundheitsbeobachtung
- ÖGD Baden-Württemberg
 - AG Qualitätssicherung in der Gesundheitsberichterstattung
 - Fachbeirat Einschulungsuntersuchung
 - Qualitätszirkel Tuberkulose
- Robert Koch-Institut (RKI)
 - Bund-Länder-Arbeitsgruppe Surveillance
 - Bundesgesundheitsblatt (Herausgeberbeirat)
 - Wissenschaftlicher Beirat für Public Health Mikrobiologie
- Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochkontagiöse und lebensbedrohliche Erkrankungen
- Telematikplattform Medizinische Forschungsnetze: Arbeitsgruppe Zoonosen
- Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (WHO EURO): Regionales Verifizierungskomitee für die Eliminierung von Masern und Röteln

Arbeitsmedizin, Staatlicher Gewerbearzt

- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: Redaktionsgruppe Betriebliche Pandemieplanung
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA):
 - Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed)
 - * Projektgruppe 1 Konkretisierung der ArbMed-VV
 - * Unterausschuss 1: Expositionsbezogene arbeitsmedizinische Präventionsmaßnahmen
 - Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS), UA IV: Arbeitskreis TRGS 525 Gefahrstoffe in Einrichtungen der medizinischen Versorgung
- Deutsches Institut für Normung e. V. (DIN):
 - Arbeitsausschuss Arbeitsschutzmanagementsysteme (NA 175-00-02 AA), Entwicklung ISO 45001
 - Arbeitsausschuss Anforderungen an das Tätowieren (NA 159-02-14)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), BG RCI-Arbeitsgruppe Merkblatt 007: Sichere Biotechnologie, Einstufung biologischer Arbeitsstoffe: Pilze

- Europäisches Komitee für Normung (CEN), Technical committee Project Committee – Tattooing services (CEN/TC 435)
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), Arbeitsgruppe. Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg:
 - Arbeitskreis Arbeitsmedizin im Rahmen der Deutsch-Französischen Zusammenarbeit im Arbeitsschutz
 - Arbeitskreis Arbeitspsychologie
 - Landesausschuss für Jugendarbeitsschutz
- Robert Koch-Institut, Arbeitskreis Viruzide
- Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V. (SAMA), Planungsgruppe Arbeitsmedizin
- Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW), Beratergruppe Qualitätssicherung

Umweltbezogener Gesundheitsschutz

- Länderarbeitsgruppe Umweltbezogener Gesundheitsschutz (LAUG), Ad hoc-Arbeitsgruppe Innenraumrichtwerte
- Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz (LANUV) Nordrhein-Westfalen:
 - Arbeitskreis Qualitätssicherung im Noxen-Informationssystem der Bundesländer
 - Beirat des Noxen-Informationssystem (NIS) der Bundesländer
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Arbeitskreis Netzwerk Schimmelpilzberatung Baden-Württemberg
- Verein Deutscher Ingenieure (VDI/DIN):
 - Arbeitsgruppe NA 134-02-02-64 UA Richtwerte für thermische Belange,
 - KRdL-Arbeitsgruppe NA 134-03-07 AA Gemeinschaftsausschuss Bioaerosole und biologische Agenzien
 - KRdL-Arbeitsgruppe NA 134-04-04-05 UA Erfassung von Mikroorganismen
 - KRdL-Arbeitsgruppe NA 134-03-07-04 UA Bioaerosole und biologische Agenzien – Schimmelpilze
 - KRdL-Arbeitsgruppe NA 134-03-07-05 UA Bioaerosole und biologische Agenzien - MVOC, Endotoxine, Glucane
- Weltgesundheitsorganisation (WHO), WHO-working group on noise

Fachpublikationen



Gesundheitsförderung und Prävention

- Baden-württembergische Überarbeitung der Materialien zur Prävention der Glücksspielsucht des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung Hamburg
- GesundheitsCheck Fuß und Diabetes – Eine Information für Menschen mit Diabetes und Interessierte
- Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung. Städte und Gemeinden gesundheitsförderlich, lebenswert und generationenfreundlich gestalten.
- Schwanger? ja – Alkohol? nein (Set mit Info-Flyer, Postcard, Etiketten- und Post-it-Block, Kugelschreiber)

Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

- Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2014/2015 (Schulanfänger 2016) – Landesweite Auswertung für Baden-Württemberg

- Zeitreihen zur Mortalität in Deutschland und Baden-Württemberg 1980-2014

Umweltbezogener Gesundheitsschutz

- Gesundheitliche Bewertung von Schimmelpilzen in Innenräumen
- Maßnahmen zur Erfolgskontrolle einer fachgerechten Schimmelpilzsanierung
- Netzwerk Schimmelpilzberatung Baden-Württemberg
- Risiko Schimmelpilze
- Sanierung bei Schimmelpilzbefall

Sonstiges

- Amtsärztliche Fortbildung 2015 – Amtsärztliche Begutachtungen im gerichtsärztlichen Dienst sowie der Psychiatrie mit Fällen aus der Praxis
- Aus- und Fortbildung zum Desinfektor/zur Desinfektorin: Kursangebote 2017
- Aus-, Fort- und Weiterbildung Hygiene – Gesamtprogramm 2017
- Fortbildung zum/zur Hygienebeauftragten Arzt/Ärztin: Kursangebote 2017
- Hygiene in Arztpraxen & Zahnarztpraxen – Fortbildung für medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte: Kursangebote 2017
- Hygiene in der Altenpflege & Behindertenhilfe: Fortbildung von Fachkräften zu staatlich geprüften Hygienebeauftragten: Kursangebote 2017
- Infektionsschutz ... – Fortbildungsangebote für Mitarbeitende, Leitungen und Vertretungen der Träger pädagogischer Einrichtungen
- Veranstaltungsprogramm Öffentlicher Gesundheitsdienst 2017

Pressemitteilungen



05.02.2016

Die Grippewelle hat Baden-Württemberg erreicht. Das Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart empfiehlt Grippe-Impfung sowie gute Händehygiene zum Schutz.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

10.02.2016

Drei Zika-Virus-Fieber-Erkrankungen in Baden-Württemberg nach Rückkehr aus Lateinamerika. Dr. Karlin Stark, Abteilungspräsidentin des Landesgesundheitsamtes im Regierungspräsidium Stuttgart, empfiehlt Schwangeren den Verzicht auf Fernreisen in Länder, in denen das Zika-Virus vorkommt.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

25.02.2016

Grippewelle in Baden-Württemberg ungebrochen. Das Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart empfiehlt Grippe-Impfung sowie gute Händehygiene zum Schutz.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

26.02.2016

Bereits vier Neugeborene mit schweren Listerien-Infektionen. Landesgesundheitsamt rät Schwangeren zum Verzicht auf Rohmilchprodukte, Rohwürste, geräucherte Fische und vakuumverpackte verzehrfertige Produkte.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

21.03.2016

Welttuberkulosestag am 24. März 2016. Anstieg an Tuberkulosefällen auch in Baden-Württemberg durch Flüchtlinge, die im Land eine erste neue Heimat finden. (Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

22.04.2016

Europäische Impfwoche 2016 – „Impflücken schließen“. Fehlende Impfungen sollten unbedingt nachgeholt werden.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

03.05.2016

Pressekonferenz des Regierungspräsidiums Stuttgart anlässlich der Vorstellung des Jahresberichts 2015. Das Landesgesundheitsamt ist mehr als nur fachliche Leitstelle für die Gesundheitsämter im Land.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

21.06.2016

Preisverleihung im Rahmen des Schulklassenwettbewerbs „Be Smart – Don't Start“. Rauchen ist bei Jugendlichen zunehmend out. Aktuell rauchen 7,8 % der 12- bis 17-Jährigen, im Jahr 2001 waren es noch 27,5 %. Zu diesem Erfolg haben nicht zuletzt Präventionsprogramme wie „Be Smart – Don't Start“ beigetragen.

(Pressemitteilung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg)

10.06.2016

Wasserqualität der Badeseen im Land erneut hervorragend. Sobald die Tage wieder wärmer werden, zieht es jedes Jahr viele Menschen an einen der über 300 Badeseen im Land. Die aktuelle Badegewässerkarte 2016 belegt, dass ungetrübten Badefreuden an den allermeisten Seen aus hygienischer Sicht nichts entgegensteht.

(Pressemitteilung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg)

27.06.2016

Nichtrauchen zahlt sich aus – Preisverleihung im Rahmen des Schulklassenwettbewerbs „Be Smart – Don't Start“. Zusätzlicher Landeswettbewerb: 10 Klassen gewinnen Preise.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

29.06.2016

Ärztliche Zeugnisse über die gesundheitliche Eignung vor einer Verbeamtung werden ab 1. Juli 2016 durch niedergelassene oder andere approbierte Ärzte ausgestellt. Erste Liste mit durchführenden Ärztinnen und Ärzten jetzt beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg verfügbar.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

05.07.2016

Das Landesgesundheitsamt (LGA) feiert sein 25-jähriges Bestehen. Regierungspräsident Wolfgang Reimer würdigt den Stellenwert und die Leistungen: „Dem LGA ist es in all den Jahren gelungen, auf Landesebene die Kompetenz für mehr Gesundheit in Baden-Württemberg zu bündeln und auszubauen.“

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

15.07.2016

Gesundheitsministerium weist auf Zeckengefahren hin. Das aktuelle warme und feuchte Klima steigert die Aktivität von Zecken und damit auch die Gefahr, dass durch einen Zeckenbiss Krankheiten wie die Frühsommer-Meningoenzephalitis übertragen werden. FSME ist eine durch Viren verursachte Gehirnentzündung.

(Pressemitteilung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg)

25.07.2016

Gesundheitstipps zum Urlaubsstart. Dr. Karlin Stark, Präsidentin des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg: „Folgende Impfungen sollten auf dem aktuellen Stand sein: Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hepatitis A und Masern.“

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

27.09.2016

Bundesweiter Aktionstag macht auf Gefahren von Glücksspielsucht aufmerksam. Sozial- und Integrationsminister Manne Lucha hat anlässlich des bundesweiten Aktionstags Glücksspielsucht am 28. September vor den Gefahren von krankhaftem Spielverhalten gewarnt.

(Pressemitteilung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg)

13.10.2016

Sozial- und Integrationsminister Manne Lucha ruft Bevölkerung zu Grippeimpfung auf. Der für Gesundheit zuständige Sozial- und Integrationsminister Manne

Lucha hat die Bürgerinnen und Bürger in Baden-Württemberg dazu aufgerufen, sich rechtzeitig vor Beginn der Influenzasaison gegen Grippe impfen zu lassen. (Pressemitteilung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg)

13.10.2016

21 Fälle von Zikavirus-Infektionen in Baden-Württemberg seit Jahresanfang – Fast jeder Zweite hatte sich zuvor in Nicaragua aufgehalten. Risiko von frühkindlichen Fehlbildungen.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

10.11.2016

Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen startet in neue Runde. Am 14. November beginnt wieder der bundesweite Klassenwettbewerb „Be Smart – Don't Start“, das in Deutschland am weitesten verbreitete Programm zur Prävention des Rauchens.

(Gemeinsame Pressemitteilung Sozial- und Integrationsministerium, Kultusministerium, Landesgesundheitsamt und AOK Baden-Württemberg)

11.11.2016

Landesgesundheitsamt – Welt-Pneumonie-Tag am Samstag, 12. November 2016. Impfungen können Säuglinge vor schweren Atemwegserkrankungen schützen.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

13.11.2016

Gesundheitsminister will Bevölkerung für Diabetes sensibilisieren. „Diabetes ist eine der größten Volkskrankheiten in Deutschland. Trotzdem wissen viele Menschen nicht, was Diabetes genau bedeutet“, sagte Gesundheitsminister Manne Lucha im Vorfeld. (Pressemitteilung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg)

13.12.2016

Noroviren auf dem Vormarsch. Brechdurchfälle, verursacht durch das Norovirus, haben in den letzten Wochen in Baden-Württemberg stark zugenommen. (Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

20.12.2016

Vor dem Weihnachts- und Silvesterurlaub an Grippeimpfung denken. Landesgesundheitsamt rät wegen Zunahme der Influenzaerkrankungen zur Grippeimpfung.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

Anfahrtsbeschreibung – Dienstgebäude Nordbahnhofstr. 135

siehe Wegbeschreibung aus Richtung Heilbronn und Karlsruhe

Nordbahnhof
S S4 S5 S6 U12
Landesgesundheitsamt Nordbahnhofstr. 135
LGA
U Nordbahnhof
U Mittnachtstraße
U Pragfriedhof
U Milchhof
U Stadtbibliothek
siehe Wegbeschreibung aus Richtung München
DB Hauptbahnhof Stuttgart
S S4 S5 S6 Richtung Marbach (N), Bietigheim oder Weil der Stadt
U U12 Richtung Hallschlag

Anreise mit dem Auto

Aus Richtung Heilbronn

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

Aus Richtung Karlsruhe

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

Aus Richtung München

Verlassen Sie die A8 bei der Ausfahrt Stuttgart-Degerloch und folgen Sie der B27 in Richtung S-Zentrum. Bleiben Sie jeweils auf der rechten Fahrspur bis hinter 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

Altlasten 18
 Analytische Qualitätssicherung 39
 Antibiotic Stewardship (ABS) 116
 Apnoen 20
 Arbeitspsychologie 33, 34
 Arbeitsschutzaufsicht 34
 Arboviren 17
 Asbest 18
 Aus-, Fort- und Weiterbildung 102

B

Behinderung 26
 Berufskrankheiten
 Übersicht 73
 Berufskrankheiten, neue 19
 BGM 36
 Biogene Noxen 39
 Blei 18
 Blutspende 15
 Boden 18
 Bordetalla pertussis 20
 Brucella 14

C

Chikungunyaviren 17
 Chlamydia trachomatis 16
 Chlorkohlenwasserstoff 18

D

Dengueviren 17
 Diabetes mellitus 30
 Dioxin 18

E

Einschulungsuntersuchung 25
 Elektromagnetische Felder 18
 Ermächtigungen
 arbeitsmedizinische Vorsorge 74

F

Flüchtige organische Substanzen 18
 Frühförderung 26

G

Gesundheitsdialoge 23
 Gesundheitskonferenzen 28
 Gesundheitsmanagement 33, 35, 36
 Gesundheitsplanung 23
 Glücksspielsucht 29
 Gruppenerkrankungen 12
 Gute Grafiken 38

H

HIV 31
 Hörminderung 28

I

Impfquote 21
 Impfung 20
 Infraschall 18
 Innenraum 39
 Innenraumschadstoffe 18
 Interkulturelle Sensibilisierung 25

K

Keuchhusten 20
 KMU 36
 Krankenhaus 32
 Krankenhausdiagnosestatistik 22

L

Laborinfektion 14
Laborunterstützter Gesundheitsschutz 56
Landesprüfungsamt 93
Listerien 13

M

Mineralwolle 18
MRE-Netzwerk 32
MRSA 32

N

Neisseria gonorrhoeae 16
Neue Berufskrankheiten 19

O

Organisationspläne 42, 43, 44

P

PAK 18
PCB 18
Perfluorierte Chemikalien 18
Perfluorierte Tenside 18
Pestizide 18
PFC 18
Polyaromatische Kohlenwasserstoffe 18
Polychlorierte Biphenyle 18
Präexpositionsprophylaxe 31

Q

Q-Fieber 15
QM-System im Laborbereich 68

QM-System Probenehmer Trinkwasser Baden-
Württemberg 40
Quecksilber 18

R

regionale Netzwerke 32

S

Salmonellen 12
Säuglinge 20
Schimmel 18
Schimmelpilze 39
Sektorenübergreifende Versorgung 24
Sexuell übertragbare Infektionen 16
„Spielverderber“-Kampagne 29
Staatlicher Gewerbearzt 73
Suchtprävention 29

T

TFA 18
Tigermücke 17
Trifluoracetat 18
Trinkwasser 18

V

Verletzungen und Vergiftungen 22
VOC 18

W

Weichmacher 18

Z

Zikaviren 17



www.gesundheitsamt-bw.de



Baden-Württemberg

REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART