



2018

Jahresbericht

Landesgesundheitsamt
Baden-Württemberg



Baden-Württemberg

REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART



2018

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

Juli 2019



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. 8: © Marlee/fotolia;
S. 28: © Michael Eichhammer – stock.adobe.com; S. 35: © DOC RABE Media – stock.adobe.com;
S. 38: © Klaus Epele – stock.adobe.com; S. 41: © Löhr-Fotografie/fotolia; S. 44: © amridesign/fotolia;
S. 45: © Christian42/fotolia; S. 46: © Rido/fotolia; S. 48: © Patricia Hofmeester/fotolia; S. 50: © Robert Kneschke/fotolia;
S. 52: © Sapannpix/fotolia; S. 53: © Klaus Epele/fotolia; S. 55: © Alexander Rath/fotolia; S. 69: © Lane Erickson/fotolia;
S. 81: © Maksym Yemelyanov/fotolia; S. 87: © Robert Kneschke/fotolia; S. 93: © PhotoCreate/fotolia;
S. 96: © Dmitry Nikolaev/fotolia; S. 99: © tm-pictures.ch/fotolia; S. 100: © Franz Pfluegl/fotolia; S. 104: © askaja/fotolia;
Umschlagrückseite: © A. Schnabel

Vorwort	5
Im Fokus	
Bundeslandübergreifender Masernausbruch nach Thailandaufenthalt eines Jugendlichen	7
Einblicke in die Arbeit	
Gut aufgestellt im Land: der Öffentliche Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg	8
Analyse	
	Tropische Hyalomma-Zecken auf dem Vormarsch in Deutschland
	9
	Labornachweis von Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae
	10
	Ergebnisse der Blutkontrolluntersuchung im Landkreis Rastatt.....
	12
	Masernimpfquoten bei den Einschulungsuntersuchungen und in der
	KV-Impfsurveillance
	14
	Infektionen bei Beschäftigten in infektionsgefährdeten Bereichen.....
	16
	Laboruntersuchungen von gastroenteritischen Gruppenerkrankungen.....
	18
Prävention/Gesundheitsförderung	
	Ergebnisse zur Motorik aus der Einschulungsuntersuchung
	19
	Kreisprofile zum Diabetes mellitus: Daten im Überblick.....
	20
	In Bewegung: die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
	Baden-Württemberg.....
	22
	Neue Empfehlungen zum Umgang mit vancomycinresistenten Enterokokken.....
	24
	Prävention internetbezogener Störungen
	26
	Interferon- γ Release Assay: ein Test zum Nachweis einer Infektion mit
	Mycobacterium tuberculosis.....
	27
Qualitätssicherung	
	Projekt „Neckarwelle“ – Surfer-Spaß mit mikrobiellen Risiken.....
	28
	Dermatophyten in Gemeinschaftseinrichtungen: erste Fälle in Baden-Württemberg
	30
	Sensibilisierung gegen ambrosiaspezifische Allergene bei Erwachsenen in Baden-
	Württemberg 2010/11 und 2016/17.....
	32
	Impfquoten und Erkrankungsfälle in einer Karte: die neuen Doppellayerkarten
	im Gesundheitsatlas.....
	33
	Fortbildungen für den Rettungsdienst und Krankentransport im LGA.....
	34
	Die letzte Reakkreditierung des Landeslabors im LGA.....
	35
	Enterobacteriaceae- und Acinetobacter-Fälle mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit
	in Baden-Württemberg, 2016-2018.....
	36
	Evakuierungsübung des LGA.....
	38
	Leitfaden „Mutterschutz im Krankenhaus“
	39
	Neue Strahlenschutzverordnung: Verordnung zur weiteren Modernisierung des
	Strahlenschutzrechts.....
	40
Anhang	
1 Organisationspläne	42
2 Aufgaben der Abteilung 9: Landesgesundheitsamt im Überblick.....	44
3 Laborunterstützter Gesundheitsschutz.....	55
4 Staatlicher Gewerbearzt.....	69

5	Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen	81
6	Veranstaltungen	87
7	Forschung und Lehre	93
8	Gremienarbeit.....	96
9	Fachpublikationen	99
10	Pressemitteilungen.....	100
11	Anfahrtsbeschreibung: Dienstgebäude Nordbahnhofstr. 135.....	103
12	Stichwortverzeichnis	104

Vorwort



Wolfgang Reimer
Regierungspräsident

Liebe Leserinnen und Leser,

Vielfalt kennzeichnet den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). So vielfältig der ÖGD ist, so facettenreich waren auch die Aufgaben, die das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) im Jahr 2018 zu meistern hatte.

Zu Jahresbeginn 2018 war eine ungewöhnliche Grippe- welle zu verzeichnen. Mit ins-

gesamt rund 36 000 gemeldeten Influenza-Erkrankungen aus Baden-Württemberg war die Anzahl in der Saison 2017/2018 die höchste seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes 2001. Im Rahmen der Influenza-Surveillance (Überwachung) wurden 63,6 Prozent der typisierten Influenzaerreger als Influenza B Viren der Yamagata-Linie identifiziert.

Der Infektionsschutz ist eine zentrale Aufgabe des ÖGD. Die Beobachtung des Infektionsgeschehens sowie die Beratung der Gesundheitsämter beim Ausbruchmanagement sind dabei ein wichtiger Aufgabenschwerpunkt. Einerseits erarbeitet das LGA gemeinsam mit Partnern aus anderen Fachdisziplinen und Fachgremien Empfehlungen und Leitfäden zur Prävention von Infektionskrankheiten, andererseits wird mit dem laborunterstützten Gesundheitsschutz die Aufklärung von Infektketten durch die Identifizierung und Vergleiche der beteiligten Erreger ergänzt.

Weiterhin ist der Nachweis von Zoonosen, also von Tier zu Mensch und von Mensch zu Tier übertragbare Infektionskrankheiten, ein Schwerpunkt in der Labordiagnostik. Aufgrund des Klimawandels wandern Tiere in Baden-Württemberg ein, die bislang nur südlich der Alpen gesehen wurden. Sie bringen ein bisher in Baden-Württemberg nicht vermutetes Infektionsrisiko mit sich. Aktuelle Beispiele sind der Nachweis der Hyalomma-Zecke in Deutschland, die als Überträger des Zeckenrückfallfiebers gilt, sowie die Ansiedlung der Tigermücke *Aedes albopictus* in Freiburg. In Endemiegebieten werden Arbovirusinfektionen wie Dengue und Chikungunya von der Tigermücke übertragen.

Der Sommer 2018 brachte mit der lang anhaltenden Hitzeperiode auch gesundheitliche Belastungen mit sich. Um diesen soweit wie möglich vorzubeugen und deren Auswirkungen zu mildern, beteiligt sich das LGA an der Entwicklung von Maßnahmenplänen. Wer Abkühlung in den Freibädern oder an offiziellen EU-Badestellen suchte, konnte diesem Vergnü-

gen dank der permanenten Überwachung der Wasserqualität durch den ÖGD ohne Bedenken nachgehen. Dass Freizeitvergnügen und Infektionsschutz sich manchmal widersprechen, verdeutlicht das Projekt „Neckarwelle“ der Landeshauptstadt Stuttgart. Aufgrund der Wasserqualität des Neckars rät das LGA in einer Stellungnahme an die Stadt von einer Nutzung als Bade- beziehungsweise Freizeitgewässer ab.



Dr. Karlin Stark
Abteilungspräsidentin

Der Klimawandel hat Einfluss auf einige Arbeitsplätze und beschäftigt somit auch die Arbeitsmedizin: Eine steigende Anzahl von Sonnenstunden erfordert eine Neubewertung von Schutzmaßnahmen für im Freien arbeitende Beschäftigte. Auch die Arbeitsverdichtung, der rasante technische Fortschritt und der Wandel in der Arbeitswelt haben zunehmend Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Hier müssen Strategien entwickelt werden, um die körperliche und geistige Gesundheit der Berufstätigen zu erhalten.

Die Prävention ist ein wichtiger Baustein für die Erhaltung der Gesundheit – umso erfreulicher ist es, dass das Referat „Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung“ zumindest befristet eine personelle Verstärkung verzeichnen kann. Die Unterstützung der kommunalen Gesundheitskonferenzen kann somit intensiviert werden, ebenso wie die Suchtprävention, die neben Genuss- und Rauschmitteln zunehmend Aufklärung über die Gefahren übertriebenen Internetkonsums in den Mittelpunkt rückt.

Besonders im Fokus stand das Referat „Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen“, das sich der Bearbeitung einer Fülle von Anerkennungsanträgen ausländischer Bildungsabschlüsse gegenüber sah. Vor dem Hintergrund eines Ärztemangels – nicht mehr nur in ländlichen Regionen – und eines Mangels an Pflegepersonal, lastet auf dieser Organisationseinheit stetig öffentlicher Druck. Durch Personalaufstockung konnten die Rückstände in der Antragsbearbeitung beim LGA deutlich reduziert werden.

Erfreulicherweise erfolgte 2018 die erneute Anerkennung des LGA als WHO-Kooperationszentrum für Wohnen und Gesundheit (WHO CC Housing + Health) um weitere vier Jahre.

Die Mitwirkung von Mitarbeitern des LGA in zahlreichen Gremien und Fachausschüssen auf Landes-

Bundes- und internationaler Ebene ist, trotz der damit verbundenen Aufwendungen, unerlässlich. Nur so kann der hohe fachliche Standard bei begrenzten personellen Ressourcen gehalten werden. Wir haben den Anspruch neue Entwicklungen und Trends der Gesundheitswissenschaften früh zu erkennen und eigene Akzente zu setzen.

Wenn das umfangreiche und vielseitige Aufgabenfeld des LGA dargestellt wird, erstaunt es immer wieder, auf wie wenigen Schultern dies alles ruht. Es ist uns ein besonderes Anliegen, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für den Einsatz zu danken. Aus-

schließlich Ihrem großen und ausdauernden Engagement ist die Erledigung der Fülle an Aufgaben sowie des eiligen Tagesgeschäftes zu verdanken. Unseren Kunden und Kooperationspartnern danken wir ebenfalls für das uns entgegengebrachte Vertrauen und freuen uns weiterhin auf eine gute Zusammenarbeit.



Wolfgang Reimer
Regierungspräsident



Dr. Karlin Stark
Abteilungspräsidentin

Bundeslandübergreifender Masernausbruch nach Thailandaufenthalt eines Jugendlichen

Dorothee Lohr, Ref. 92

Für das Jahr 2018 wurden in Baden-Württemberg 101 Masernfälle übermittelt, darunter 40 Fälle ausgelöst durch einen ungeimpften jugendlichen Urlauber aus Thailand.

Die WHO-Euro-Region mit ihren 53 Mitgliedsstaaten hat sich die Eliminierung von Masern bis 2020 als Ziel gesetzt. Ein Kriterium dabei ist, dass Infektionsketten, ausgelöst durch importierte Masernviren, schnell durch eine ausreichende Immunität in der Bevölkerung unterbrochen werden können. Für 2016 konnte die Nationale Verifizierungskommission eine Unterbrechung für alle nachgewiesenen Infektionsketten verschiedener zirkulierender genetischer Varianten des Masernvirus in Deutschland bestätigen. Für 2017 hingegen wurden zehn der 53 Mitgliedsstaaten als endemisch für Masern eingestuft. Darunter war auch Deutschland, da ein bestimmter Maserngenotyp länger als zwölf Monate zirkulierte.

Für das Jahr 2018 liegen dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 101 Masernfälle vor, darunter 69 Fälle in zwölf Ausbrüchen. Elf Ausbrüche umfassten 2-5 Fälle und konnten mit einer maximalen Dauer von drei Wochen beendet werden. Der längste und größte Ausbruch hielt 14 Wochen an und betraf 40 Personen in Baden-Württemberg.

Wesentliche Masernverbreitung über ungeimpfte Kontaktpersonen in Arztpraxen

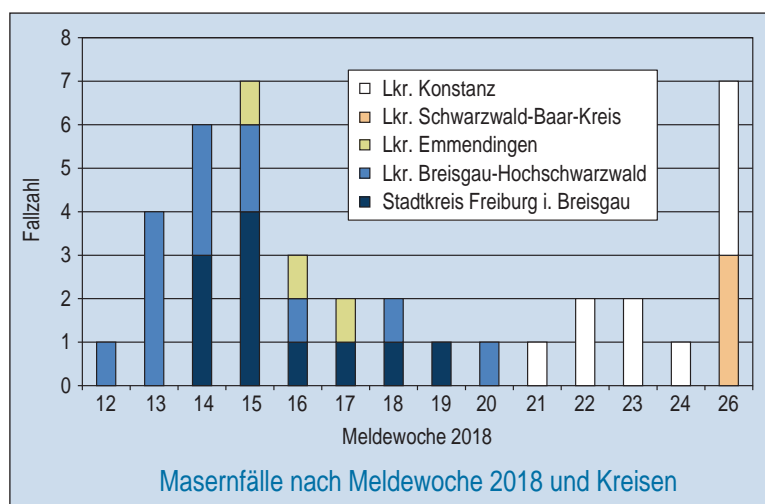
Primärfall des größten Masernausbruchs war ein ungeimpfter Jugendlicher, der sich mit seiner Familie vier Wochen in Thailand aufhielt. Er erkrankte elf Tage nach Rückkehr an maserntypischen Symptomen und begab sich zwei Tage später in ärztliche Behandlung. Dort wurde die klinische Masern diagnose gestellt, die im Anschluss labordiagnostisch bestätigt wurde.

Das zuständige Gesundheitsamt leitete unverzüglich umfangreiche Maßnahmen ein wie Ermittlung von Kontaktpersonen und deren Immunstatus sowie Ausschluss von Nicht-immunen aus Gemeinschaftseinrichtungen. Da Masern bereits vor Symptombeginn infektiös sind, war eine Übertragung auf ungeimpfte Kontaktpersonen jedoch bereits erfolgt. So erkrankten die vier Geschwister des Jugendlichen und acht ungeimpfte Patienten, die sich am gleichen Tag in der Arztpraxis aufgehalten hatten, darunter auch eine Patientin aus einem benachbarten Landkreis. Von diesen acht Sekundärfällen mit

Exposition in der Arztpraxis infizierten drei Personen insgesamt fünf Familienangehörige und zwei weitere Personen steckten Besucher aus Rheinland-Pfalz und Berlin an. Ein weiterer Sekundärfall steckte bei einem Arztbesuch in derselben Arztpraxis zwei Mitpatienten an sowie beim Einkauf eine ungeimpfte Person. Letztere übertrug das Masernvirus beim Aufsuchen einer Hautklinik, sodass infolgedessen eine Großfamilie mit insgesamt 13 Personen aus zwei weiteren Landkreisen in Baden-Württemberg an Masern erkrankte. Durch Übertragung des Masernvirus resultierten zwölf Sekundärfälle, neun Tertiärfälle, fünf Quartärfälle und 13 weitere Folgefälle. Bei 7 der 40 Fälle handelt es sich um Säuglinge und in 10 Fällen um Erwachsene im Alter bis zu 40 Jahren. Alle Fälle aus Baden-Württemberg wurden labordiagnostisch bestätigt und 36 davon typisiert. Hierbei konnte in allen Fällen der der Genotyp D8 WHO-Nummer 4683 nachgewiesen werden.

Standardmäßige Überprüfung des Immunstatus und Nachholen verpasster Impfungen

Die wesentliche räumliche Ausbreitung auf drei weitere Landkreise in Baden-Württemberg ergab sich aus Kontakten beim Besuch einer Arztpraxis und einer Klinik. Der beschriebene Ausbruch zeigt die Bedeutung der Schließung von Impflücken zur Unterbrechung von Infektionsketten. Ärzte sollten sensibilisiert werden, auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen den Impfschutz regelmäßig zu überprüfen und auf das Nachholen verpasster Impfungen hinzuwirken. Wegen der Masernzirkulation in vielen Ländern Europas und weltweit sollte insbesondere vor Auslandsreisen ein Masernschutz bestehen, um einen Import von Masern zu verhindern.



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 gesamten Bevölkerung. Mögliche gesundheitliche Risiken und Gefährdungen sollen frühzeitig erkannt, vermieden oder zumindest verringert werden.

Fachliche Leitstelle für den ÖGD

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) ist fachliche Leitstelle des ÖGD in Baden-Württemberg. Es unterstützt vorrangig das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, andere Landesbehörden und die Gesundheitsämter. Das Aufgabenspektrum ist im Anhang 2 ausführlicher beschrieben. Neben der Wahrnehmung der laufenden Aufgaben ermöglichen abgestimmte Projekte 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. Seit 2018 wird die Fachöffentlichkeit mit dem nutzerorientierten Format InfektNews noch detaillierter informiert. Parallel dazu werden die Meldungen an das Robert Koch-Institut in Berlin als bundesweite Erfassungsstelle weitergeleitet.
- bei den Dienstbesprechungen und Fachveranstaltungen für den ÖGD über fachliche Weiterentwicklungen zu Neuerungen bei rechtlichen Rahmenbe-

dingungen und Umsetzungserfordernissen sowie über gesundheitspolitische Ziele und Strategien in Baden-Württemberg.

Der ÖGD

- ist für den Infektions- und umweltbezogenen Gesundheitsschutz zuständig sowie in der Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg aktiv tätig und
- beobachtet und bewertet die Effekte der Lebens- und Umweltbedingungen auf die Gesundheit,
- nimmt eine besondere Verantwortung für Menschen mit Behinderung, 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,
- die Regierungspräsidien einschließlich des LGA und
- die 38 Gesundheitsämter in den Stadt- und Landkreisen.

Qualitätssicherung im ÖGD

Die Fortbildungen, Dienstbesprechungen, Workshops und Qualitätszirkel (zu den einzelnen Fachbereichen) 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.

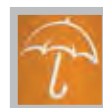
Einblicke in die Arbeit des LGA

Die Berichte auf den folgenden Seiten sind drei Schlagworten zugeordnet:



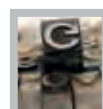
Analyse

beobachten, untersuchen, beurteilen



Prävention/Gesundheitsförderung

vorsorgen, fördern, schützen



Qualitätssicherung

beraten, fortbilden, weiterentwickeln

Tropische Hyalomma-Zecken auf dem Vormarsch in Deutschland

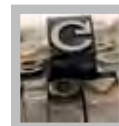
Rainer Oehme, Ref. 93

Tropische Zecken der Gattung Hyalomma wurden im Jahr 2018 vermehrt in Deutschland gefunden. Vor 2018 gab es nur einen Nachweis im Jahr 2015 und einen zweiten im Jahr 2016.

Hyalomma-Zecken haben ein weites Verbreitungsgebiet. Dieses reicht von Südeuropa und Nordafrika bis zur Ukraine, Südrussland und den Mittleren Osten. In Mittel- und Nordeuropa kamen sie bisher nicht vor. Mit ihren gestreiften Beinen sind sie sehr auffällig. Sie sind auch deutlich größer als der Holzbock *Ixodes ricinus*. *Hyalomma* ist eine zweiwirtige Zecke. Larven und Nymphen bevorzugen Kleinsäuger und Vögel als Wirt. Sie bleiben bis zu 28 Tage auf einem Wirt und können so mit Zugvögeln nach Deutschland eingeschleppt werden. Hier benötigen sie dann eine lange, warme und trockene Periode um sich zum erwachsenen Tier weiter zu entwickeln. Die erwachsenen Zecken saugen Blut vor allem an großen Tieren, aber auch dem Menschen. Die Tiere bewegen sich aktiv auf ihren Wirt zu und legen dabei Strecken von bis zu 100 Metern zurück. Das Pathogenspektrum ist ein völlig anderes. *Hyalomma*-Zecken gelten als wichtige Überträger des Krim-Kongo-Hämorrhagischen Fie-

bers (CCHF-Virus, Bunyaviridae) und des Arabisch-Hämorrhagischen Fiebers (Alkhumra-Virus, Flaviviridae). Außerdem können sie Rickettsien übertragen. Bekannt ist *Rickettsia aeschlimanii*. Diese können eine Form des Zecken-Fleckfiebers beim Menschen hervorrufen. Auch veterinärmedizinisch haben *Hyalomma*-Zecken eine Bedeutung. Sie können *Babesia caballi* und *Theileria annulata* übertragen.

Bis 2018 gab es zwei Nachweise von *Hyalomma*-Zecken. Im Dezember 2015 wurde an einem Pferd aus Ober-Olm, nahe Mainz, ein *Hyalomma rufipes*-Männchen und im Juli 2016 ein *Hyalomma marginatum*-Weibchen an einem Menschen gefunden. Im vergangenen Jahr gab es 18 Beschreibungen und Nachweise (siehe Tabelle). Die Zecken wurden auf CCHF-Viren und Rickettsien untersucht. In keiner der Zecken konnte das CCHF-Virus nachgewiesen werden. Allerdings trugen acht *Hyalomma*-Zecken *Rickettsia aeschlimanii*. Ob für diese Zecken die klimatischen Bedingungen für eine Etablierung in Deutschland ausreichen, oder ob sie sich evtl. bereits etabliert haben, muss noch geklärt werden.



Analyse

Hyalomma-Fundorte in Deutschland 2018

Datum	Ort	Art	Geschlecht	Wirt
26. Juni	Wächtersbach, Hessen	<i>H. marginatum</i>	Weibchen	Schaf
30. Juli	Wardenburg, Niedersachsen	<i>H. marginatum</i>	Männchen	Pferd
30. Juli	Hannover, Niedersachsen	<i>H. rufipes</i>	Weibchen	Pferd
05. August	Wächtersbach, Hessen	<i>H. marginatum</i>	Männchen	Pferd
18. August	Saulheim, Rheinland-Pfalz	<i>H. rufipes</i>	Weibchen	Pferdeweide
20. August	Hannover, Niedersachsen	<i>H. rufipes</i>	Weibchen	Pferd
20. August	Lützelhausen, Hessen	<i>H. rufipes</i>	Männchen	Pferd
21. August	Koblenz, Rheinland-Pfalz	<i>H. marginatum</i>	Weibchen	Pferd
22. August	Neuenhaus, Niedersachsen	<i>H. marginatum</i>	Weibchen	Pferd
23. August	Hohenaspe, Schleswig-Holstein	<i>H. marginatum</i>	Männchen	Pferd
24. August	Hannover, Hessen	<i>H. marginatum</i>	Männchen	Auto
04. September	Fechenheimer Aue, Hessen	<i>H. marginatum</i>	Weibchen	Haus
10. September	Borgdorf-Seedorf, Schleswig-Holstein	<i>H. rufipes</i>	Männchen	Pferd
11. September	Winsen/Aller, Niedersachsen	<i>H. rufipes</i>	Weibchen	unbekannt
13. September	Heiligenberg, Baden-Württemberg	<i>H. marginatum</i>	Männchen	Pferd
13. Oktober	Neuenkirchen, Niedersachsen	<i>H. rufipes</i>	Männchen	Pferd
13. Oktober	Mörsdorf, Rheinland-Pfalz	<i>H. rufipes</i>	Männchen	Pferd
20. Oktober	Wessel, Nordrhein-Westfalen	<i>H. marginatum</i>	Weibchen	Pferd

Labornachweis von Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae

Elke Göhring-Zwacka, Larissa Dangel, Silke Fischer, Ref. 93; Johanna Körber, Ref. 94

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) unterstützt die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg und trägt zur Bekämpfung weit verbreiteter sexuell übertragbarer Infektionen (STI) bei.

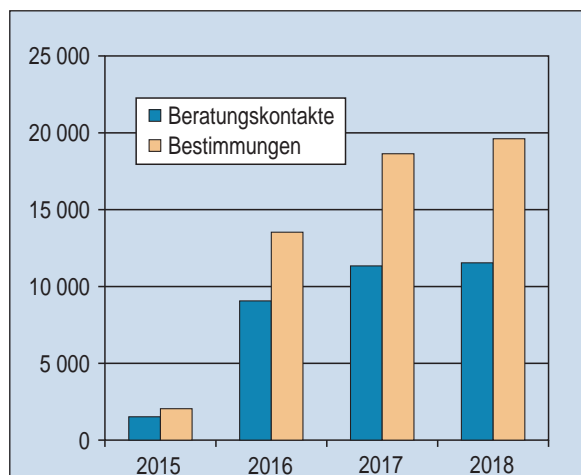
In nahezu allen Beratungsstellen für HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg werden sowohl eine anonyme Beratung als auch kostenlose Tests auf STIs angeboten. Dies geschieht gemäß § 19 IfSG i. V. m. § 7 (2) 3 ÖGDG. Die Labordiagnostik hierzu erfolgt im LGA. Seit Oktober 2015 wird auch die Diagnostik auf Infektionen durch Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae (Tripper) angeboten. Beide Infektionen verlaufen häufig ohne Symptome, können jedoch unbehandelt schwerwiegende

Folgen wie Unfruchtbarkeit nach sich ziehen. Des Weiteren erhöhen sie das Risiko einer HIV-Übertragung. Beide Infektionen sind mit Antibiotika therapierbar. Die Kosten für die Diagnostik von Chlamydia trachomatis (CT) und Neisseria gonorrhoeae (NG) werden nur dann von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen, wenn Patienten mit Beschwerden die niedergelassene Ärzteschaft aufsuchen. Eine rein präventive Diagnostik aufgrund von sexuellen Risikosituationen wird von der GKV nicht übernommen. Eine Ausnahme stellen die Untersuchungen auf Chlamydien im Urin in niedergelassenen gynäkologischen Praxen bei Frauen unter 25 Jahren dar (Chlamydien-Screening). Tests auf Chlamydien aus vaginalen, pharyngealen und analen Abstrichen gehören auch für Frauen unter 25 Jahren nicht zu den Leistungen der GKV. Dies bedeutet, dass Infektionsketten, die von diesen Körperregionen ausgehen, durch das Screening-Angebot der GKV auch bei Frauen unter 25 Jahren nicht erkannt und nicht unterbrochen werden. Außerdem ist die Beschränkung des Chlamydien-Screenings auf Frauen nicht nachvollziehbar, da Männer in gleicher Weise betroffen sind.

In den stark drei Jahren seit Beginn der Untersuchung analysierte das LGA insgesamt 53 827 Proben aus 33 460 Beratungskontakten. Der Jahresvergleich des Probenaufkommens ist der ersten Abbildung zu entnehmen.

Ergebnisse für das Jahr 2018 (Datenstand: 20.12.2018)

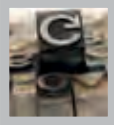
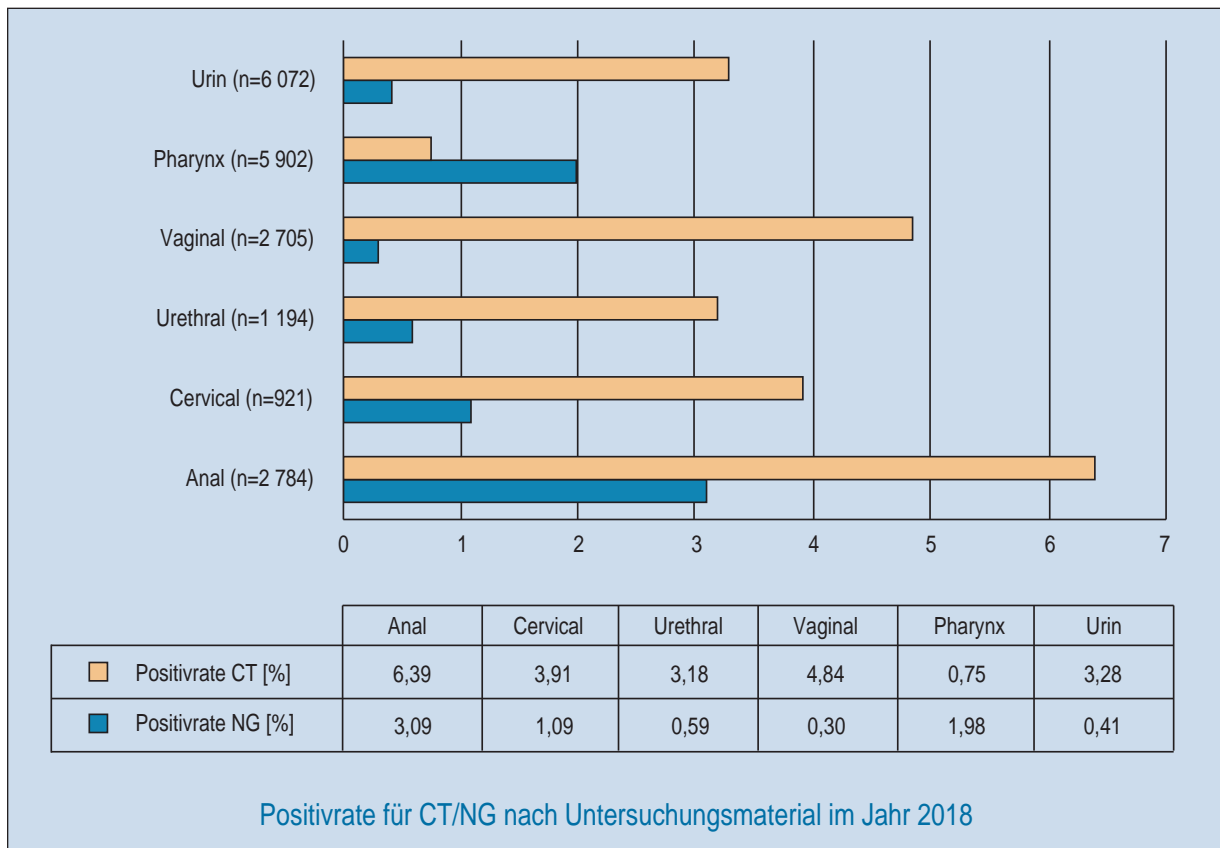
Im Jahr 2018 wurden 19 615 Proben von 11 541 Personen bzw. Beratungskontakten im LGA untersucht. Es wurden 569 Chlamydien-Infektionen (4,9% der Beratungskontakte) und 215 Neisseria gonor-



Anzahl der Beratungskontakte und der untersuchten Proben auf CT/NG im Jahresvergleich

Beratungskontakte mit positivem Nachweis von CT/NG nach Geschlecht im Jahr 2018

	Beratungskontakte		CT-Nachweis		NG-Nachweis	
	Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
weiblich	4 328	37,5	205	4,7	34	0,8
männlich	6 890	59,7	337	4,9	173	2,5
divers/unbekannt	323	2,8	27	8,4	8	2,5
Gesamt	11 541	100				



rhoeae-Infektionen (1,9 % der Beratungskontakte) nachgewiesen. Dies ist vergleichbar mit der Positivrate der Vorjahre.

Rund 60 % der Personen, die eine Beratung in den HIV-/STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter in Anspruch nahmen und sich auf CT und NG testen ließen, waren männlich. Eine CT-Infektion konnte bei beiden Geschlechtern annähernd gleich häufig festgestellt werden, während eine NG-Infektion bei Männern dreimal häufiger nachgewiesen wurde als bei Frauen (siehe Tabelle).

Als Untersuchungsmaterial können Erststrahlurin und Abstriche verschiedener Entnahmeorte eingesetzt werden. Pro Klient (m/w/d) werden mehrere Materialien je nach Sexualpraktiken untersucht. Dies ist von großer Bedeutung, da z. B. ein negativer Urin eine bestehende anale Infektion nicht ausschließt. Je nach Entnahmeort zeigen sich deutliche Unterschiede in der Nachweisrate. So schwankt die Positivrate für CT-Infektionen zwischen 0,75 % aus Pharyngealabstrichen und 6,4 % aus Analabstrichen. Die Positivrate für NG-Infektionen schwankt zwischen 0,3 % aus Vaginalabstrichen und 3,1 % aus Analabstrichen. Mit Ausnahme der Pharyngealabstriche liegt die Positiv-

rate der CT-Infektionen in allen Untersuchungsmaterialien höher als die Positivrate der NG-Infektionen. Die verwendete PCR ist spezifisch für NG, sodass es hier nicht zum Nachweis von anderen Neisserienarten, die auch Bestandteil einer normalen Rachenflora sein können, kommen kann. In der Regel haben die NG-Infektionen im Rachen keinen Krankheitswert, da sie jedoch bei entsprechender Sexualpraktik zur Weiterverbreitung beitragen, ist eine Behandlung derselben ebenfalls sinnvoll.

Zusammenfassung

Das Angebot der anonymen Testung auf CT und NG wird sehr gut angenommen. 5 % der Beratungskontakte wurden positiv auf CT und 2 % positiv auf NG getestet. Somit konnte eine große Anzahl von Infektionen nachgewiesen und behandelt werden. Da diese Infektionen häufig ohne Symptome verlaufen, kommt es ohne die Testung zur unwissentlichen Weiterverbreitung. In der Prävention ist neben der Beratung und der Risikoanalyse die Labordiagnostik – insbesondere bei asymptomatisch verlaufenden Infektionen – eine wichtige Maßnahme, um einer weiteren Ausbreitung der Infektionen entgegen zu wirken.

Ergebnisse der Blutkontrolluntersuchung im Landkreis Rastatt

Iris Zöllner, Gabriele Horras-Hun, Rainer Brosch, Katharina Cibis, Stefan Kluge, Ref. 92; Guido Fischer, Ref. 96; Thomas Göen, Universität Erlangen-Nürnberg; Hans-Jürgen Bortel, Jan Ulrich Krahl, Ute Friess, Angella Reka Schuster, Rainer Söhlmann, LRA Rastatt; Karlin Stark, LGA-Abteilungspräsidentin

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) hat im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg (SM) in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Rastatt im Jahr 2018 eine erste Blutkontrolluntersuchung im Landkreis Rastatt durchgeführt und ausgewertet. Ziel der Untersuchung war es, die internen PFC-Konzentrationen in drei Gruppen mit unterschiedlichen PFC-Expositionen zu untersuchen und zu beschreiben.

Das LGA hatte 2017 im Auftrag des SM eine Blutkontrolluntersuchung im Landkreis Rastatt konzipiert und dazu einen Studienplan vorgelegt. Ziel der Untersuchung im Jahr 2018 war es, PFC-Konzentrationen im Blutplasma von drei Gruppen zu beschreiben:

- A) von Personen aus Orten, die vor 2014 einer Exposition über Trinkwasser ausgesetzt waren,
- B) von Personen aus Orten mit Exposition über Belastungen im Boden und Grundwasser, ohne Exposition über Trinkwasser aus der öffentlichen Wasserversorgung und
- C) von Personen aus Orten ohne PFC-Belastung im Landkreis Rastatt (Kontrollgruppe).

Die Auswahl der untersuchten Personen erfolgte nach einem Zufallsprinzip aus dem Einwohnermelderegister unter der Voraussetzung, dass sie mindestens zehn Jahre in den ausgewählten Untersuchungsorten wohnhaft und zwischen 30 und 60 Jahre alt waren. Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgte selbstverständlich freiwillig. Die Abnahme und erste Aufbereitung der Blutproben wurde vom Gesundheitsamt Rastatt mit Unterstützung des LGA durchgeführt. Die Laboranalysen der Proben erfolgten dann am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Erlangen.

Ergebnisse zu PFOA

Im Rahmen der ersten Blutkontrolluntersuchung im Jahr 2018 wurden bei den untersuchten Personen aus Orten mit einer früheren PFC-Belastung über das Trinkwasser höhere Konzentrationen von Perfluorooctansäure (PFOA) im Blutserum festgestellt (Median in Gruppe A: 15,6 µg/l) als bei den untersuchten Personen aus den anderen beiden Gruppen B und C. In der Gruppe B lag der Median bei 2,3 µg/l, während der Median in der Gruppe C mit 1,7 µg/l um 0,6 µg/l darunter lag (vgl. erste Abbildung). Die PFOA-Konzentrationen im Blut von Personen mit Exposition über

das Trinkwasser waren damit im Median um 13,9 µg/l höher als bei Personen aus der Kontrollgruppe.

Personen aus der Gruppe B, d. h. aus Orten mit einer möglichen Exposition über Belastungen im Boden und Grundwasser, ohne Exposition über Trinkwasser aus der öffentlichen Wasserversorgung, hatten PFOA-Konzentrationen im Blut, die im Mittel um etwa 0,6 µg/l höher lagen als in der Kontrollgruppe C.

In der Gruppe A war auch ein Zusammenhang zwischen der Menge des häuslichen Trinkwasserkonsums und der Höhe der PFOA-Konzentration im Blut erkennbar (siehe zweite Abbildung). In den Gruppen B und C wurde ein solcher Zusammenhang nicht beobachtet (Daten nicht dargestellt.)

Die in den drei Untersuchungsgruppen beobachteten PFOA-Konzentrationen deuten insgesamt darauf hin, dass die höheren PFOA-Werte in der Gruppe A im Wesentlichen auf die Exposition über den Trinkwasserkonsum zurückzuführen sein dürften.

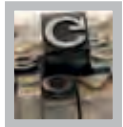
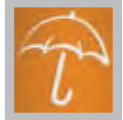
Ergebnisse zu PFOS

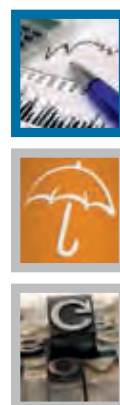
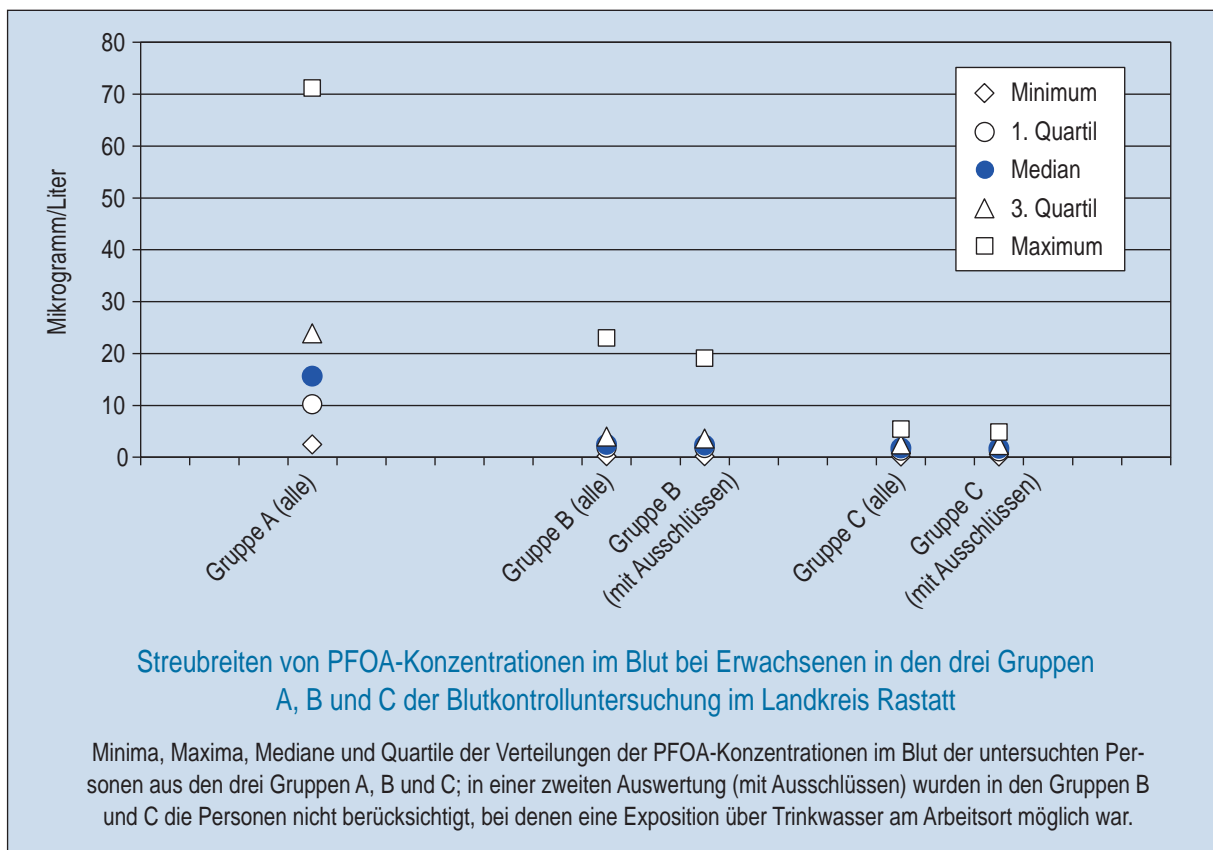
Die Konzentrationen von Perfluorooctansulfonsäure (PFOS) im Blutplasma unterschieden sich im Median zwischen den drei untersuchten Gruppen kaum: Gruppe A: 2,4 µg/l; Gruppe B: 2,7 (bzw. 2,8) µg/l; Gruppe C: 2,6 µg/l. Die höchsten Einzelwerte von PFOS-Konzentrationen wurden in der Gruppe C beobachtet, während die Streuung der PFOS-Werte in den Gruppe A und B etwas geringer ausfiel.

Ergebnisse zu weiteren Laborparametern

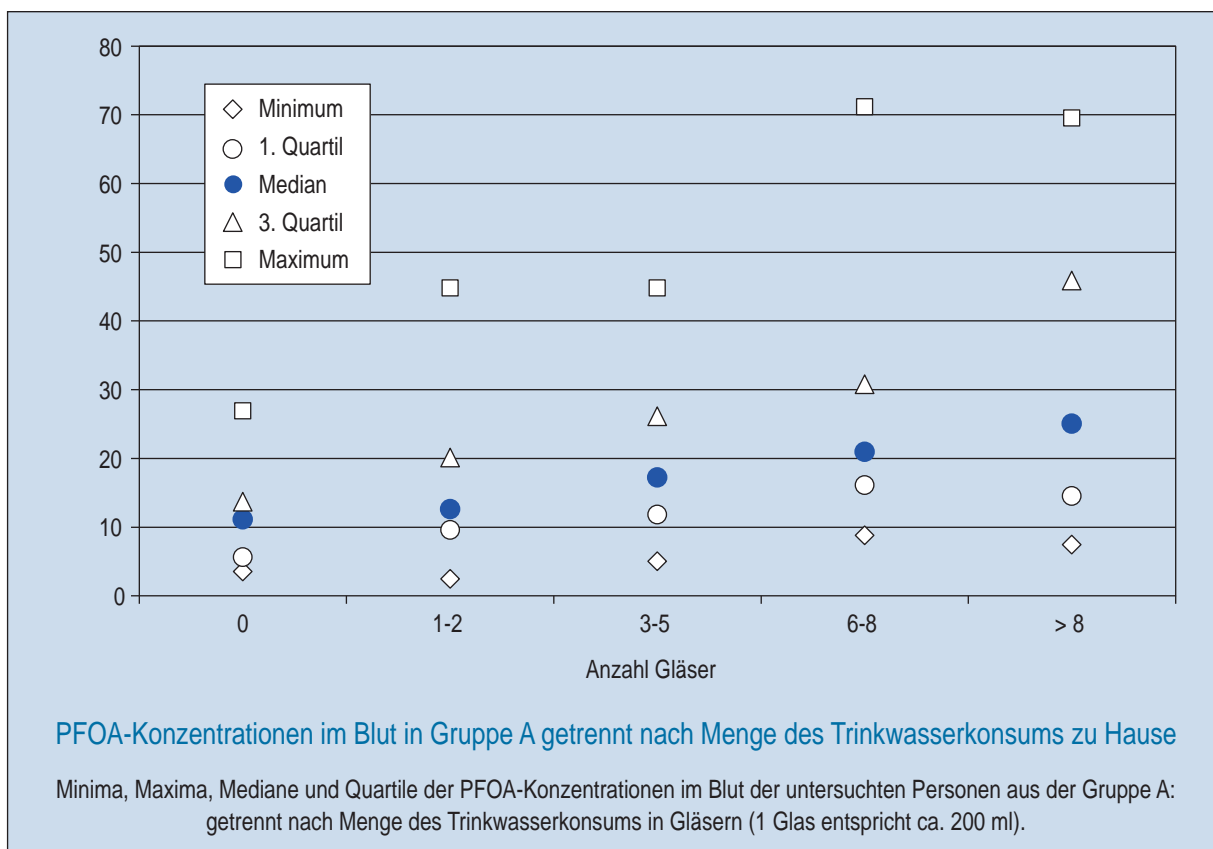
Bei den ebenfalls untersuchten Laborparametern Perfluorpentansäure (PFPeA), Perfluorhexansäure (PFHxA), Perfluorheptansäure (PFHpA), Perfluoronansäure (PFNA), Perfluordekansäure (PFDA), Perfluorundekansäure (PFUnA), Perfluordodekansäure (PFDoA), Perfluorbutansulfonsäure (PFBS), Perfluorhexansulfonsäure (PFHxS) und Perfluorheptansulfonsäure (PFHpS) waren die Verteilungen in den drei Gruppen sehr ähnlich, wobei viele der Messwerte in der Nähe der Bestimmungsgrenzen oder darunter lagen.

Die im Rahmen der Blutkontrolluntersuchung im Landkreis Rastatt gemessenen PFOA-Konzentrationen im Blutplasma lagen insgesamt in einem Bereich, der vergleichbar mit Untersuchungsergebnissen bei anderen PFC-Schadensfällen ist.





Analyse



Masernimpfquoten bei den Einschulungsuntersuchungen und in der KV-Impfsurveillance

Iris Kompauer, Ref. 92; Anna Leher, Ref. 94

Auswertungen der Masernimpfquoten aus den Einschulungsuntersuchungen und aus der KV-Impfsurveillance weisen auf eine, vor allem in einzelnen Landkreisen verspätet durchgeführte zweite Impfung hin. Impfkampagnen sollten daher neben einer möglichst hohen Durchimpfung der Bevölkerung das Ziel einer zeitgerechten Impfung haben.

Die Masern sind eine hoch ansteckende Infektionskrankheit, die mit schwerwiegenden Komplikationen verlaufen kann. Das erklärte Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die weltweite Elimination der Masern. Um dies zu erreichen, ist bei mindestens 95 % der Bevölkerung eine Durchimpfungsrate mit zwei Impfdosen erforderlich. Die erste Impfung sollte nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) im Alter von 11-14 Monaten, die zweite im Alter von 15-23 Monaten verabreicht werden. Die wichtigste Quelle zur Ermittlung der Impfquoten bei Kindern ist die Einschulungsuntersuchung (ESU), bei der seit 2001 auf Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in allen Bundesländern Daten zum Impfstatus der Vorschulkinder erhoben werden. In Baden-Württemberg wird die ESU bei Kindern im Alter von vier bis fünf Jahren durchgeführt, das durchschnittliche Alter liegt bei 59 Monaten. Die gewonnenen Daten ermöglichen eine jährliche Erfassung der Information zum Impfstatus von Vorschulkindern zu allen von der STIKO für Säuglinge und Kleinkinder empfohlenen Impfungen. Hierbei können Impfdaten zu ca. 90 % des untersuchten Altersjahrgangs gewonnen werden. Regionale Unterschiede und zeitliche Trends können somit gut abgebildet werden. Allerdings wird das Impfalter bei der ESU nicht erfasst, sodass Informationen zur zeitgerechten Impfung fehlen. Durch Daten aus der KV-Impfsurveillance, bei der die Altersangabe berücksichtigt ist, kann diese fehlende Information ergänzt werden. Hierbei werden von allen 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Deutschland anonymisierte Abrechnungsdaten niedergelassener Ärzte zu Impfleistungen bei gesetzlich Krankenversicherten an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt.

Bei der im Untersuchungsjahr 2015/16 durchgeführten ESU wurden Kinder untersucht, die zwischen dem 01.10.2010 und dem 30.09.2011 geboren wurden (Einschulungsjahrgang 2017). Diese wurden mit den Impfquoten der KV-Surveillance für die im Jahr 2011 geborenen Kinder verglichen. Hierbei wurden aus der KV-Surveillance ermittelte Impfquoten von Kindern im Alter von 24 und 60 Monaten herangezogen.

Vergleich der Ergebnisse aus der ESU und der KV-Impfsurveillance bei den fünfjährigen Kindern: In

Baden-Württemberg sind nach Ergebnissen der ESU 89,5 % der Kinder zweimal gegen Masern geimpft, nach Ergebnissen der KV-Impfsurveillance im Alter von 60 Monaten 92,4 % (erste Abbildung).

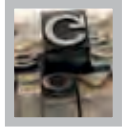
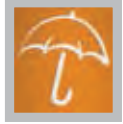
In den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg schwankte der Anteil der zweimal gegen Masern geimpften Kinder bei der ESU erheblich und lag zwischen 79,0 % im Enzkreis und 94,2 % im Stadtkreis Heilbronn und im Landkreis Lörrach. Auswertungen der KV-Impfsurveillance für Kinder im Alter von 60 Monaten ergeben einen Anteil von 88,1-96,6 % zweimal gegen Masern geimpfter Kinder in den einzelnen Kreisen.

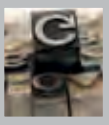
Ergebnisse aus der KV-Impfsurveillance bei den jüngeren Kindern

Im Alter von 24 Monaten waren nach den Ergebnissen der KV-Impfsurveillance 71,0 % der Kinder in Baden-Württemberg zweimal und damit vollständig geimpft. Dabei gibt es jedoch deutliche Unterschiede in den einzelnen Kreisen. Die Spannweite reicht von 49,7 % im Kreis Rottweil bis 80,1 % im Kreis Ludwigsburg. Der Anteil der Kinder, die die zweite Masernimpfung nach dem zweiten Lebensjahr erhielten, liegt nach den Daten der KV-Impfsurveillance in Baden-Württemberg bei 21,4 %, in den Kreisen zwischen 13,0 % (Ludwigsburg) und 45 % (Rottweil) (zweite Abbildung). In den Kreisen mit den niedrigsten Impfquoten im Alter von 24 Monaten wird bis zum Alter von 60 Monaten die zweite Impfung bei den meisten Kindern nachgeholt.

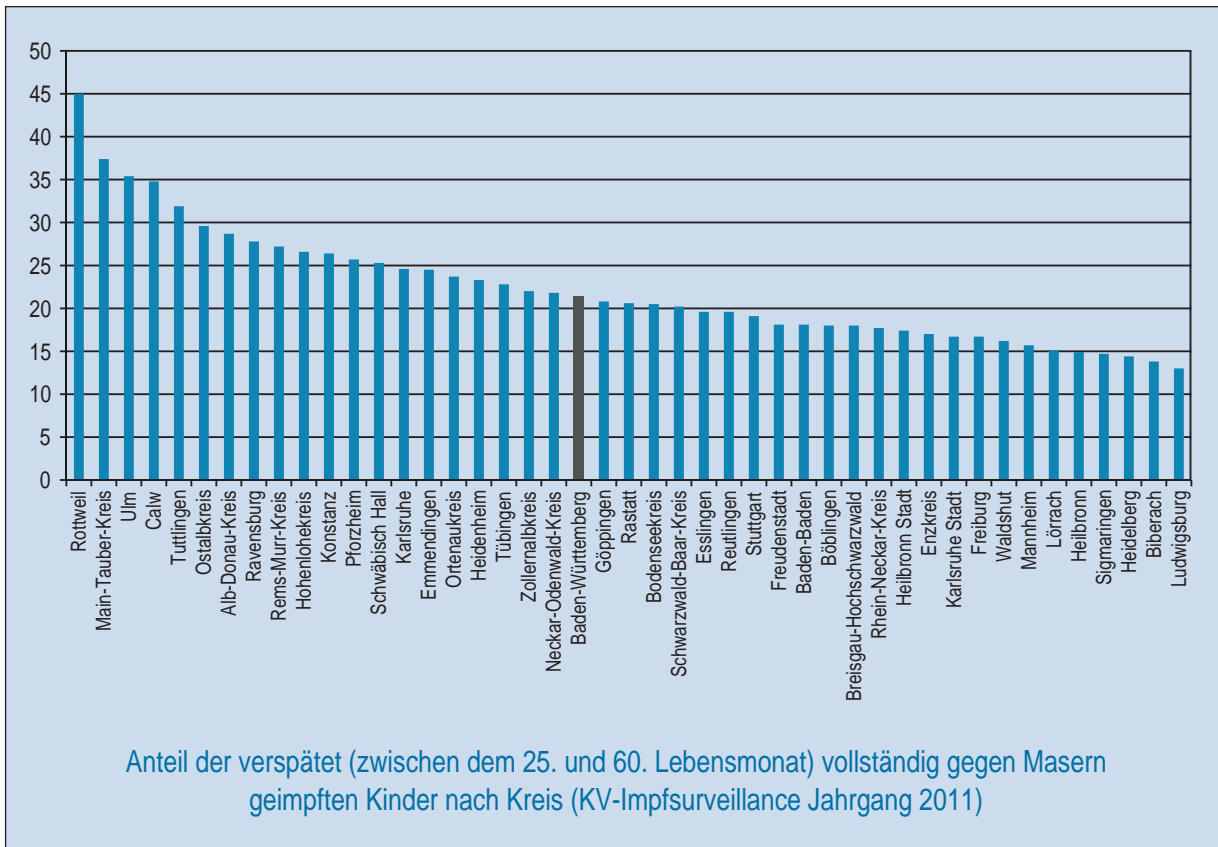
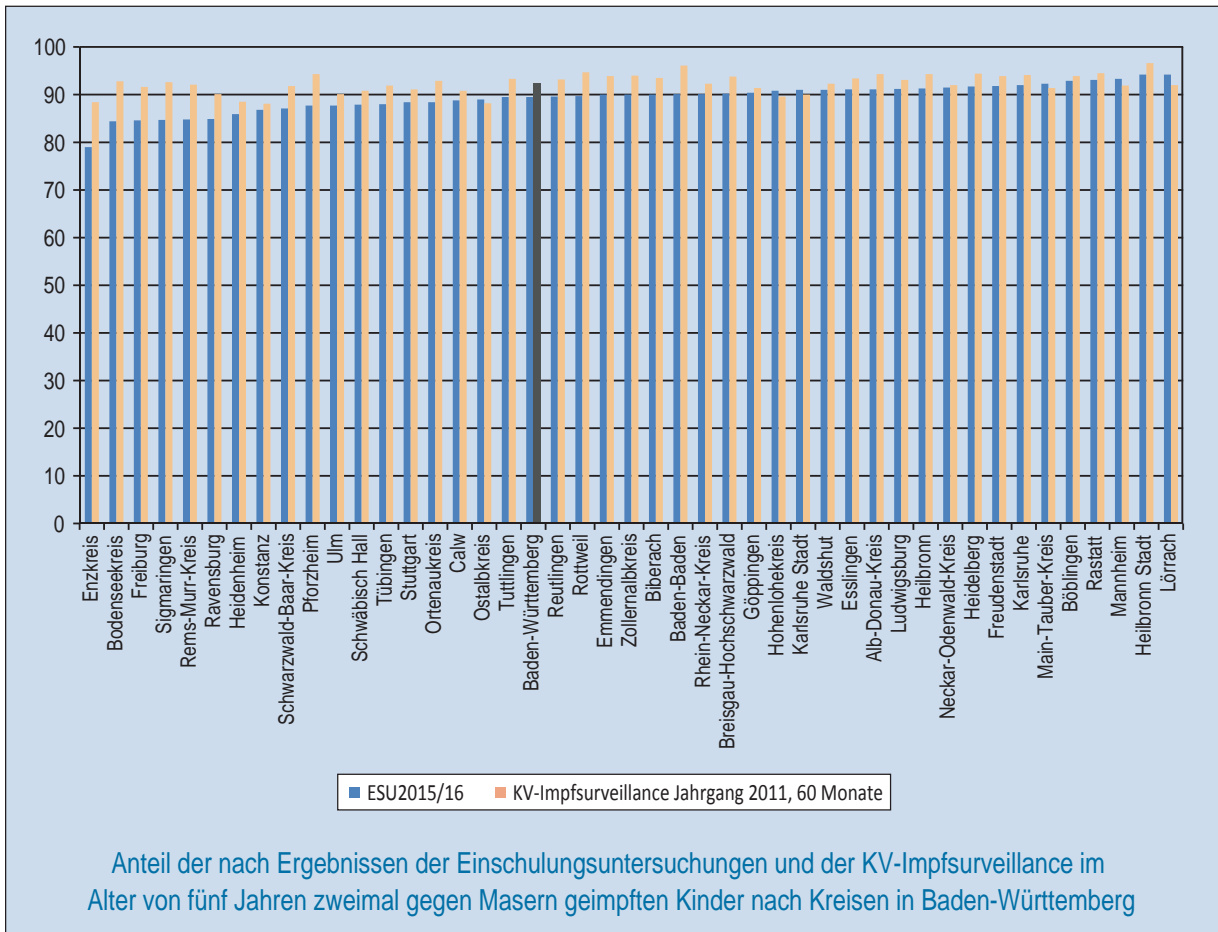
Fazit

Der um 2,9 % höhere Anteil der zweimal gegen Masern geimpften Kinder in der KV-Surveillance könnte auch darauf beruhen, dass hier keine Daten zu PKV-versicherten Kindern erfasst werden. Diese sind nach Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KIGGS etwas häufiger unvollständig geimpft (35,8 % gegenüber 31,4 %). Die Ergebnisse aus der KV-Surveillance schließen eine bedeutende Informationslücke über den Zeitraum vor der Einschulungsuntersuchung. Bei den Masern weisen sie auf eine bei mehr als 20 % der Kinder verspätet durchgeführte zweite Impfung hin. Die für die Masernelimination notwendige Durchimpfungsrate von 95 % wird weder nach Daten der ESU, noch nach Daten der KV-Impfsurveillance erreicht. Impfkampagnen sollten neben einer möglichst hohen Durchimpfung der Bevölkerung, insbesondere in den betroffenen Kreisen, auch das Ziel einer zeitgerechten Impfung haben.





Analyse



Infektionen bei Beschäftigten in infektionsgefährdeten Bereichen

Cornelie Einsele, Ref. 96

Zahlen und Daten zur Berufskrankheit Nummer 3101 in Baden-Württemberg ab dem Jahr 1997.

Die Berufskrankheit Nummer 3101 (BK 3101) ist definiert als „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“.

Bei der Feststellung von Berufskrankheiten (BK) haben die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen – in Baden-Württemberg (BW) ist dies der Staatliche Gewerbearzt (SGA) – ein Mitwirkungsrecht (§ 4 Berufskrankheiten-Verordnung). Der SGA erhält in diesem Zusammenhang von den zuständigen Unfallversicherungsträgern Unterlagen über die angezeigten BK und über die von diesen durchgeführten Ermittlungen. Die dabei erhobenen Daten werden ausgewertet.

Wie hat sich die BK 3101 in den vergangenen 20 Jahren in BW entwickelt? Gibt es Trends? Welche Infektionen mit und ohne Krankheitssymptome traten häufig auf?

Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten wie Borreliose oder Hantavirus-Infektion sind einer

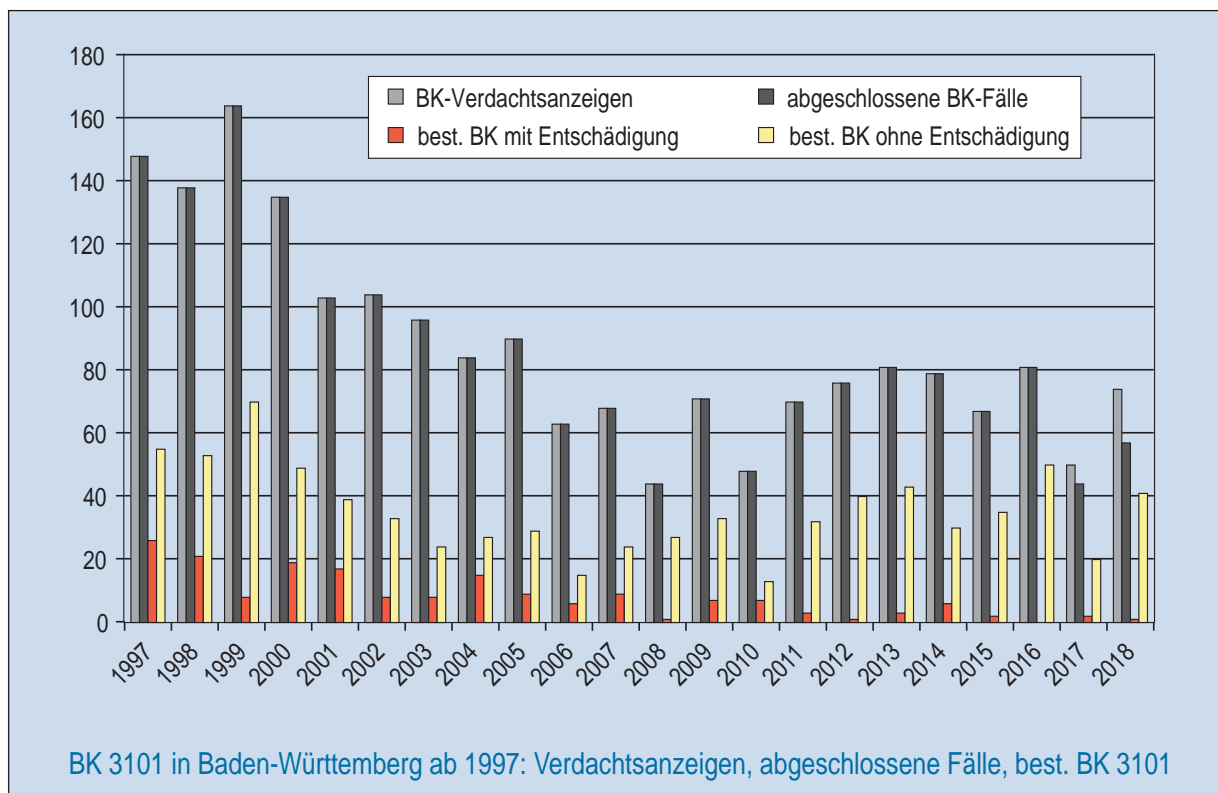
anderen BK (BK 3102) zuzuordnen und werden hier nicht untersucht.

Zahlen zu BK 3101 in Baden-Württemberg ab 1997 – häufige Infektionen ab 2007

Die Verdachtsanzeigen einer BK 3101 in BW gingen von 148 Fällen im Jahr 1997 auf 63 im Jahr 2006 auf ca. 43 % zurück. Seither schwanken die pro Jahr gemeldeten Anzeigen zwischen 44 und 81 (siehe erste Abbildung). Die Zahl bestätigter (best.) BK 3101 hat entsprechend abgenommen; sie beträgt, bezogen auf die angezeigten Fälle, über die Jahre ab 1997 hinweg ca. 50 %, schwere Erkrankungen mit Entschädigung sind selten geworden. Unter den best. BK 3101 finden sich überwiegend Beschäftigte, welche wie Krankenschwestern, Ärzte und MTA im Gesundheitsdienst tätig sind – auf sie entfallen ca. 79 %; auf Mitarbeiter in der Altenpflege entfallen ca. 5 %, aus sonstigen Bereichen ca. 16 %. Letztere sind beispielsweise tätig als Reinigungskräfte, Sozialarbeiter, Erzieher, Kanalarbeiter, Mitarbeiter mit Einsatz im Ausland.

Welche Infektionen mit und ohne Krankheitserrscheinungen fanden sich häufig unter den best. BK 3101? Eine Auswertung ab dem Jahr 2007 ergab in abnehmender Anzahl:

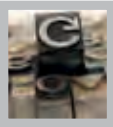
Analyse



BK 3101 in Baden-Württemberg ab 1997: Verdachtsanzeigen, abgeschlossene Fälle, best. BK 3101

- Tuberkulose (TB), verursacht meist durch *Mycobacterium tuberculosis*, weltweit verbreitet, befällt vorwiegend die Lungen. Übertragen wird TB durch Einatmen von erregerehaltigen Aerosolen, welche von Erkrankten mit offener TB vor allem beim Husten und Niesen ausgeschieden werden. Bei den hier erfassten Fällen handelt es sich mit ca. 87 % überwiegend nur um eine latente TB ohne aktuellen Krankheitswert, welche in 5-10 % in eine aktive TB übergehen kann.
- Hepatitis C, eine durch das Hepatitis-C-Virus verursachte Leberentzündung, bleibt nicht selten lange unbemerkt und verläuft unbehandelt oft chronisch. Übertragen wird sie durch Blut, Blutprodukte und sonstige Körperflüssigkeiten, welche das Virus enthalten, und über Verletzungen und Schleimhautkontakt in den Körper gelangen. Eine aktive Schutzimpfung gibt es nicht.
- Hepatitis B, eine durch das Hepatitis-B-Virus verursachte Leberentzündung, wird ähnlich wie Hepatitis C übertragen. Infolge aktiver Schutzimpfung ist Hepatitis B in den vergangenen Jahrzehnten stark zurückgegangen.
- Keratoconjunctivitis epidemica, eine hoch ansteckende Viruskrankheit der Binde- und Hornhaut des Auges, wird durch Schmier-, gelegentlich Tröpfcheninfektion sowie über verunreinigte Instrumente übertragen. Der Mensch ist das einzige Erregerservoir.

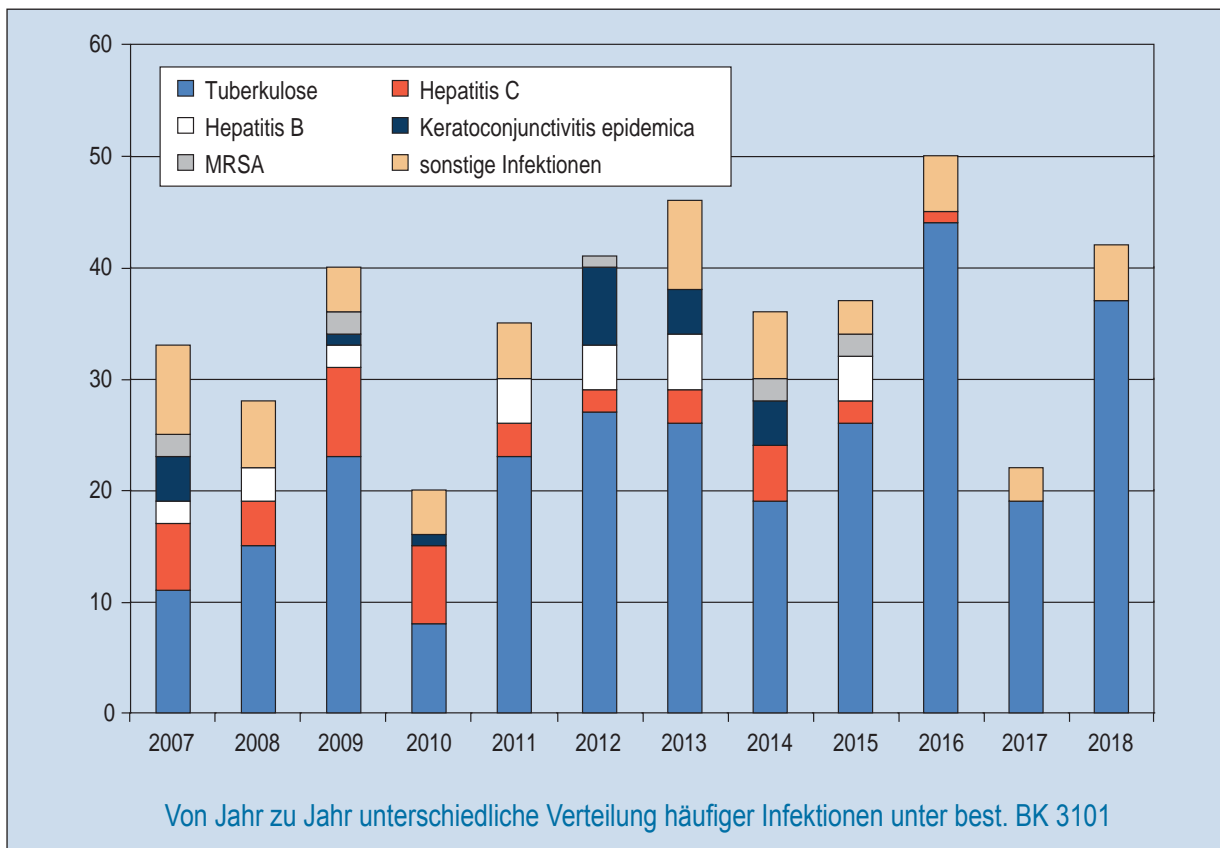
- Die MRSA-Infektion (MRSA: Abkürzung für Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*) ist wegen Antibiotikaresistenz vor allem im Krankenhaus problematisch, wird oftmals durch medizinisches Personal übertragen, kann u. a. Ursache sein für Furunkel, Abszesse, Pneumonien, Sepsis etc.
- Sonstige Infektionen mit fünf oder mehr Fällen: Legionellen-Pneumonie (7), Typhus abdominalis (7), Skabies (6), HIV (5).



Zusammenfassung

Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in ähnlich infektionsgefährdeten Bereichen sind infolge ihrer Arbeit mehr als die übrige Bevölkerung von Infektionen betroffen. Von 1997 bis 2006 gingen in BW die angezeigten und best. Fälle an BK 3101 auf mehr als die Hälfte zurück und schwanken seither von Jahr zu Jahr auf niedrigerem Niveau. Ab dem Jahr 2007 wurden die Infektionen im Einzelnen erfasst. Am weitesten häufigsten fand man TB, bei ca. 87 % handelte es sich jedoch nur um eine latente Form ohne Krankheitserscheinungen. In abnehmender Anzahl folgen: Hepatitis C, Hepatitis B, Keratoconjunctivitis epidemica und MRSA. Erfreulich ist, dass unter den best. BK 3101 schwere Verlaufsformen mit Erwerbsminderung selten geworden sind; notwendig ist es, wachsam zu bleiben.

Analyse



Laboruntersuchungen von gastroenteritischen Gruppenerkrankungen

Maja Adam, Ref. 93

Infektkettenaufklärung am Beispiel von zwei durch Salmonella Enteritidis hervorgerufenen Gruppenerkrankungen.

Zur Abklärung von Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung von Gruppenerkrankungen bzw. Krankheitsausbrüchen im Rahmen der aktiven Surveillance (Ermittlungen nach § 25 IfSG) werden im Labor des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) Proben von Erkrankten, Kontaktpersonen und/oder von Küchenmitarbeitern untersucht.

Insgesamt wurden im Jahr 2018 bei 176 Gruppenerkrankungen mit gastroenteritischen Symptomen bakteriologische und virologische Laboruntersuchungen durchgeführt. Die meisten dieser Gruppenerkrankungen wurden aus Altenheimen/Pflegeheimen gemeldet, gefolgt von Ausbrüchen in Kindergärten/Schulen. Beim ursächlichen Erreger handelte es sich hierbei vorwiegend um Noroviren. Am dritthäufigsten erreichten das LGA Proben, die im Zusammenhang mit Ausbrüchen nach Verzehr von Speisen in einem Gastronomiebetrieb (Restaurant, Imbiss o. Ä.) standen. Bei den meisten dieser potenziell lebensmittelbedingten Ausbrüchen wurden auch Lebensmittelproben erhoben (30 von 39). Während lediglich drei Ausbrüchen sicher ein Lebensmittel als Infektionsursache zugeordnet werden konnte (Erregernachweis im Lebensmittel), wurde bei 26 dieser Gruppenerkrankungen im LGA ein Erreger in den Humanproben identifiziert. In diesen Fällen waren die häufigste Infektionsursache Noroviren, gefolgt von Salmonellen.

Fallbeispiel: Lebensmittelbedingte Ausbrüche durch S. Enteritidis

2018 wurde bei vier potenziell lebensmittelbedingten Ausbrüchen im Gastronomie-Bereich Salmonella Enteritidis als Ursache identifiziert. Von besonderem Interesse waren zwei dieser Gruppenerkrankungen, die sich in unterschiedlichen (benachbarten) Landkreisen ereigneten.

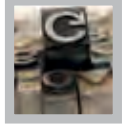
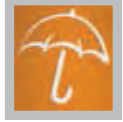
Bei dem ersten Ausbruch handelte es sich um eine Schulklasse, bei der nach einer Klassenfahrt mit Aufenthalt in einer Jugendherberge mehrere Schüler an gastroenteritischen Symptomen erkrankten. Bei den Jugendlichen konnte S. Enteritidis nachgewiesen werden, ebenso bei einer (symptomlosen) Küchenmitarbeiterin der Jugendherberge. Das Chemische und Veterinäruntersuchungsamt Stuttgart (CVUAS) konnte zudem in dem von den Kindern verzehrten Kartoffelsalat S. Enteritidis nachweisen.

Einige Tage nach dem o. g. Ausbruch erkrankten fünf Personen in einem benachbarten Landkreis nach Verzehr von Speisen aus einem Kebab-Imbiss an Durchfall, Fieber und Schüttelfrost. Bei den im LGA untersuchten Proben der Erkrankten sowie bei dem Inhaber der Gaststätte und bei einem Küchenmitarbeiter konnte S. Enteritidis nachgewiesen werden. Auch die im CVUAS untersuchte Kebabsoße war S. Enteritidis positiv.

Zur weiteren Typisierung wurden die S. Enteritidis-Isolate aus den humanen Proben an das Nationale Referenzzentrum für Salmonellen und andere Enteritiserreger am Robert Koch-Institut in Wernigerode (NRZ) und die Isolate aus den Lebensmittelproben an das Nationale Referenzlabor für Salmonellen am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) versandt. Mittels Ganzgenomsequenzierung (WGS) und anschließendem Abgleich der Isolate an den beiden Bundesinstituten konnte herausgefunden werden, dass die beiden Lebensmittel-Isolate, die Isolate der Erkrankten beider Ausbrüche sowie die des Imbiss-Küchenmitarbeiters und des -inhabers das gleiche Sequenzmuster aufwiesen. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die beiden Ausbrüche in einem epidemiologischen Zusammenhang stehen und dass der Kartoffelsalat bzw. die Kebabsoße die wahrscheinliche Infektionsursache für den jeweiligen Ausbruch darstellt. Die ausgesprochen enge genetische Verwandtschaft der Lebensmittel-Isolate lässt zudem eine gemeinsame primäre Infektionsquelle (wie beispielsweise dieselbe Zutat bei der Herstellung des Lebensmittels) vermuten, die allerdings nicht gefunden werden konnte. Überraschenderweise gab es bei dem S. Enteritidis-Stamm der Jugendherbergs-Mitarbeiterin (die sowohl den Kartoffelsalat hergestellt als auch Reste davon verzehrt hatte) deutliche Sequenzunterschiede. Daher ist dieser Stamm vom Ausbruchsgeschehen auszuschließen. Die Mitarbeiterin kann somit den Kartoffelsalat nicht kontaminiert haben und demnach auch nicht verantwortlich für die Erkrankung der Schüler sein.

Schlussfolgerung

Die Untersuchung von humanen Proben sowie von Lebensmittelproben und eine enge Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Lebensmittelüberwachung ist für die Aufklärung von Gruppenerkrankungen von großer Bedeutung.



Ergebnisse zur Motorik aus der Einschulungsuntersuchung

Christin Dilger, Anna Leher, Ref. 94

Daten aus den Einschulungsuntersuchungen geben Rückschlüsse auf die Zusammenhänge von Sozialstatus und motorischer Entwicklung der Kinder.

Die Körpermotorik ist ein wichtiges Element der kindlichen Entwicklung. Zur Körpermotorik zählen sogenannte große Bewegungsabläufe wie Laufen, Balancieren und Schaukeln. Motorische Entwicklungsverzögerungen können ein Hinweis darauf sein, dass das Kind sich nicht ausreichend bewegt.

Da bereits in jungen Jahren die Weichen für die gesundheitliche Entwicklung im späteren Leben gestellt werden, bilden Kinder eine wichtige Zielgruppe für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen. Insbesondere Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien weisen häufiger ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Einschränkungen auf als Gleichaltrige aus sozial besser gestellten Familien (siehe auch Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-Survey des Robert Koch-Instituts).

Für Baden-Württemberg lässt sich der Zusammenhang zwischen sozialem Status und körpermotorischer Entwicklung anhand der Daten aus den Einschulungsuntersuchungen (ESU) darstellen. Die ESU ist für alle Kinder im Land verpflichtend und findet in der Regel im vorletzten Kindergartenjahr statt. Sie dient dazu, gesundheitliche Einschränkungen und mögliche Entwicklungsverzögerungen des Kindes frühzeitig zu erkennen. Die Kinder sind zu diesem Zeitpunkt vier bis fünf Jahre alt.

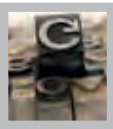
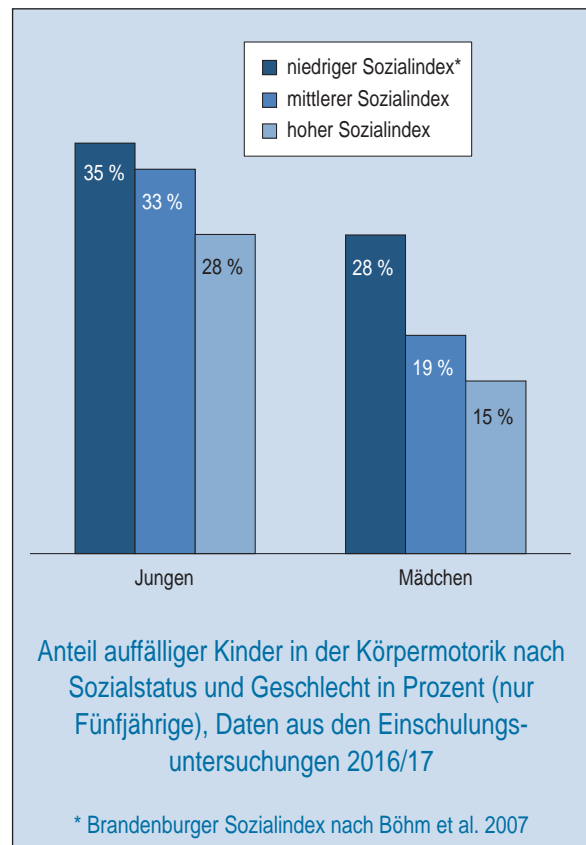
Bei der ESU wird u. a. die Körpermotorik geprüft: Es wird getestet, wie oft die Kinder auf einem Bein vorwärts hüpfen können. Anhand der Anzahl der Hüpfen wird die Körpermotorik der Kinder in „auffällig“ bzw. „unauffällig“ eingeteilt. Da innerhalb der Gruppe der vierjährigen Kinder entwicklungsbedingt große Unterschiede in der Körpermotorik zu beobachten sind, werden nur die Ergebnisse für die Fünfjährigen dargestellt.

Ergänzend zu den Untersuchungsergebnissen werden Angaben aus dem Fragebogen für Sorgeberechtigte erfasst. In diesem können Eltern Angaben zu ihrer Schulbildung und Erwerbstätigkeit machen. Aus diesen Angaben kann der Sozialstatus der Eltern gemäß dem Brandenburger Sozialindex berechnet und die Familien in drei Gruppen eingeteilt werden: Familien mit niedrigem, mittlerem bzw. hohem Sozialstatus (Böhm et al. 2007). Da die Angaben zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit freiwillig sind, kann der Sozialstatus nicht für alle Kinder berechnet werden: Von den etwa 93 000 Kindern, die im Unter-

suchungsjahr 2016/17 gesehen wurden, lagen von rund einem Drittel der Kinder die Angaben vor. Von diesen Kindern wurden 20 % einem niedrigen, 38 % einem mittleren und 42 % einem hohen Sozialstatus zugeordnet.

Landesweit waren im Untersuchungsjahr 2016/17 rund ein Viertel (27 %) der Fünfjährigen motorisch auffällig, dabei sind Jungen häufiger grobmotorisch auffällig als Mädchen (siehe Abbildung). Betrachtet man die Daten differenziert nach dem Sozialstatus der Eltern, so zeigt sich deutlich ein sozialer Gradient: Während 22 % der Kinder mit hohem Sozialstatus körpermotorisch auffällig waren, liegt dieser Anteil bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus bei 32 %.

Weitere Daten zum Thema „Kindergesundheit und soziale Lage“ wurden im dritten Gesellschaftsreport Baden-Württemberg mit dem Titel „Familienarmut – ein Risiko für die Gesundheit von Kindern“ von der Familienforschung Baden-Württemberg 2018 veröffentlicht (https://www.statistik-bw.de/FaFo/Familien_in_BW/R20183.pdf). Dieser Report war ein Anstoß für einen Förderaufruf des Landes für Projekte gegen Kinderarmut und für Kindergesundheit.



Kreisprofile zum Diabetes mellitus: Daten im Überblick

Nobila Ouédraogo, Ref. 92; Anna Leher, Michael Böhme, Ref. 94

Die Kreisprofile zum Diabetes mellitus im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg liefern einen spezifischen Überblick über die Problemlage und Handlungsbedarfe zu Diabetes mellitus in den Regionen.

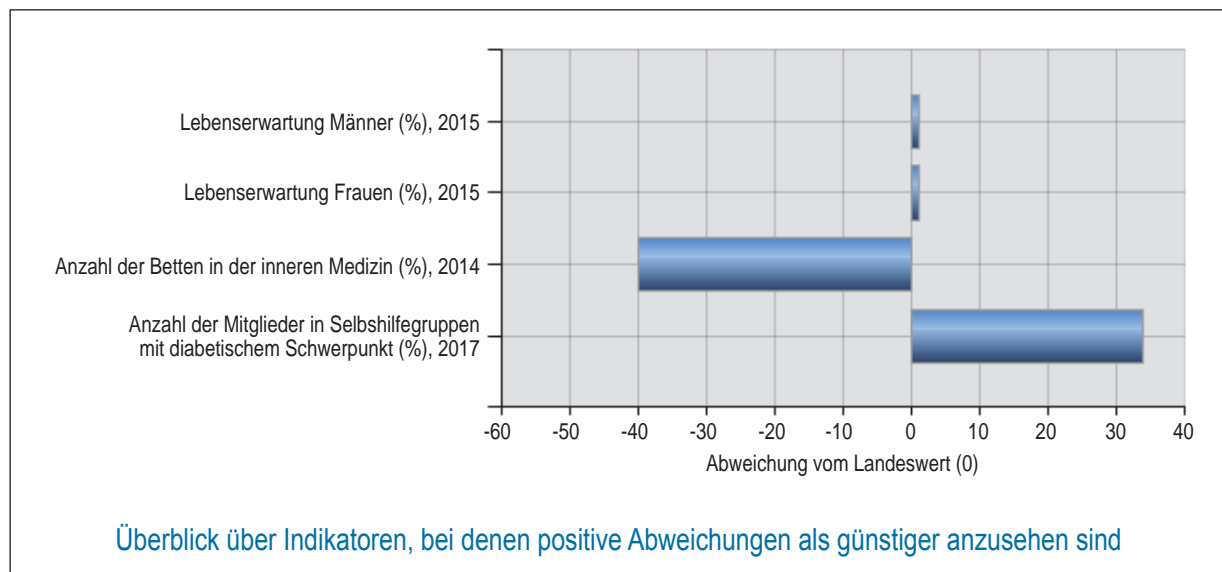
Eines der Angebote im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg sind die sogenannten Kreisprofile. Dabei handelt es sich um vorgefertigte Berichtsvorlagen, bestehend aus Textbausteinen, Tabellen und Grafiken zu spezifischen Themen auf Kreisebene. Nach Auswahl des Themas und eines Kreises wird diese Vorlage mit den aktuellen Daten des Kreises gefüllt. Das Ziel dieser Kreisprofile ist es, einen schnellen themenspezifischen Überblick über gesundheitliche Problemlagen und Handlungsbedarfe auf Stadt-/Landkreisebene zu erhalten.

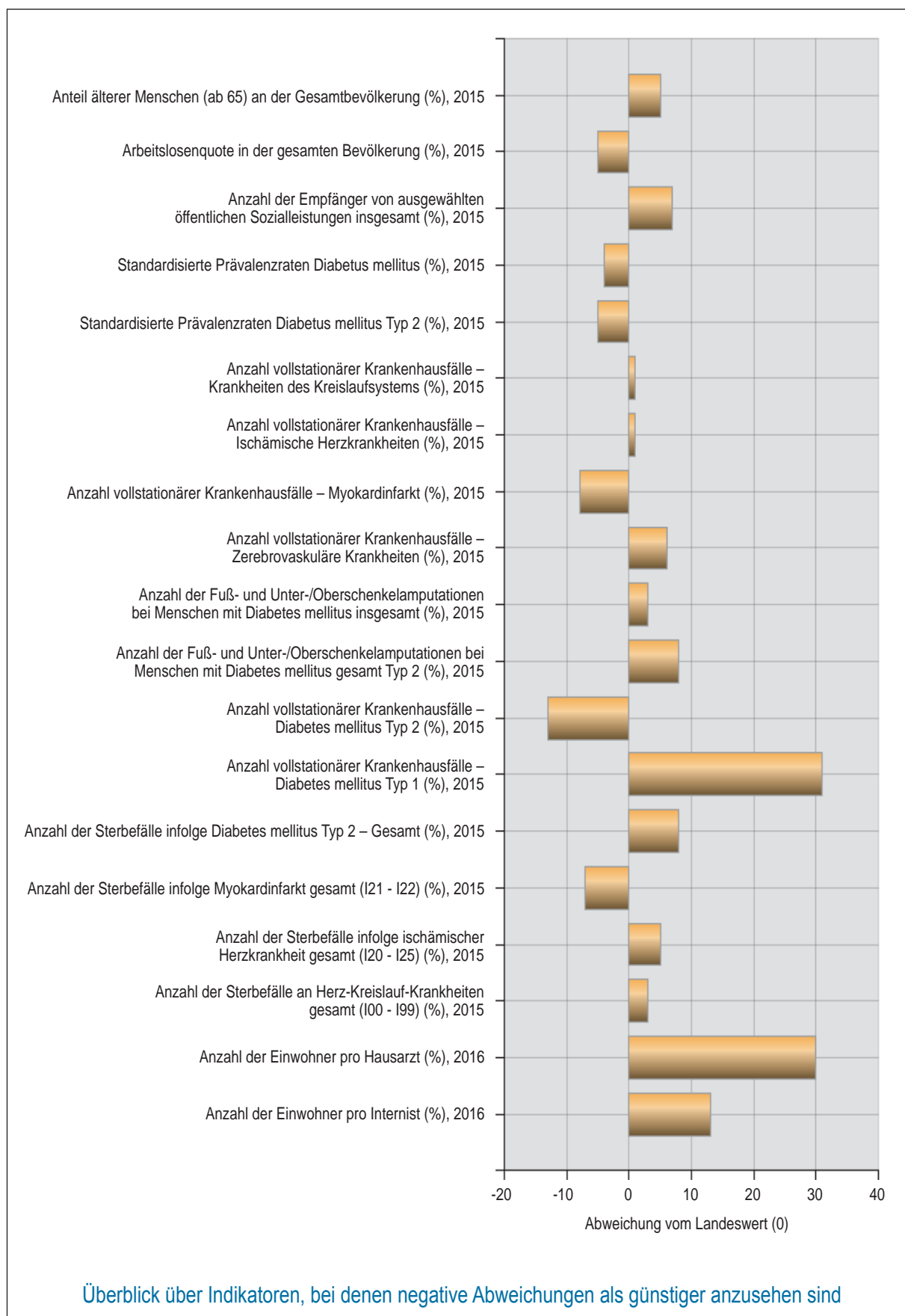
„Diabetes mellitus Typ 2 – Risiko senken und Folgen reduzieren“ ist ein priorisiertes Gesundheitsziel für Baden-Württemberg. Zur Unterstützung der Kreise bei der Implementierung dieses Gesundheitsziels wurden die Kreisprofile zum Diabetes mellitus aktualisiert und erweitert. Eine wesentliche Neuerung dabei ist ein Überblick über die Abweichungen der aktuellen regionalen Werte von den Landeswerten bedeutender Gesundheitsindikatoren zum Thema „Diabetes mellitus“. Eine positive Abweichung bedeutet hier, dass der Wert des Indikators im Kreis über dem durchschnitt-

lichen Landeswert liegt. Im Gegensatz dazu bedeutet eine negative Abweichung, dass der Wert des Kreises unter dem Landesdurchschnitt liegt.

Die Interpretation, ob eine positive bzw. negative Abweichung als günstig oder weniger günstig zu werten ist, hängt vom jeweiligen Indikator ab (siehe Abbildungen). Beispielweise kann eine positive Abweichung der Anzahl der Mitglieder in der Selbsthilfe mit diabetischem Schwerpunkt (erste Abbildung) als ein Hinweis auf eine überdurchschnittliche, verfügbare Diabeteskompetenz in dem ausgewählten Stadt-/Landkreis interpretiert werden. Eine positive Abweichung bei Indikatoren wie der Anzahl der Einwohner pro Internist (zweite Abbildung) weist eher auf eine unterdurchschnittliche Versorgungsstruktur des Kreises im Vergleich zum Land hin.

Diese aktualisierten Kreisprofile zum Diabetes mellitus für die einzelnen Kreise stehen online und als PDF zum Herunterladen zur Verfügung. Sie können aufgerufen werden unter <http://www.gesundheitsatlas-bw.de>. Eine gedruckte Version wurde an alle Land- und Stadtkreise in Baden-Württemberg im Mai 2018 versandt, um einen Impuls zur Stärkung der Prävention des Diabetes mellitus in den Land- und Stadtkreisen zu geben und die Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen zu unterstützen.





In Bewegung: die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg

Jana Bernhardt-Herzog, Dagmar Bürle, Nadja Idler, Ref. 94

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) gehört zum Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, ist die Kompetenz- und Vernetzungsstelle auf Landesebene und Ansprechpartner für alle Akteur_innen der Gesundheitsförderung und Prävention. Gute Praxis zu identifizieren und zu verbreiten ist dabei ein Arbeitsauftrag.

Im Rahmen des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes wurde gemäß § 20a SGBV Abs. 3 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beauftragt, die KGC in allen Bundesländern auszubauen – so auch in Baden-Württemberg. Dort wurde 2018 die Arbeit der KGC beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) neu aufgenommen.

Schwerpunkt Gesundheitsförderliche Quartiersentwicklung und Bewegungsförderung

Neben den zwei von der BZgA geförderten Stellen wurde auch eine aus Landesmitteln finanzierte Koordinierungsstelle mit dem Aufgabenbereich „Gesundheitsförderliche Quartiersentwicklung mit Schwerpunkt Bewegungsförderung“ geschaffen.

Der offizielle Startschuss für die Aufnahme der Netzwerkarbeit fiel am 19.02.2018 mit einem Austauschtreffen am LGA zum Thema „Bewegungsförderung mit älteren Menschen in Baden-Württemberg“. Teilnehmende waren hauptamtliche Koordinator_innen, u. a. aus Gesundheits- und Sozialämtern und bürgerschaftlich Engagierte aus ganz Baden-Württemberg, die sich mit offenen Bewegungsangeboten im Freien für Ältere beschäftigen. Offene Bewegungsangebote im Freien sind kostenlose, ganzjährig im Freien auf öffentlichen Plätzen stattfindende Angebote, die unverbindlich in Anspruch genommen werden können. Das soziale Miteinander und die gemeinsame Bewe-

gung im wohnortnahen Umfeld machen diese Angebote erfolgreich. Beispiele für solche Angebote sind Bewegungstreffs im Freien oder Spaziergangsgruppen. Der Erfahrungsaustausch endete mit einer Arbeitsphase, in der Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten im Arbeitsalltag sowie Hinweise für die zukünftige Zusammenarbeit zwischen der KGC-Stelle und den Beteiligten genannt wurden.

Die Anregung aus dem Netzwerktreffen, eine Broschüre zum Aufbau offener Bewegungsangebote im Freien für Ältere zu erstellen, wurde im Verlauf des Jahres umgesetzt. Dazu wurden Telefoninterviews mit erfahrenen Netzwerkpartner_innen geführt. Die Broschüre soll Interessierten den Transfer erleichtern und ist mit Praxisbeispielen aus ganz Baden-Württemberg untermauert.

Ein weiterer Meilenstein der KGC-Arbeit 2018 ist die Auszeichnung der Bewegungstreffs im Freien, einer weit verbreiteten Form offener Bewegungsangebote im Freien für Ältere, als Good Practice-Ansatz. In regelmäßigen Abständen werden bundesweit dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit Praxisbeiträge aus der Gesundheitsförderung vorgeschlagen, die schließlich geprüft und publik gemacht werden. Deren Verbreitung wird bundesweit gefördert. Die Good Practice-Kriterien bieten für die eigene Arbeit Hilfestellung zur Reflektion und Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Im Hinblick auf den Arbeitsauftrag, gute Ansätze zu identifizieren und verbreiten, wurden die Bewegungstreffs im Freien der Stadt Esslingen am Neckar als Beispiel eingereicht, im mehrmonatigen Auszeichnungsprozess vom LGA begleitet und schließlich von externen Gutachter_innen geprüft. Mit Blick auf die Umsetzung der Kriterien Niedrigschwelligkeit, Multiplikatorenkonzept und Nachhaltigkeit wurde das Bewegungsangebot als Beispiel „guter Praxis“ bewertet. Das zeigt, dass Bewegungstreffs eine gute Möglichkeit darstellen, ältere Menschen aus allen sozialen Lagen dauerhaft zu erreichen und ihnen ein Bewegungsangebot bereitzustellen.

Schwerpunkte „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“

Zur Wiederaufnahme der KGC-Arbeit legten die beiden GKV-finanzierten Stellen der KGC BW ihren gemeinsamen inhaltlichen Schwerpunkt im Jahr 2018 auf die übergreifenden Themen Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention





sowie gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung, um den Boden für weitere Vertiefungen zu bereiten.

Am 20.07.2018 richtete die KGC BW den Fachtag „Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention“ am LGA in Stuttgart aus. Der Fachtag diente dem Auftakt der KGC BW, lieferte einen umfassenden Überblick über das Thema Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention und gewährte zudem die Möglichkeit, ein Beispiel guter Praxis kennenzulernen. Die Veranstaltung richtete sich an die Fachkräfte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), die Geschäftsstellenleitenden der Kommunalen Gesundheitskonferenzen und weitere Interessierte.

Zum Thema Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention führte die KGC BW zudem am 22.11.2018 den Workshop zu den Kriterien guter Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung am LGA durch. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand die Vorstellung, Vertiefung und Anschlussfähigkeit der zwölf Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (Good Practice-Kriterien) an die Praxiserfahrungen der Teilnehmenden. Für Einsteiger_innen bot der Workshop die Möglichkeit, die Good Practice-Kriterien inhaltlich kennenzulernen. Für Teilnehmende mit langjähriger Praxiserfahrung gab er Raum, um aus dem Alltagsgeschäft herauszutreten und sich mit einem Instrument der Qualitätsentwicklung auseinanderzusetzen, das

die Reflexion und Verbesserung der eigenen Arbeit befördern kann. Eingeladen wurden die Fachkräfte des ÖGD sowie die Geschäftsstellen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Im Februar 2019 plant die KGC BW zwei weitere Workshops zum Thema Qualitätsentwicklung: „Qualität in Netzwerken für Gesundheitsförderung stärken – Ein Überblick“ sowie „Selbstevaluation – Schritt für Schritt“.

Im Themenbereich gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung richtete die KGC BW am 06.11.2018 die Schulung „Prozessberatung und -begleitung zur gesundheitsförderlichen Stadt- und Gemeindeentwicklung“ am LGA für Fachkräfte des ÖGD und der KGK aus. Bei dieser Schulung wurden die Grundlagen

für einen Einstieg in die strategische Prozessberatung und -begleitung zur gesundheitsförderlichen Stadt- und Gemeindeentwicklung aus Perspektive der Stadt- und Landkreise vermittelt. Das KGC-Team gab Input zu den Fragestellungen: Was ist eine gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung und warum ist diese sinnvoll? Anschließend wurden Rahmenbedingungen auf Stadt- und Landkreisebene sowie Rolle und Aufgaben des Stadt- und Landkreises, Vorarbeit einer Prozessberatung/-begleitung, Akquise von Kommunen und praktische Schritte der gesundheitsförderlichen Stadt- und Gemeindeentwicklung mit Beispielen aus der Praxis erläutert.

Vier Stadt- und Landkreise und ihre zugehörigen Pilotstädte/ -gemeinden (Eberstadt, Ravensburg, Esslingen und Mannheim) werden seit 2018 durch die KGC Baden-Württemberg im Themenbereich gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung beraten. Diese Prozesse erstrecken sich bedarfsabhängig auch ins Jahr 2019.

Die KGC BW unterstützte zudem die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ sowie die Dienstbesprechungen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen mit thematischen Inputs und der Moderation von Workshops. Die Angebote der KGC unterstützen damit die Kommunen und tragen zur Umsetzung der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne des Präventionsgesetzes und der Landesrahmenvereinbarung Baden-Württemberg bei.



Neue Empfehlungen zum Umgang mit vancomycinresistenten Enterokokken

Peter Weidenfeller, Ref. 93

Der Anstieg der Nachweise von gegen Vancomycin-resistenten Enterokokken in klinischen Untersuchungsproben hat eine erneute Diskussion und Bewertung des erforderlichen Vorgehens zur Begrenzung ihrer weiteren Ausbreitung durch die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut erforderlich gemacht.

Stämme der Bakteriengattung *Enterococcus*, die gegen das Reserve-Antibiotikum Vancomycin und verwandte Wirkstoffe unempfindlich wurden (VRE), sind in der medizinischen Mikrobiologie schon seit 1988 bekannt. Bislang standen diese Keime zumeist „im Schatten“ anderer, klinisch bedeutsamerer Erreger wie dem Methicillin-Resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) und den verschiedenen multiresistenten gramnegativen Stäbchenbakterien (MRGN), zumal ihre Manifestationsrate, d. h. ein Übergang von der symptomlosen Besiedelung zur behandlungspflichtigen Infektion, eher gering ist. Die als Hospitalismus gefürchteten, zum Teil lebensbedrohlichen Infektionen des Respirationstraktes werden von ihnen kaum verursacht.

Bei hochbetagten, multimorbiden und immunsupprimierten Patienten mit Sonden und Kathetern, langer „Krankenhauskarriere“ und Antibiotika-Therapie spielen sie beispielsweise als Erreger von Harnwegs- und Blutstrom-Infektionen aber durchaus eine Rolle. Weil sie als Darm-Besiedler fast bei jedem Stuhlgang ausgeschieden und somit bei Stuhl-Inkontinenz und mangelhafter Hygiene auch relativ leicht in der Umgebung der Keimträger weiterverbreitet werden, ist ihre hohe Umweltstabilität ein erheblicher Nachteil. Sie überleben auch bei Trockenheit, Kälte und Wärme, sind weitgehend pH- und salztolerant, haften sehr gut auf Oberflächen und eignen sich nahezu ideal für beliebige Kreuz- und Schmierkontaminationen. Somit ist ihr mikrobiologischer Nachweis beziehungsweise das Fehlen in der Umgebung von Klinikpatienten ein nicht zu unterschätzendes Kriterium für die Qualität von Reinigung, Flächen- und Händedesinfektion in der betreffenden Einrichtung.

Bei den immer öfter isolierten VRE-Stämmen handelt es sich zumeist um Vertreter der Art *Enterococcus faecium*. Man kennt je nach Resistenzspektrum molekularbiologisch unterschiedliche Resistenztypen. Die dafür verantwortlichen Gene sind auch durch einen horizontalen Transfer von Resistenzplasmiden übertragbar, sogar auf andere Bakterien-Arten wie z. B. den *Staphylococcus aureus*.

Der Nachweis im Labor erfolgt entweder über molekularbiologische (PCR) oder kulturelle Methoden (Selektiv-Agar mit Antibiotika-Zusatz). Die Besiedelung kann ohne einen Selektionsdruck – also bei längerer Antibiotika-Karenz – wieder unter die Nachweisgrenze fallen, aber jederzeit auch wieder auffällig werden. Ein Sanierungsversuch wie bei MRSA verspricht gegen VRE-Besiedelungen keinen Erfolg.

Umsetzung von Maßnahmen gegen die innerklinische Ausbreitung

Schutzmaßnahmen vor Weiterverbreitung von VRE innerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens richteten sich bislang nach den Empfehlungen zu den bekannten Maßnahmen-Bündeln gegen MRSA. Das bezieht sich konkret auf die Unterbringung von Besiedelten in Einzelzimmern, auf Handschuh- und Kittelpflege durch das Personal, auch Handschuh- und Kitteltragen von Besuchern, auf eine laufende Desinfektion der Patientenumgebung und vor allem der zugehörigen Sanitärbereiche, ferner auf desinfizierende Wäscheverfahren, Schlussdesinfektion der Räumlichkeiten und Verwendung von Überleitbögen an nachbehandelnde Stellen im Fall der Verlegung.

Ausbruchereignisse mit VRE begrenzen sich in der Regel nicht von alleine, sondern erfordern ein strukturiertes Vorgehen mit Bildung eines Ausbruch-Managements. Dies legt Interventionsmaßnahmen fest, nimmt eine Analyse von Ausmaß und Ursachen vor und erteilt präventiv wirksame Anweisungen. Man veranlasst neben den o. g. Vorgaben ein allgemeines Screening mit (tiefen) Rektalabstrichen, zudem mikrobiologische Umgebungsuntersuchungen z. B. von Kontaktpatienten sowie eine Anpassung der hauseigenen Hygienevorschriften, ferner die Beobachtung der Compliance beim Personal und stets auch eine Überprüfung und ggf. Änderung des hauseigenen Antibiotika-Regimes. Die zuverlässige Verminderung von Transmissionen ist nur durch eine konsequente hygienische Bündel-Strategie zu gewährleisten.

Unterschiedliche Präventionsstrategien

Auch wenn die Wirksamkeit dieser Maßnahmen insgesamt unstrittig ist, so gibt es doch viele Varianten bei ihrer Umsetzung. Einige klinische Einrichtungen praktizieren eine rigide Prävention mit aktivem Screening bei breit definiertem Risikospektrum (maximal ein generelles Aufnahmescreening aller Patienten

auf VRE) und isolieren alle Besiedelten konsequent bzw. kohortieren sie je nach VRE-Klon, im Einzelfall sogar auf eigenen Kohort-Isolier-Stationen mit separatem Pflegepersonal. Bei zusätzlicher (seltener) Linezolid-Resistenz sog. LRE-Stämme werden alle diese Maßnahmen als Standard empfohlen.

Anderswo wird hingegen kaum mehr Screening auf eine klinisch unauffällige Besiedelung bei der Aufnahme mehr durchgeführt und bei VRE-Kolonisation auch keine Einzelzimmer-Isolierung mehr praktiziert, da die Anzahl unerkannter Keimträger ohnehin größer als bekannt sei und die räumlichen wie personellen Isolierungskapazitäten nach dem erstgenannten Modell im eigenen Haus überschritten würden.

Die Alternative ist dann eine erweiterte konsequente Basishygiene: d. h. Anlernen von hygienebeauftragtem Stationspersonal (Link Nurses), engmaschige Unterweisungen bei den Hygienebegleitungen, verpflichtende E-Learning-Module für den Pflegedienst sowie regelmäßige Schulungen und Kontrollen der Reinigungsdienste. Sollten Infektionen mit VRE auftreten, so werden diese sofort an die Klinikhygiene weitergemeldet, die kontinuierlich untersucht, ob die Besiedelungszahlen ansteigen und Hinweise auf signifikante Cluster vorliegen, ob somit das Hygiene-Management stufenweise um die o. g. Barrieren erweitert werden muss.

Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für den Umgang des Gesundheitsamtes mit einem Haus, das im Rahmen einer Prävalenzuntersuchung hohe asymptomatische Keimträgerzahlen aufdecken, aber keine rigorose Isolierung jedes entsprechenden Patienten durchführen würde (die vom Amt indes fallweise angeordnet werden kann)? Voraussetzungen für eine wie o. a. beschriebene reduzierte Strategie muss sein, dass man zunächst die VRE-Prävalenz im eigenen Haus kennt, dass man auch außerhalb der – weiterhin mit Barriere-Maßnahmen geschützten Risikobereiche wie Intensivstation, Hämatologie und Onkologie – die Standardhygiene überall konsequent befolgt, das Personal kontinuierlich schult und das Antibiotika-Management gezielt auf eine Verminderung der Selektion von VRE abstimmt.

Wenn man nicht nur die biologischen Eigenschaften des Erregers wie seine Stammzugehörigkeit, die Ausbreitungswege und Überlebensdauer in der Umgebung betrachtet, sondern auch die spezifischen Rahmenbedingungen seitens besiedelter bzw. infizierter Patienten wie Keimlast und Streuungs-Risiken (z. B. Demenz, Inkontinenz, Diarrhoe, device-assoziierte Infektionen) mit einbezieht, so sind individuelle Regelungen grundsätzlich möglich. VRE-Träger sollten aber möglichst immer eine eigene Nasszelle benutzen.

Eine fallweise angepasste Modifikation im Hygiene-Management erfordert hygienische Kompetenz und mehr Eigenverantwortung! Überlegungen zur Antibiotika-Verordnung sind indes immer nötig, da man hier ein wichtiges Instrument zur Selektionsvermeidung in der Hand hat.

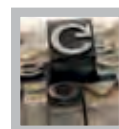
Dauerhaft hohe Prävalenzen sind als „Grundrauschen“ nicht akzeptabel. Ohne Gegenmaßnahmen in Form hygienischer Barrieren wird es kontinuierlich zu weiterer Verbreitung der VRE kommen und damit zu immer mehr Fällen. Somit sind zumindest in einer Ausbruchssituation ein generelles Screening von Kontaktpatienten und Neuaufnahmen sowie eine konsequente Kohortierung von allen identifizierten Keimträgern nach wie vor angezeigt.

Hilfestellung durch die neuen KRINKO-Empfehlungen

Neben ausführlichen Beschreibungen von diversen Resistenzmustern und der Epidemiologie von VRE befasst sich die Richtlinie insbesondere mit der Effektivität des risikoadaptierten Screenings und der verschiedenen üblicherweise praktizierten Handlungsanweisungen zur Prävention der Weiterverbreitung.

Die Kommission empfiehlt neben der Umsetzung von o. g. Maßnahmenbündeln, fallweise die Patienten in die Schulung mit einzubeziehen, bei VRE-Nachweis neu aufgenommener Patienten auch die verlegende (Herkunfts-) Klinik zu informieren, bei einzelner Neuinfektion die Prävalenz der betroffenen Population zu erfassen, außerdem zu unterschreitende Inzidenzraten als Zielwerte festzulegen. Ferner empfiehlt sie drei negative Proben an verschiedenen Tagen als Ausschlusskriterium einer aktuellen Besiedelung sowie ggf. antiseptisches Waschen (mit Chlorhexidin) von Trägern zentraler Venenkatheter auf Intensivstation. Ausdrücklich abgeraten wird vom Versuch einer antibiotischen Eradikation lediglich kolonisierter Patienten, dem Einsatz von Probiotika und von der Kohortierung VRE-besiedelter Keimträgern mit Trägern anderer MRE.

In kritischen Stellungnahmen verschiedener Fachgesellschaften wurde u. a. moniert, dass die neue Richtlinie die regulär niedrige Pathogenität von Enterokokken zu wenig berücksichtige, dass die Fixierung auf „Bündel“ keine Bewertung der Sinnfälligkeit einzelner Maßnahmen wie des aktiven Screenings und der Kontaktisolierung zulasse, und dass Differenzen zwischen klinisch-stationärer und anderer Versorgung zu wenig berücksichtigt seien. Die Umsetzung der Empfehlungen in Zeiten zunehmender VRE-Prävalenz kann und wird deren praktischen Nutzen nachträglich bewerten und bestätigen.



Prävention internetbezogener Störungen

Iris Wurmbauer, Ref. 94

Mit neuen zielgruppenspezifischen Angeboten und Maßnahmen rund um das Thema „Internetbezogene Störungen“ reagiert das Arbeitsfeld Suchtprävention im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) auf die gesellschaftlichen und technischen Entwicklungen der vergangenen Jahre im Bereich der Computer- und Internetnutzung.

Internet, Computer und Smartphones sind allgegenwärtig, erleichtern die Informationssuche, fördern das Kommunikationsverhalten und bieten vielfältige Möglichkeiten der Unterhaltung. Mit der rasanten technischen Entwicklung der vergangenen Jahre und den damit verbundenen Chancen und Möglichkeiten gehen jedoch auch Risiken und Gefahren einer exzessiven und schädlichen Computer- und Internetnutzung einher.

Im wissenschaftlichen Diskurs hat sich der pathologische Computer- und Internetgebrauch in den vergangenen Jahren als eigenständiges Störungsbild im Bereich der Verhaltenssuchte herauskristallisiert. So wurde der Terminus „Internet Gaming Disorder“ in die Sektion III des DSM-5 (5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) als Forschungsdiagnose aufgenommen, auch für die 11. Ausgabe des Klassifikationssystem ICD (International Classification of Diseases), die ab Januar 2022 gelten soll, ist die Aufnahme einer Diagnose „gaming disorder“ angekündigt.

Nach der aktuellen Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesellschaftliche Aufklärung (BZgA) liegt bei 5,8 % der 12- bis 17-Jährigen vermutlich eine computer- und internetbezogene Störung vor und bei 22,4 % ist von einer problematischen Nutzung auszugehen (Orth B.: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Teilband Computerspiele und Internet. BZgA, 2017).

Dies stellt auch die Prävention vor neue Herausforderungen. Mit dem neuen Themenschwerpunkt „Prävention internetbezogener Störungen“ soll die Prävention internetbezogener Störungen in Baden-Württemberg weiter vorangetrieben und damit den gesellschaftlichen Entwicklungen der vergangenen Jahre Rechnung getragen werden. Hierfür wurde das LGA vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg mit der Umsetzung entsprechender Maßnahmen beauftragt.

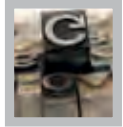
Dabei werden folgende Ziele verfolgt:

- Aufklärung und Sensibilisierung der Zielgruppen hinsichtlich der negativen Folgen exzessiver Computerspiel-, Internet- und Smartphonennutzung
- Förderung einer kritischen Reflexion und Einstellung in Bezug auf die eigene Computerspiel-, Internet- und Smartphonennutzung
- Förderung der Medienkompetenz mit dem Ziel eines unschädlichen und maßvollen Umgangs mit Internet, Computer und Smartphone
- Information über Hilfsangebote im Bereich „internetbezogene Störungen“

Erste Maßnahme: landesweiter Transfer des Projektes „Net-Piloten“

Als eines der ersten Bundesländer beteiligt sich Baden-Württemberg am bundesweiten Transfer des von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelten, evaluierten Peer-Projekts „Net-Piloten“ zur Prävention von Medienabhängigkeit. Net-Piloten sind 14- bis 18-jährige Schülerinnen und Schüler aller Schulformen, die in einer 20-stündigen Ausbildung geschult werden, jüngeren Mitschülerinnen und Mitschülern Informationen rund um Computer- und Internetnutzung, deren Risiken und Wirkungen sowie den verantwortungsvollen Umgang damit näherzubringen. Neben einem positiven Einfluss auf das Schulklima trägt das Projekt auch zu einer suchtpreventiven Atmosphäre im Schul- und Familienalltag bei. Familien partizipieren aktiv an diesem Prozess beispielsweise durch themenspezifische Elternabende. Im Rahmen des bundesweiten Transfers bietet die BZgA zweitägige Multiplikatoren-Fortbildungen an.

Ziel ist es, dass die teilnehmenden Fachkräfte über die Inhalte des evaluierten Projekts informiert werden, eigene Haltungen überprüfen und Methoden zur praktischen Umsetzung erlernen. Im Anschluss sollen sie die Peer-Maßnahme eigenverantwortlich an Schulen initiieren und begleiten und u. a. Schulen akquirieren, Lehrkräfte/Multiplikatoren fortbilden und Net-Piloten vor Ort ausbilden. Bereits Ende 2017 wurde mit der Umsetzung des Transfers in Baden-Württemberg begonnen und in Kooperation mit dem LGA eine erste Multiplikatoren-Fortbildung für Fachkräfte der Suchtprävention durchgeführt; eine weitere fand im Herbst 2018 statt. Die landesweite Koordinierung und Begleitung der Umsetzung des Projekts in Baden-Württemberg erfolgt durch das LGA.



Interferon- γ Release Assay: ein Test zum Nachweis einer Infektion mit *Mycobacterium tuberculosis*

Astrid Kirch, Silke Fischer, Ref. 93

*Die Untersuchungen auf Interferon- γ zum Nachweis einer *Mycobacterium tuberculosis*-Infektion haben im letzten Jahr wieder zugenommen, der Anteil der positiven Ergebnisse ist jedoch nicht gestiegen.*

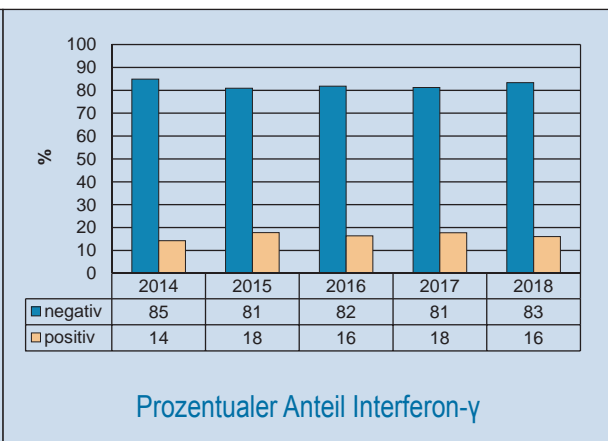
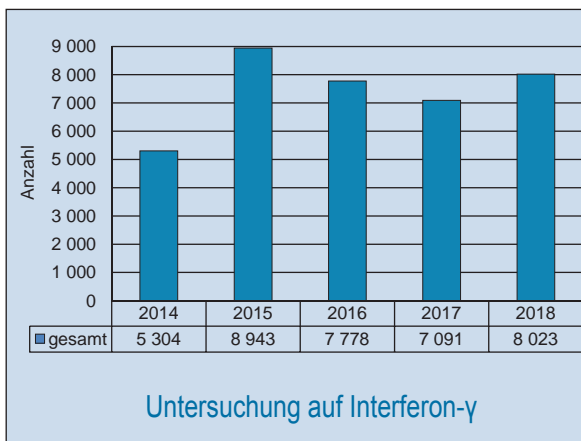
Die Tuberkulose stellt laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach wie vor eine ernst zu nehmende Erkrankung dar. Sie zählt neben HIV und Malaria zu den häufigsten Infektionskrankheiten. Die Übertragung erfolgt durch Tröpfcheninfektion, jedoch nicht jeder entwickelt nach einer Infektion mit *Mycobacterium tuberculosis* eine Tuberkulose-Erkrankung. Um eine Ausbreitung der Tuberkulose zu verhindern ist eine aktive Fallfindung mit Hilfe von schnellen Diagnostikmöglichkeiten von großer Bedeutung.

Es stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, um eine Infektion nachzuweisen. Eine schnelle Möglichkeit stellt hierbei der Interferon Gamma Release Assay (IGRA) dar. Patienten, deren Immunsystem bereits einmal Kontakt mit *Mycobacterium tuberculosis* hatte, reagieren bei erneutem Kontakt mit dem Erreger durch Produktion von Interferon- γ . Dies macht man sich beim IGRA zunutze. Für diesen Test werden Blutproben eingesetzt, die man in Kontakt mit *Mycobacterium tuberculosis*-Antigenen bringt. Im positiven Fall kann ein erhöhter Interferon- γ -Spiegel im Blut des Patienten gemessen werden. Dieser Test wird zum Nachweis einer latente *Mycobacterium tu-*

berculosis-Infektion eingesetzt, kann aber auch bei Personen mit erhöhtem TB-Infektionsrisiko (z. B. ältere Menschen, Mitarbeiter des Gesundheitswesens) und für Umgebungsuntersuchungen von Kontaktpersonen bei nachgewiesenen Fällen mit einer ansteckungsfähigen *Mycobacterium tuberculosis*-Infektion durchgeführt werden.

In der ersten Abbildung ist die Anzahl der Untersuchungen auf Interferon- γ der letzten fünf Jahre im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg dargestellt. Die Untersuchungszahlen stiegen im Jahr 2015 vermutlich aufgrund der Flüchtlingswelle stark an (von 5 304 im Jahr 2014 auf 8 943 im Jahr 2015). In den zwei folgenden Jahren sank die Zahl wieder auf 7 091 im Jahr 2017. 2018 ist wiederum ein Anstieg der Untersuchungszahlen um 932 zu verzeichnen. Hier lagen vermehrt Umgebungsuntersuchungen in Gemeinschaftseinrichtungen aufgrund aufgetretener ansteckungsfähiger *Mycobacterium tuberculosis*-Infektionen vor.

Betrachtet man den prozentualen Anteil der Interferon- γ -Ergebnisse, so fällt auf, dass sich trotz erhöhter Untersuchungszahlen der Anteil von positiven und negativen Messungen nicht verändert hat. Dies legt nahe, dass die Übertragung auf Kontaktpersonen im Vergleich zu den vergangenen Jahren konstant geblieben ist.



Projekt „Neckarwelle“ – Surfer-Spaß mit mikrobiellen Risiken

Jens Fleischer, Ref. 93

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) wurde von der Landeshauptstadt Stuttgart im Rahmen einer Machbarkeitsstudie zum Projekt „Neckarwelle“ mit der hygienischen Beurteilung der Wasserqualität des Neckars an der geplanten Surfstelle beauftragt.

Das LGA sowie das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart wurden im Rahmen einer Machbarkeitsstudie zum Projekt „Neckarwelle“ des Vereins Neckarwelle e. V. beauftragt, eine hygienische Beurteilung der Wasserqualität des Neckars an der geplanten Surfstelle durchzuführen sowie die Einschätzung einer Gesundheitsgefährdung durch den möglichen Kontakt mit Krankheitserregern vorzunehmen. Koordinator dieser Machbarkeitsstudie ist das Amt für Bewegung und Sport der Stadt Stuttgart.

Allgemeine hygienische Beurteilung von Fließgewässern

Nahezu alle Kommunen in Baden-Württemberg entwässern in nahegelegene Flüsse, die sogenannten Vorfluter. Dabei nehmen die Fließgewässer alle nur erdenklichen anthropogenen Einflüsse auf. Stand heute sind die Kläranlagen zwar immer wieder aufgerüstet worden und befinden sich derzeit im Land auf einem technisch hohen Niveau, sie wurden jedoch zu keiner Zeit für die Einhaltung der mikrobiologischen Anforderungen an Freizeit- oder Badegewässer o. Ä.

konzipiert. Sie dienen in erster Linie der Nährstoffreduzierung der kommunalen Abwässer. Neben den Schmutzfrachten aus diesen Abwässern tragen die großen Fließgewässer wie der Neckar, der Kocher, die Jagst usw. auch die Stoßbelastungen aus Regenüberlaufbecken, Mischkanalisationen und/oder Straßenabläufen und allen Abschwemmungen aus ufernahen landwirtschaftlich genutzten Flächen. Dies führt im Allgemeinen dazu, dass die Flüsse zum Teil sehr hohe Konzentrationen an mikrobiologischen Verunreinigungen durch verschiedenste Krankheitserreger aufweisen. Diese Mikroorganismen können im ungünstigsten Fall bei oraler Aufnahme von kontaminiertem Wasser (ein Schwimmer oder Surfer verschluckt in der Regel ca. 50-100 ml Wasser) zu erheblichen Erkrankungen führen.

Zusammenfassung der Ergebnisse zum „Projekt Neckarwelle“

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie wurden wöchentliche mikrobiologische Untersuchungen vom 02.07.-30.10.2018 gemäß der Badegewässerverordnung des Landes (BadegeVO 2008; hier: E. coli-Bakterien und intestinale Enterokokken, Untersuchungsverfahren nach DIN EN ISO) sowie monatlich zusätzliche Untersuchungen auf enteropathogene Viren (hier: Noroviren, Enteroviren, Adenoviren und Rotaviren) durchgeführt.

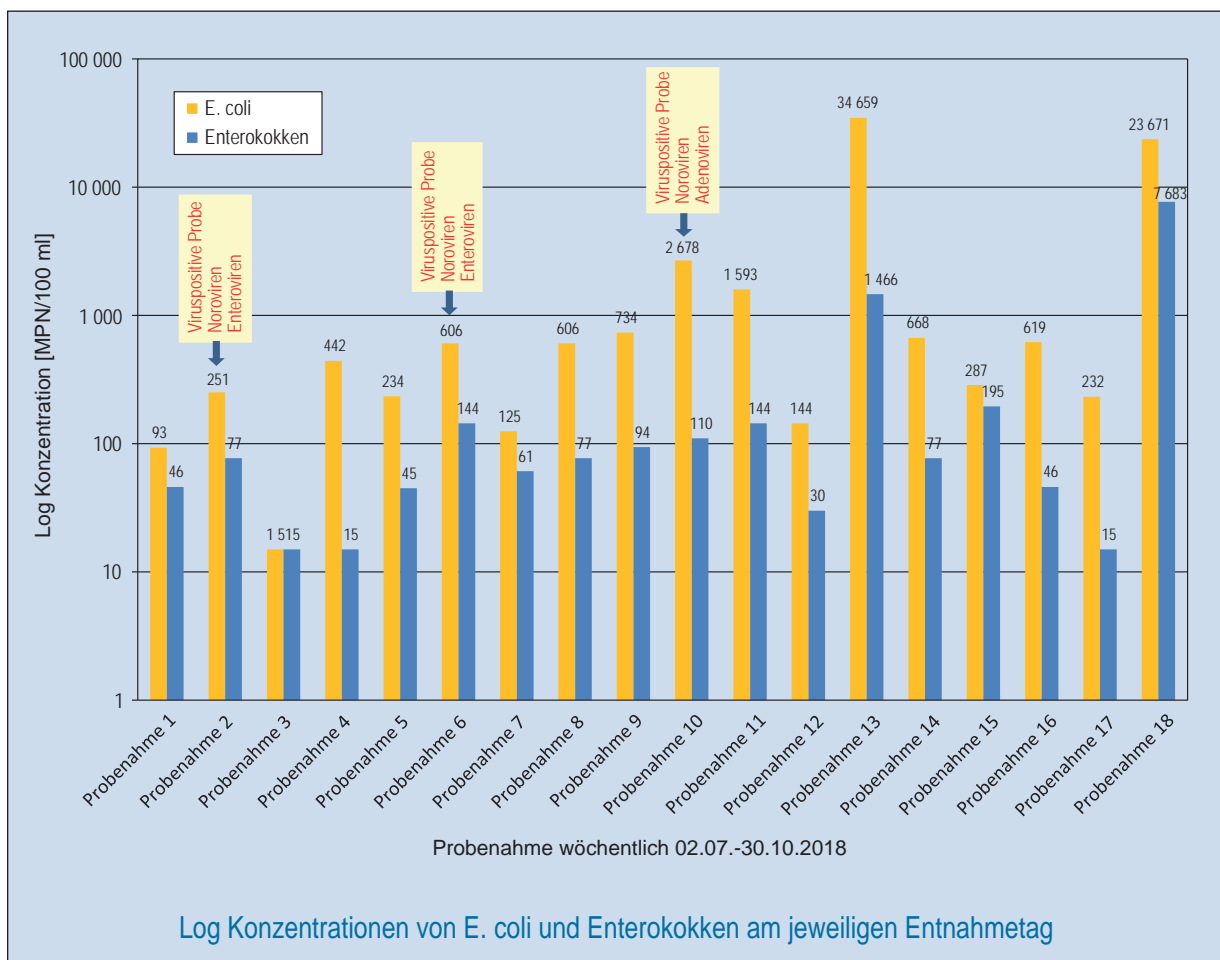


Eisbachsurfer in München – Vorbild des Vereins Neckarwelle

Die Ergebnisse zeigen ein für den Neckar typisches mikrobiologisches Bild mit anhaltender fäkaler Belastung und deutlichen Konzentrationsspitzen, wie man sie üblicherweise im Nachgang zu Niederschlags- bzw. Einleitungsereignissen aus Kläranlagen oder Regenüberlaufbecken beobachten kann. Legt man den nach Badegewässerverordnung (BadegVO 2008) maximal tolerierbaren Wert von etwa 1 800 MPN/100 ml für E. coli und den entsprechenden Wert von 680 MPN/100 ml für intestinale Enterokokken zu Grunde, so überschreitet der Neckar im Mittel (~ 3 750 MPN/100 ml) den Wert für E. coli um etwa das Doppelte, der obere maximal tolerierbare Wert für intestinale Enterokokken wird im Mittel (~ 575 MPN/100 ml) nahezu ständig erreicht. Die Konzentrationsspitzen am Probenahmetag 13 (34 659 MPN/100 ml für E. coli) und am Probenahmetag 18 (23 671 MPN/100 ml für intestinale Enterokokken) überschreiten die maximal tolerierbaren Werte für E. coli dann schließlich um etwa das Zwanzigfache, für intestinale Enterokokken um gut das Zehnfache. Hinzu kommt, dass der Neckar als Fließgewässer mit den Parametern der BadegVO 2008 allein nicht vollständig abbildbar ist, das haben die zusätzlichen virologischen Untersuchungen mehr als deutlich gezeigt.

Schlussfolgerungen

Die im Untersuchungszeitraum vom 02.07.-30.10.2018 gemessenen Konzentrationsschwankungen und der zusätzliche Nachweis von enteropathogenen Viren (hier: Noroviren, Enteroviren und Adenoviren) in drei von vier untersuchten Proben bestätigen zudem unsere bisherigen Beobachtungen und Studien zur mikrobiellen Belastung des Neckars (Neckarprojekt 2001, Virobathe-Projekt 2006; Max-Eyth-See und Neckar 2010). Hinsichtlich der mikrobiologischen Belastungen des Neckars sind nach unseren Einschätzungen bis heute auch keine wesentlichen Fortschritte zu verzeichnen. Ebenso kann anhand vorheriger Studien angenommen werden, dass aufgrund des sehr geringen Niederschlags im Untersuchungszeitraum 2018 während für diese Region typischen Niederschlagsmengen die maximale Belastung des Neckars noch weit höher ausfällt. Aus Sicht der Gesundheitsbehörden ist deshalb weiterhin von Freizeitaktivitäten im Neckar abzuraten, insbesondere vom Baden und anderen Aktivitäten wie Surfen, bei denen untergetaucht wird und die Gefahr besteht, dass Krankheitserreger über Haut- oder Schleimhautkontakt bzw. oral aufgenommen werden.



Dermatophyten in Gemeinschaftseinrichtungen: erste Fälle in Baden-Württemberg

Guido Fischer, Ursula Hack, Margarita Beresowski, Ref. 93; Petra Sostak, Gesundheitsamt Rottweil; Yvonne Gräser, Institut für Mikrobiologie der Charité Berlin

In den vergangenen Jahren rücken Dermatophyten (Hautpilze) als infektiöse Pilze wieder in den Fokus der Öffentlichkeit. Bedingt durch Migration und Zuwanderung treten in Europa Dermatophyten auf, die bisher nur endemisch in osteuropäischen und afrikanischen Ländern verbreitet waren. Fälle von Dermatophyten-Ausbrüchen in Kitas traten 2011 und 2012 in verschiedenen Kindertages-Einrichtungen in München und 2015 in Bonn auf. Auch in Hannover und Wittlich (Rheinland-Pfalz) führte M. audouinii zu Ausbrüchen bei Kindern mit Migrationshintergrund (Afrika bzw. Kaukasus). Seit 2017 wurde das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) zweimal um Amtshilfe im Zusammenhang mit gehäuften Dermatophyten-Infektionen in Kindertagesstätten in Baden-Württemberg gebeten. Einige Erfahrungen aus dem ersten Fall werden im Folgenden dargestellt.

Ausgangssituation

Im Frühjahr 2017 gab es Hinweise auf eine Häufung von Dermatophyten-Infektionen bei Bediensteten und Kindern in einer Kita, woraufhin das LGA vom zuständigen Gesundheitsamt um fachliche Beratung und Unterstützung bei der Diagnostik gebeten wurde. Die betroffenen Bediensteten hatten sich zuvor mit auffälligen Hautveränderungen bei einem niedergelassenen Dermatologen vorgestellt. In diesem Rahmen war keine Erregeridentifizierung vorgenommen worden. Ziel der vorliegenden Untersuchungen war es daher, einerseits die Erreger verlässlich zu identifizieren, andererseits die Anzahl der infizierten Personen festzustellen. Bei zwei Ausbruchsgeschehen in München im Jahr 2012, verursacht durch *Microsporum audouinii*, hatten sich zehn Kiga-Kinder bzw. 18 Kiga-Kinder und zwei Erzieherinnen infiziert, beim Fall in Bonn waren es 18 Personen. Diese Dermatophyten-Art wächst in Kultur schneller und bildet mehr Sporen/Verbreitungseinheiten als die hier nachgewiesenen Trichophyton-Arten, was möglicherweise zur Kontagiosität des Erregers beiträgt.

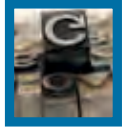
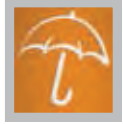
Ergebnisse und Diskussion

Im Rahmen einer ersten Untersuchungsreihe mit sieben Personen in Baden-Württemberg konnte *Trichophyton violaceum*, ein anthropophiler Dermatophyt, bei zwei Kindern afrikanischer Herkunft (vier und fünf Jahre alt) und bei einem der Elternteile nachgewiesen werden. Die Pilzinfektion manifestierte

sich am Kopf (*Tinea capitis*) und am Körper (*Tinea corporis*). Vom Arzt wurde eine topische, z. T. auch orale Behandlung der *Tinea* verordnet. Das Gesundheitsamt organisierte die Verteilung von Antimykotikahaltigen Shampoos an die Angehörigen und Kontaktpersonen aus dem Umfeld des Kindergartens. Vier Wochen später konnte in einer zweiten Untersuchungsreihe mit den betroffenen Kindern, deren Eltern (n=4) und zwei Betreuungskräften nur noch bei einem Kind *Trichophyton violaceum* nachgewiesen werden (*Tinea capitis*). Die beiden Betreuerinnen waren schon zuvor antimykotisch therapiert worden, was den negativen Nachweis erklärt. Etwa drei Monate nach der Erstmanifestation kam es bei einem der Kinder zu einem Rezidiv und erstmals zu einer *Tinea*, auch bei der Mutter und dem einjährigen Bruder. Mit der sofortigen antimykotischen Behandlung wurde begonnen, eine Kultur wurde wegen der bereits begonnenen Behandlung nicht angelegt. Parallel dazu sollte in einer dritten Untersuchungsreihe geprüft werden, ob bei den ehemals Betroffenen und deren Kontaktpersonen noch lebensfähige (infektiöse) Dermatophyten-Sporen nachweisbar waren. Insgesamt wurden zwölf Bedienstete und zwölf Kinder bzw. deren Eltern/Mitbewohner, insgesamt 24 Probanden, untersucht. Dazu wurden Bürstenabstriche von Kopf und Körper entnommen. Aus keiner Probe konnten Dermatophyten angezüchtet werden.

Im selben Zeitraum wurden bei den o. g. Personen Abstrichproben zum molekularen Nachweis von Dermatophyten (ELISA-PCR im Konsiliarlabor für Dermatophyten der Charité in Berlin, Prof. Dr. Y. Gräser) entnommen. Bei 14 dieser 28 Probanden konnte DNA verschiedener Dermatophyten-Arten (*T. violaceum* (n=9), *T. soudanense* (n=2), *Microsporum audouinii* (n=3)) nachgewiesen werden, obwohl die Kultur negativ war und keine *Tinea* festgestellt werden konnte (per. Mitt. Dr. Sostak). Bei einem Probanden war *T. benhamiae* nachweisbar, ein Kulturbefund lag jedoch nicht vor.

Bei den vor der Reinigung der Einrichtung durchgeführten Umgebungsuntersuchungen von Vorhängen, Polstern, Möbeln, Spielsachen etc. konnte kulturell in keiner Probe ein Dermatophyt nachgewiesen werden. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass der Infektionserreger *Trichophyton violaceum* offenbar nicht von infizierten Personen auf Bedarfsgegenständen in der Einrichtung übertragen, sondern vielmehr durch intensiven direkten Körperkontakt übertragen



wurde. Dieser Zusammenhang wird zudem durch Schilderungen der Betreuungstätigkeit der Erzieherinnen bestätigt.

Schlussfolgerungen für die Praxis

Trichophyton violaceum wächst in Kultur sehr langsam und bildet sehr wenig Sporen, was seine geringere Kontagiösität im Vergleich zu *Microsporum audouinii* nahelegen würde. Die endemische Bevölkerung in Afrika ist zu etwa 70 % asymptomatischer Träger für *T. violaceum* oder *T. soudanense* und die eurasische Bevölkerung scheint empfänglicher für die Ausprägung einer Tinea zu sein. Diese Umstände müssen bei der Planung und Durchführung von hygienischen und organisatorischen Maßnahmen in betroffenen Einrichtungen in jedem Fall berücksichtigt werden.

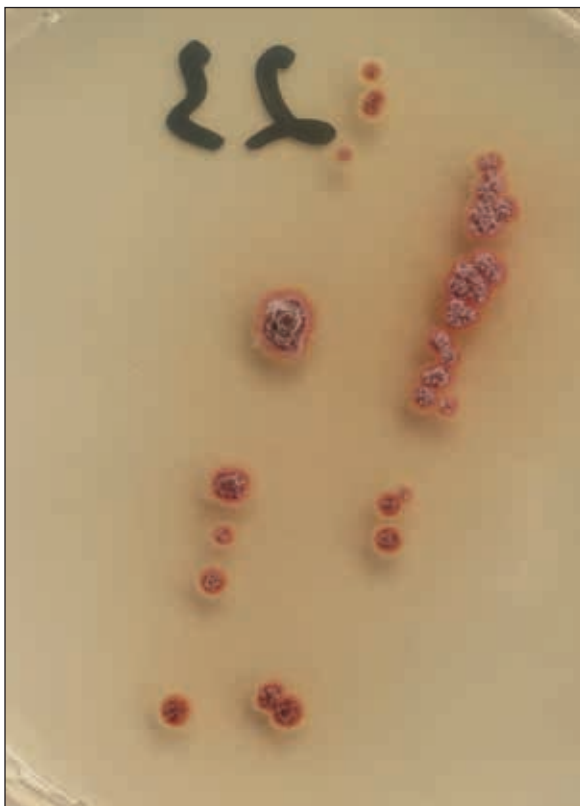
Insgesamt gibt es trotz einiger zurückliegender Ausbrüche von Dermatophyten in Kindertageseinrichtungen in Deutschland noch wenig Erfahrung mit dem Management von Ausbrüchen durch Dermatophyten. Von besonderer Bedeutung sind dabei

A) die verlässliche Identifizierung des Infektionserregers zur Abschätzung seiner Kontagiösität und Herkunft (Antropophile abgrenzen von zoophilen Erregern),

B) die rechtzeitige Durchführung von angemessenen organisatorischen und hygienischen Maßnahmen in der Einrichtung und

C) die offene und fachlich kompetente Kommunikation mit den Betroffenen.

Im vorliegenden Fall scheint der direkte intensive Körperkontakt zu asymptomatischen Trägern für die Ansteckung bedeutsamer gewesen zu sein als die Verbreitung des Erregers innerhalb der Räumlichkeiten der Kindertageseinrichtung. Die hohe Rate von positiven Dermatophyten-Nachweisen mit molekularen Methoden gegen Ende des Untersuchungszeitraumes korrespondierte nicht mit der klinischen Manifestation einer Tinea oder dem kulturellen Nachweis. Gründe hierfür können die hohe Spezifität des molekularen Nachweises im Vergleich zur Kultur oder auch die hohe Inzidenz von asymptomatischen Trägern sein. Unklar ist daher, inwieweit der Nachweis von Dermatophyten-DNA sowohl am Probanden als auch in der Umgebung mit dem Vorhandensein von lebensfähigen Sporen/Verbreitungseinheiten korreliert. Zur Klärung dieser Fragen wären weitergehende Untersuchungen bei Ausbrüchen von Dermatophyten in Gemeinschaftseinrichtungen notwendig.



Trichophyton violaceum wächst sehr langsam und zeigt typisch violette Farben



Trichophyton soudanense wächst etwas schneller und strahlenförmig und ist typischerweise gelblich gefärbt

Sensibilisierung gegen ambrosiaspezifische Allergene bei Erwachsenen in Baden-Württemberg 2010/11 und 2016/17

Iris Zöllner, Gabriele Horras-Hun, Rahel Bauer, Ref. 92; Ursula Hack, Margarita Beresowski, Guido Fischer, Ref. 93

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) führt im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg (SM) eine Kohortenstudie bei Erwachsenen durch, in der es auch um die Sensibilisierung gegen Inhalationsallergene geht. Etwa 1,1 % der 2010/11 und 2016/17 untersuchten Erwachsenen waren gegen ein ambrosiaspezifisches Allergen sensibilisiert. Ein Anstieg der Sensibilisierungsrate war im Zeitraum von 2010/11 bis 2016/17 bisher nicht zu erkennen.

Einflüsse von Umweltbelastungen auf die menschliche Gesundheit stellen nach wie vor ein viel diskutiertes Thema dar. So hat die Ausbreitung von Ambrosiapflanzen (auch: beifußblättriges Traubenkraut; engl.: ragweed) in Europa wegen des hohen Allergenpotentials der Pollen dieser Pflanze zu der Annahme geführt, dass die Sensibilisierung gegen ambrosiaspezifische Allergene zunehmen wird. Zu Sensibilisierungen und Allergien bei Erwachsenen in Deutschland liegen bisher kaum Längsschnittdaten vor. Aus diesem Grund hat das LGA im Auftrag des SM untersucht, ob sich bei Erwachsenen in Baden-Württemberg in den vergangenen Jahren ein Anstieg bei Sensibilisierungen gegen ein ambrosiaspezifisches Allergen (Amb a 1) erkennen lässt.

Im Rahmen einer Kohortenstudie, die in Kooperation mit zehn Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg an Landratsämtern seit 2010 durchgeführt wird und die sich im Rekrutierungskonzept an die WHITEHALL-Studien anlehnt, haben 2010/11 insgesamt 1 398 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Landratsämtern freiwillig Blutproben abgegeben, die mit Hilfe entsprechender Labormethoden auf Sensibilisierung gegenüber dem Majorallergen von *Ambrosia artemisiifolia* (Amb a 1) untersucht wurden. 2016/17 konnten ins-

gesamt davon noch 724 Personen erreicht und für eine Teilnahme und Blutabnahme gewonnen werden.

Die Untersuchung wurde von den Gesundheitsämtern in Aalen, Böblingen, Heilbronn (Land), Konstanz, im Hohenlohekreis, in Lörrach, Ludwigsburg, im Ortenaukreis, in Ravensburg und Waldshut in den jeweiligen Landratsämtern angeboten und bisher in den Jahren 2010/11 und 2016/17 durchgeführt. Die Laboranalysen der Blutproben erfolgten im Labor des LGA.

In der Untersuchung 2010/11 wurde bei 1,1 % der untersuchten Personen eine Sensibilisierung gegen das ambrosiaspezifische Majorallergen (Amb a 1) beobachtet. Bei den Personen, die sowohl an der ersten und an der zweiten Untersuchung teilgenommen hatten, lag dieser Anteil in der ersten Untersuchung bei 1,2 % und in der zweiten Untersuchung bei 1,1 %. Demnach konnte in dieser Gruppe keine Zunahme von Sensibilisierungen gegen das ambrosiaspezifische Allergen festgestellt werden.

Die Ergebnisse zur Sensibilisierung gegen das ambrosiaspezifische Allergen Amb a 1 bei den in beiden Erhebungen 2010/11 und 2016/17 untersuchten Personen sind in der Tabelle dargestellt. Erkennbar ist, dass in den meisten Fällen die Laborergebnisse von 2010/11 und 2016/17 übereinstimmen (99,3 %) und nur bei wenigen Personen eine Sensibilisierung 2016/17 hinzugekommen ist (0,3 %). Bei 0,4 % der untersuchten Personen war 2010/11 eine Sensibilisierung festgestellt worden und 2016/17 nicht mehr.

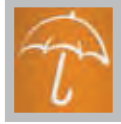
Da sich die Ambrosiapflanze weiterhin in Baden-Württemberg ausbreitet, bleibt es interessant, die Sensibilisierungsraten weiter zu beobachten, was für die nächste Untersuchung der Erwachsenen dieser Kohorte im Jahr 2020 auch vorgesehen ist.

Ergebnisse der Untersuchungen zur Sensibilisierung gegenüber Ambrosia (Amb a 1) in der ersten Untersuchung 2010/11 und in der zweiten Untersuchung 2016/17 bei Personen, für die beide Ergebnisse vorlagen (N=724).

Quelle: Landesgesundheitsamt, Untersuchung der Gesundheit und Umwelt bei Erwachsenen in Baden-Württemberg

Jahr	2016/17 Amb a 1 positiv	2016/17 Amb a 1 negativ	Summe
2010/11 Amb a 1 positiv	0,8 %	0,4 %	1,2 %
2010/11 Amb a 1 negativ	0,3 %	98,5 %	98,8 %
Summe	1,1 %	98,9 %	100,0 %

Amb a 1: gilt als wichtigstes und spezifisches Allergen der Ambrosia zur Erkennung von Sensibilisierung gegenüber Ambrosia. Mit der Untersuchung auf Amb a 1 soll Kreuzreaktivität mit Gewöhnlichem Beifuß o. Ä. ausgeschlossen werden.



Impfquoten und Erkrankungsfälle in einer Karte: die neuen Doppellayerkarten im Gesundheitsatlas

Anna Leher, Lisa Hachtel, Ref. 94; Nobila Ouédraogo, Ref. 92

Mit Abschluss der dritten Ausbaustufe steht seit August 2018 eine weitere Berichtsform im Gesundheitsatlas zur Verfügung, die eine gleichzeitige Darstellung zweier Indikatoren in einer Karte ermöglicht.

Gesundheitsberichterstattung bildet mit der Bereitstellung und Aufbereitung von gesundheitsrelevanten Daten die Grundlage für Planung und Bewertung von Gesundheitsmaßnahmen. In Baden-Württemberg werden Gesundheitsdaten in erster Linie mittels des webbasierten Gesundheitsatlas einer breiten Öffentlichkeit präsentiert. Seit der Überarbeitung im Jahr 2014 wurde dieser stetig weiterentwickelt und Ende August 2018 die dritte Ausbaustufe abgeschlossen.

Eine der Neuerungen sind die Doppellayerkarten, die eine gleichzeitige Darstellung von zwei Indikatoren in einer Karte ermöglichen. Der eine Indikator wird

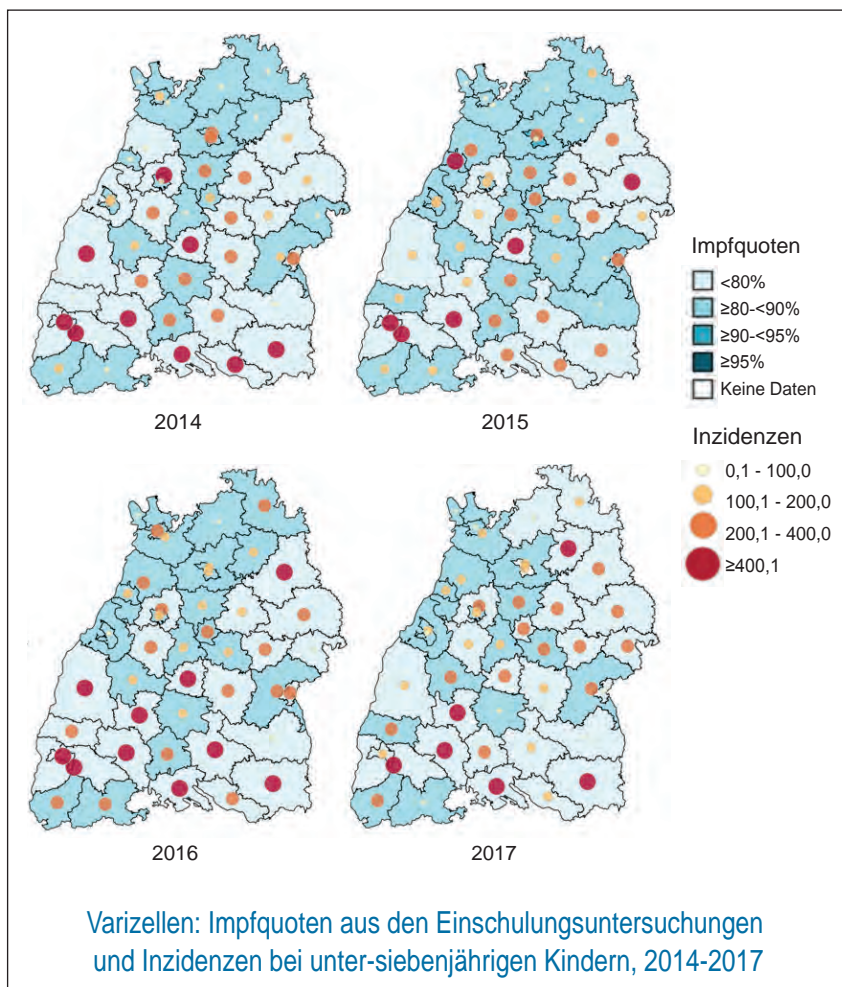
dabei durch die Färbung der Fläche und die Ausprägung über die Farbpalette, der andere Indikator als Punkt, dessen Größe abhängig von der Ausprägung ist, visualisiert. Durch diese zeitgleiche Darstellung zweier Indikatoren lassen sich Auffälligkeiten und Hinweise auf Abhängigkeiten veranschaulichen.

Veröffentlicht sind diese Doppellayerkarten mittlerweile in zwei Themenfeldern: Im Bereich Pflege wird die Anzahl der Pflegebedürftigen und verfügbarer Pflegeeinrichtungen abgebildet. Im Bereich der meldepflichtigen Infektionskrankheiten werden Impfquoten und Inzidenzen von ausgewählten Erkrankungen (Masern, Pertussis und Varizellen) gleichzeitig dargestellt. Die Impfquoten stammen dabei aus der landesweiten Einschulungsuntersuchung (ESU). Bei dieser werden bei Kindern im vorletzten Kindergartenjahr die

Impfbücher gesichtet und die erfolgten Impfungen dokumentiert. Für die Inzidenzen der Infektionserkrankungen werden die Meldedaten gemäß IfSG herangezogen.

Exemplarisch sind in der Abbildung die Karten für die Erkrankungszahlen und Impfquoten zu Varizellen aus den Jahren 2014-2017 abgebildet. Erkennbar ist, dass die höchsten Inzidenzen (≥ 400 übermittelte Erkrankungen je 100 000 Einwohner für die Altersgruppe unter Siebenjähriger) in den Kreisen zu verzeichnen waren, in denen eine Grundimmunisierung gegen Varizellen bei unter 80 % der untersuchten Kinder lag.

Die Doppellayerkarten zeigen durch die gleichzeitige Darstellung zweier Indikatoren bestehende Zusammenhänge auf und ermöglichen es, die Entwicklung dieser über die Zeit zu beobachten. Dies bildet die Basis, um zielgerichtet präventive Interventionen zu planen.



Fortbildungen für den Rettungsdienst und Krankentransport im LGA

Claudia Wojczehowski, Ref. 91

Fortbildungen für den Rettungsdienst werden seit 2018 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) angeboten.

Der Infektionsschutz ist für diese Berufsgruppe elementar und unterliegt spezifischen Anforderungen. Seit 2018 wurden diese Kurse in das umfangreiche Fortbildungsangebot mit aufgenommen.

Den Schutz vor Infektionen im Rettungsdienst thematisiert das LGA seit jeher in seiner dreiwöchigen Desinfektoren-Ausbildung, welche mit einer staatlichen Abschlussprüfung endet. An dieser nehmen seither verschiedene Berufsgruppen teil, z. B. aus Gesundheitsämtern, aus der Gebäudereinigung und aus dem Rettungsdienst. Dieser Kurs vermittelt umfassende Hygienemaßnahmen, welche bei der Reinigung und Desinfektion beispielsweise von Flächen und Textilien zu berücksichtigen sind – so auch beim Reinigen und Desinfizieren einer Liege und eines Rettungswagens. Zusätzlich zu diesem regelmäßigen Fortbildungsangebot hat das LGA erstmals seit letztem Jahr zweitägige Fortbildungen zum „Infektionsschutz im Rettungsdienst und Krankentransport“ angeboten. Die jeweils 40 Plätze pro Kurs waren sehr gefragt. Die lange Warteliste bestätigt den Bedarf, sodass dieses Angebot auch künftig fortgeführt wird.

Die Basis für den Infektionsschutz ist der richtige Umgang mit der persönlichen Schutzausrüstung. Daher steht das korrekte Anziehen und Ausziehen der Schutzhandschuhe, Schutzanzüge und Schutzbrille im Focus des Kurses. Die Umkleideübungen wurden

im vergangenen Kurs begeistert angenommen. Auch der anschauliche Unterricht am Rettungswagen fand großen Anklang. Das Deutsche Rote Kreuz stellte dafür jeweils einen Einsatzwagen zur Verfügung.

Abgerundet wird die praxisnahe Fortbildung mit umfangreichem Wissen zur Gefährdungsbeurteilung, zum Hygieneplan, zur hygienischen medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie mit der Frage: „Wie gebe ich das Wissen meinen Kolleginnen und Kollegen weiter?“

Nähere Informationen zum „Infektionsschutz im Rettungsdienst und Krankentransport“ am 12./13.03.2019 erhalten Sie im LGA (Tel. 0711 904-39132) und unter https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Startseite/veranstaltungen/Hygiene/Seiten/Hygiene_Rettungsdienst.aspx.



Die letzte Reakkreditierung des Landeslabors im LGA

Claudia Kühmstädt, Ref. 91

Kurz vor Jahresende wurde die Arbeitsweise in den Laboren und dem Qualitätsmanagement (QM) an sechs Tagen von insgesamt fünf externen Auditoren kritisch geprüft.

Der Laborbereich des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) ist seit Juni 2004 nach DIN EN ISO/IEC 17025 als Prüflabor und seit 2014 nach DIN EN ISO 15189 als medizinisches Labor akkreditiert. Bisher war die Akkreditierung auf fünf Jahre befristet. Gegen Ende der Laufzeit mussten sich die Labore dem Reakkreditierungsaudit unterziehen, bei dem Methoden, Dokumente und Personal wie bei einem Erstantrag vollumfänglich überprüft wurden. Mit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 19.09.2018 ist die Befristung der Akkreditierung nicht mehr zulässig. Somit fand 2018 das letzte Reakkreditierungsaudit des Landeslabors statt. Die Ausstellung der neuen Urkunden – ohne zeitliche Einschränkung – wird gespannt für 2019 erwartet.

Akkreditierung

Mit der Akkreditierung weist das Labor seine fachliche Kompetenz sowie die Einhaltung spezifischer Normen nach. Für den Kunden bedeutet dies eine Gewährleistung, dass die Qualität und Sicherheit einer Leistung oder eines Produkt verlässlich sind und diese den technischen und rechtlichen Vorgaben entsprechen. Die Hausspitze des LGA hat sich bereits 2003 für die Akkreditierung der Laboruntersuchungen ausgesprochen. Dies ist schließlich eine Maßnahme der Transparenz und der Vertrauensbildung, denn durch die externe Überwachung ist die Integrität der Messwerte und Gutachten sichergestellt.

Das Aufheben einer zeitlichen Befristung der Akkreditierung ist keinesfalls mit der Einstellung der externen Begutachtungen gleichzusetzen. Durch ein neues Überwachungskonzept wird die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) gewährleisten, dass die Qualität der Untersuchungen den Normstandards entspricht. Dieses Konzept soll einem risikobasierten Ansatz folgen, sodass Labore in denen eine größere Fehlerhäufigkeit angenommen wird bzw. schwerwiegendere Konsequenzen aus Fehlern entstehen können, häufiger begutachtet werden. Da das Konzept aktuell noch erarbeitet wird, kann noch nicht abge-

schätzt werden, wie groß der (Mehr-)Aufwand für das QM und den Laborbereich zukünftig sein wird.

Quo vadis, Qualität?

Mit einem reduzierten Arbeitsaufkommen bei der Vorbereitung und Nachbereitung der Überwachung ist wohl eher nicht zu rechnen. Kontinuierlich stieg über die Jahre die Menge der für die Akkreditierung bereitzustellenden Unterlagen. Für die Beantragung der Erstakkreditierung 2004 waren ein formloser Antrag und die Kennzeichnung der beantragten Prüfbereiche auf einer zweiseitigen Liste ausreichend. Der Antrag auf Reakkreditierung wurde 2018 elektronisch eingereicht und erreichte ein Datenvolumen von 50,4 MB, das sich aus 325 Einzeldokumenten zusammensetzte. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Anzahl der 60 akkreditierten Prüfverfahren auf nur noch rund ein Drittel im Vergleich zu 2004 reduziert wurde.

Dokumentation ist das Kerngeschäft des QM und im Sinne der Patientensicherheit ist eine lückenlose Aufzeichnung der Laborarbeit unbestritten sinnvoll. Jedoch steigen die Anforderungen an das QM sowohl bei der Überwachung der Abläufe im Labor als auch in der Administration stetig an. Während die fortschreitende Automatisierung im Labor Arbeitszeit einspart, zeigt sich kontinuierlich eine beträchtliche Zunahme der Arbeitszeit für Dokumentation und Datenverwaltung. Als Fazit bleibt: Auch im QM gilt für das Verhältnis von Aufwand zu Ergebnis das Pareto-Prinzip.



Enterobacteriaceae- und Acinetobacter-Fälle mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit in Baden-Württemberg, 2016-2018

Maylin Meincke, Christiane Wagner-Wiening, Ref. 92

Fallzahlen zu Infektionen und Kolonisationen durch Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit sind geografisch heterogen verteilt, Enterobacteriaceae-Fälle haben sich im Vergleich zum Vorjahr 2018 verdoppelt.

Carbapeneme sind β -Lactam-Antibiotika, die als Reserveantibiotika verwendet werden. In den letzten Jahren wurde eine weltweite Zunahme von Erregern beobachtet, die eine Resistenz gegen Carbapeneme entwickelt haben. Um die Verbreitung und Relevanz solcher Erreger in Deutschland besser bewerten zu können, wurde im Mai 2016 eine Meldepflicht für Nachweise von Kolonisationen und Infektionen durch Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp. mit einer Nichtempfindlichkeit gegenüber Carbapeneme nach Infektionsschutzgesetz eingeführt.

Zwischen Mai 2016 und Ende Dezember 2018 (Datenstand: 21.02.2019) wurden insgesamt 657 Fälle von Carbapenem-nichtempfindlichen Enterobacteriaceae und 134 Fälle von Carbapenem-nichtempfindlichen Acinetobacter spp. an das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) übermittelt. Während die Anzahl von Acinetobacter-Infektionen und -Kolonisationen mit 62 Fällen in 2017 und 73 in 2018 relativ stabil blieb, hat sich die Anzahl der übermittelten Enterobacteriaceae-Fälle von 243 in 2017 auf 411 in 2018 annähernd verdoppelt.

Bei 36 % der übermittelten Enterobacter-Nachweise wurde der Erreger Klebsiella pneumoniae nachgewiesen (siehe erste Tabelle). Dieser war sowohl im Jahr 2017 wie auch in 2018 der häufigste nachgewiesene Vertreter der Enterobacteriaceae, gefolgt von Escherichia coli (siehe erste Abbildung, links). In jeweils 31 % der Enterobacteriaceae- und Acinetobacter-Übermittlungen konnte ein Carbapenemase-Gen nachgewie-

Anteil der übermittelten Carbapenem-nichtempfindlichen Enterobacteriaceae-Erreger und der nachgewiesenen Carbapenemase-Gene, 2016-2018, Baden-Württemberg

Nachgewiesene Erreger der Enterobacteriaceae	Anzahl/Anteil
Klebsiella pneumoniae	239 (36 %)
Escherichia coli	146 (22 %)
Enterobacter cloacae	108 (16 %)

sen werden. Bei 37 % der Resistenzgen-Nachweise in der Meldekategorie Enterobacteriaceae handelte es sich um OXA-48 (siehe zweite Tabelle). In 2018 ist eine Zunahme in der Heterogenität der Nachweise zu beobachten (siehe erste Abbildung, rechts). In der

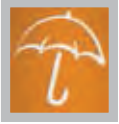
Nachgewiesene Carbapenemase-Gene bei Enterobacteriaceae- und Acinetobacter-Fällen, 2016-2018, Baden-Württemberg

Nachgewiesene Carbapenemase-Gene der Enterobacteriaceae	Anzahl/Anteil
OXA-48	75 (37 %)
NDM-1	26 (26 %)
KPC-2	22 (11 %)
Nachgewiesene Carbapenemase-Gene der Acinetobacter spp.	Anzahl/Anteil
OXA-23	27 (66 %)
OXA-51 (ISAb1 upstream OXA-51 like)	6 (15 %)
OXA-72	4 (10 %)

Meldekategorie der Acinetobacter spp. war OXA-23 das häufigste nachgewiesene Resistenzgen (66 % aller Nachweise).

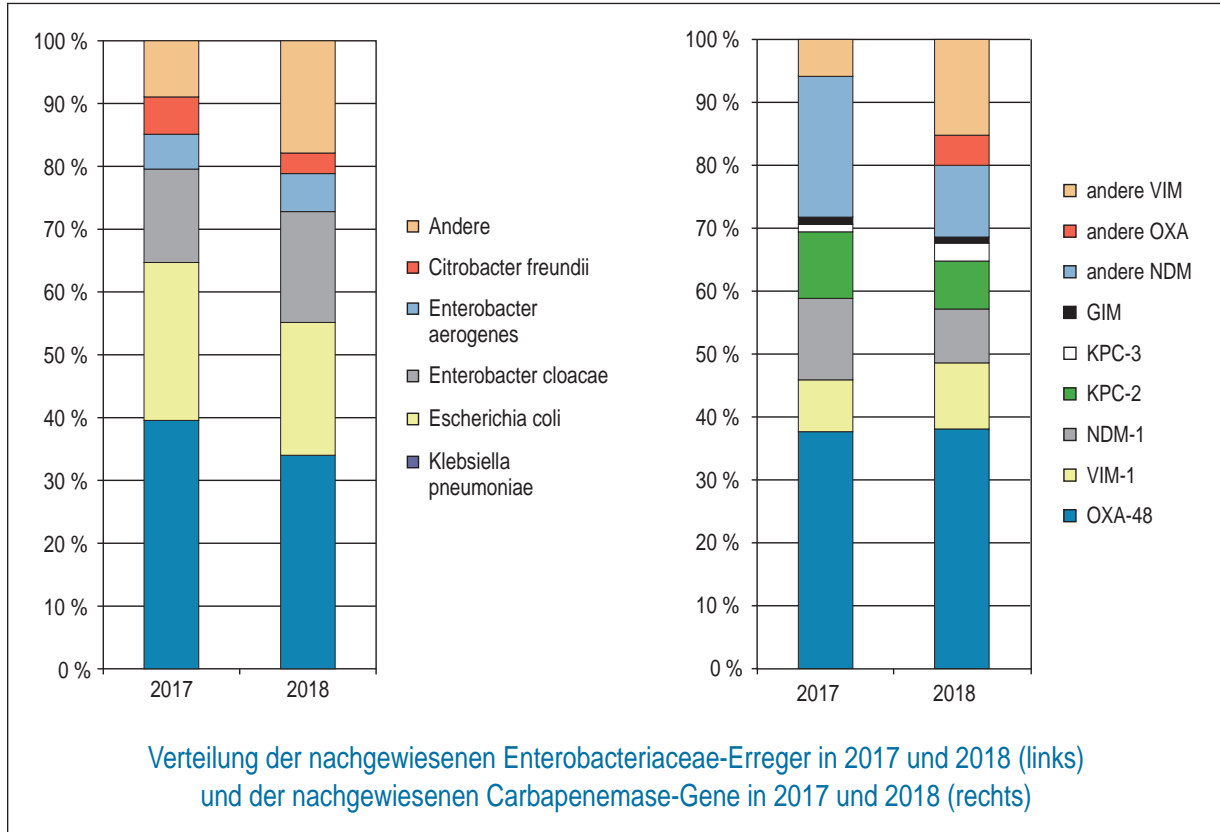
Alle Altersgruppen waren betroffen, wobei die über 70-Jährigen die höchsten Erstdiagnosen für Acinetobacter- (3,2 Fälle pro 100 000) als auch für Enterobacteriaceae-Infektionen bzw.-Kolonisationen (21,6 Fälle pro 100 000) aufwiesen. Fast alle Nachweise (99% der Acinetobacter- und 92% der Enterobacteriaceae-Fälle) erfolgten im Rahmen eines Klinikaufenthaltes. Ungefähr ein Viertel davon waren Infektionen. Sechs Patienten verstarben seit 2016 ursächlich an einer Infektion mit einem Carbapenem-nichtempfindlichen Acinetobacter spp. (3,7 %) und fünf Patienten an einer Infektion mit einem Carbapenem-nichtempfindlichen Enterobacteriaceae (0,8 %)

Wie in der zweiten Abbildung dargestellt, ist die geografische Verteilung von Acinetobacter- und Enterobacteriaceae-Fällen mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit auffällig heterogen. Hierbei zeigt sich eine Spannweite der Inzidenzen von 0-23,7 Enterobacteriaceae-Fällen pro 100 000 Einwohner, bzw. 0-4,9 Acinetobacter-Fällen pro 100 000 Einwohner. Um diese heterogene Verteilung besser verstehen zu

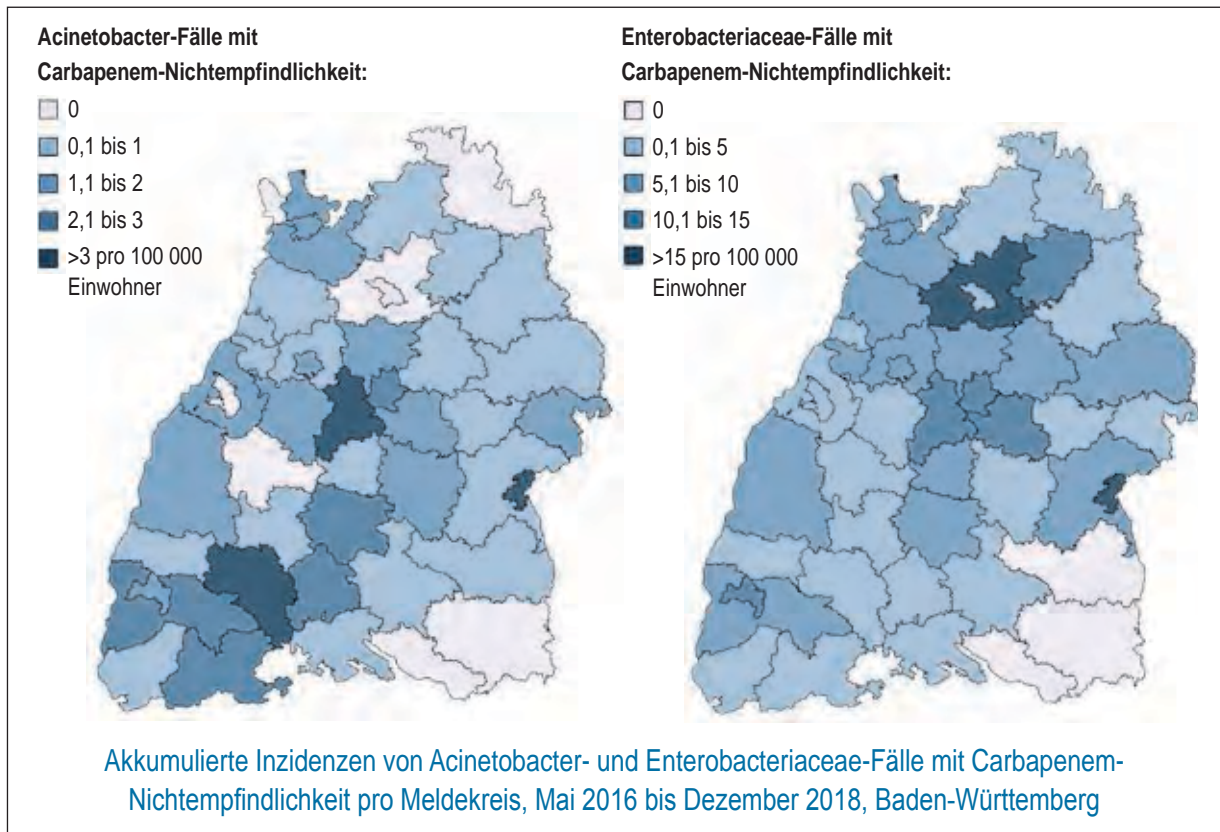


können, führt das LGA seit Januar 2019 zusammen mit den Gesundheitsämtern eine intensivierete Surveillance dieser Erreger durch. Des Weiteren sollen durch die Erfassung und Analyse zusätzlicher Daten

die Deskription der übermittelten Fälle verbessert, die Evidenz von bekannten Infektionsrisiken geprüft und anhand der gewonnenen Ergebnisse Screening-Empfehlungen bewertet werden.



Qualitätssicherung



Evakuierungsübung des LGA

Anna Stieb, Ref. 91

Wenn es brennt, übernimmt der Überlebensinstinkt die Führung. Je häufiger das Verhalten im Brandfall eingeübt wurde, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich auch im Ernstfall alle daran erinnern.

Arbeitgeberpflicht

Gemäß § 4 Abs. 4 der Arbeitsstättenverordnung hat der Arbeitgeber einen Flucht- und Rettungsplan aufzustellen, wenn Lage, Ausdehnung und Art der Benutzung der Arbeitsstätte dies erfordern. Der Plan ist an geeigneten Stellen in der Arbeitsstätte auszuzeigen oder auszuhängen. In angemessenen Zeitabständen ist entsprechend dieses Planes zu üben. Konkretisiert wird dies durch die Technische Regel für Arbeitsstätten – ASR A2.3 „Fluchtwege, Notausgänge, Flucht- und Rettungsplan“.

Alljährlich wird aufgrund § 12 des Arbeitsschutzgesetzes eine Brandschutzbelehrung durchgeführt; diese Unterweisungen erfreuen sich nicht unbedingt großer Beliebtheit, sind aber für die Sicherheit der Mitarbeitenden unerlässlich. Damit die erlernten Verhaltensregeln aus der Brandschutzbelehrung im Ernstfall abrufbar sind, ist die ständige Wiederholung unumgänglich. Die theoretische Unterweisung allein ist im Regelfall nicht ausreichend, um das richtige Verhalten zu verankern, deswegen sind regelmäßige Übungen besonders wichtig.

Aus Fehlern lernen

Das Dienstgebäude des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) verfügt über insgesamt sieben Etagen, in denen Büro- und Arbeitsräume angesiedelt sind, der Labortrakt erstreckt sich über fünf Etagen. Im Juli 2018 fand eine Evakuierungsübung statt. Erfreulicherweise zeigte sich, dass das Gebäude in nur elf Minuten komplett geräumt werden konnte.

Mit der Evakuierungsübung soll die Eignung des Brandschutzkonzepts getestet und Schwachstellen aufgedeckt werden. Die Funktion des Alarmsystems wird gebäudeweit überprüft ebenso wie die technischen Einrichtungen, die das Ausbreiten eines Brandes verhindern sollen wie Brandschutztüren oder die Sperrung der Aufzüge. Typische Fehler wie das Einsammeln vermeintlich wichtiger Dinge, die (ver-

suchte) Nutzung von Aufzügen oder das Verbleiben am Arbeitsplatz konnten von den Brandschutz Helfern auch beim LGA beobachtet werden und wurden im Nachgang mit den Kollegen diskutiert. Ebenso zeigte sich, dass die Mitarbeitenden im Rettungsfall immer vertraute Wege vorziehen und nicht den bei der Unterweisung festgelegten Fluchtwegen folgen.

Der schnelle Transport von gehbehinderten Personen wurde gleichfalls trainiert. Die Aufzüge werden im Brandfall über das Alarmsystem gesteuert, sie fahren automatisch ins Erdgeschoss und verbleiben dort mit geöffneten Türen. Dies ist eine wichtige Schutzmaßnahme, denn Aufzugsschächte wirken wie ein Kamin auf Rauchgase, mit der Folge, dass in der Aufzugskabine die Atemluft rasch verdrängt wird und der Erstickungstod droht. Aufzüge sind daher keinesfalls als Fluchtweg geeignet. Bewegungseingeschränkte Personen können mit Hilfe eines Rettungstuhls – ohne übermäßigen Kraftaufwand – zügig über das Treppenhaus evakuiert werden.

Ganz im Sinne von „lessons learned“ blieb die Evakuierungsübung noch einige Zeit das Gesprächsthema unter den Kollegen. Zahlreiche Verbesserungsvorschläge wurden dadurch zusammengetragen. Gerade aufgrund dieser Erfahrungen möchte das LGA dafür werben, die Arbeitgeberpflichten ernst zu nehmen und Übungen und Unterweisungen regelmäßig durchzuführen sowie die Teilnahme an diesen Veranstaltungen als wichtigen Teil des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu betrachten.



Leitfaden „Mutterschutz im Krankenhaus“

Anette Kohlen, Ref. 96

Das Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts vom 23.05.2017 beinhaltet im Artikel 1 das „Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium“ (Mutterschutzgesetz – MuSchG). Dies war der Anlass, den Leitfaden „Mutterschutz im Krankenhaus“ in der 4. Auflage an das neue Gesetz anzupassen.

Im neuen Mutterschutzgesetz wurde der Anwendungsbereich erweitert. Nun werden auch Schülerinnen, Studentinnen, Frauen, die als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind, und Frauen mit Behinderung die in Werkstätten arbeiten erfasst. Die Regelungen für Nacht, Sonn- und Feiertagsarbeit wurden verändert. Hier wird der Aspekt der ausdrücklichen Bereiterklärung der Frau in dieser Zeit zu arbeiten und die Möglichkeit diese jederzeit zu widerrufen in den Fokus gerückt. Zudem sind Ausnahmegenehmigungen hierfür bei der Aufsichtsbehörde zu beantragen. Erstmals wird eine Obergrenze für die Stillzeit, in der die Arbeitnehmerin freizustellen ist, festgelegt.



Mutterschutz im Krankenhaus

Ein Leitfaden
Vierte, überarbeitete Auflage



In der Gefährdungsbeurteilung ist künftig für jeden Arbeitsplatz mit zu beurteilen welchen Gefährdungen schwangere und stillende Frauen ausgesetzt sind. Dies soll dazu führen, dass Beschäftigungsbeschränkungen und Schutzmaßnahmen bereits in der ersten sensibelsten Phase der Schwangerschaft greifen.

Auch wenn an einem Arbeitsplatz derzeit keine Frau beschäftigt ist, ist eine entsprechende Gefährdungsbeurteilung zu erstellen. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass Stellen generell geschlechtsneutral auszuschreiben sind.

Nach der Mitteilung, dass eine Mitarbeiterin schwanger ist oder stillt, hat der Arbeitgeber die Pflicht ein Gespräch über die Anpassung der Arbeitsbedingungen anzubieten und die festgelegten Schutzmaßnahmen unverzüglich umzusetzen. Die Reihenfolge dieser Maßnahmen ist nun explizit festgelegt.

Die größte Herausforderung für die Anpassung des Leitfadens stellt der neue Begriff der unverantwortbaren Gefährdung dar. So soll die Arbeit so gestaltet werden, dass hinnehmbare (verantwortbare) Gefährdungen zu vermeiden und unverantwortbare Gefährdungen auszuschließen sind. Wegen des hohen Rangs des vom Mutterschutz verfolgten Schutzziels der gesundheitlichen Unversehrtheit der Frau und ihres (ungeborenen) Kindes sind die Anforderungen an die Wahrscheinlichkeit grundsätzlich gering.

Auf der anderen Seite ist die Weiterbeschäftigung der Frau eines der ausdrücklichen Ziele eines modernen Arbeitsschutzes, um sich an die veränderte Arbeitswelt anzupassen.

Vor dem Hintergrund der vielfältigen Gefährdungen im Krankenhaus (Biostoffe, Gefahrstoffe, ionisierende Strahlen, mechanische Belastungen u. v. m.) hat das Arbeitsteam zur Anpassung des Leitfadens diese Aspekte unter Abwägung aller vorliegenden Kenntnisse und Mitberücksichtigung der Praktikabilität im klinischen Alltag in die Neufassung des Leitfadens einfließen lassen.

Wie bei den bisherigen Gestaltungen des Leitfadens wurden wir wieder durch externe Berater sehr hilfreich unterstützt, wofür wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken möchten.

Wir haben die Neuauflage genutzt, um den Leitfaden zu erweitern; ein Kapitel zu zentraler/interdisziplinäre/Pädiatrie Ambulanz und eines zu Innere Ambulanz wurden eingefügt.

Nun ist abzuwarten welche Erkenntnisse der neuformierte Ausschuss für Mutterschutz erarbeiten wird.



Neue Strahlenschutzverordnung: Verordnung zur weiteren Modernisierung des Strahlenschutzrechts

Andrea Hagenmaier, Gerhard Seeger, Ref.96

Das Strahlenschutzrecht wurde modernisiert und die Röntgen- und Strahlenschutzverordnung in eine gemeinsame Verordnung überführt. Dies hat Auswirkungen auf die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte, welche arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchführen. Wichtig für Antragsteller ist, dass die erforderlichen Voraussetzungen der Ermächtigung und das Antragsformular auf der Homepage abrufbar sind.

Auch wenn Strahlenschäden in der öffentlichen Diskussion derzeit in den Hintergrund gerückt sind: 15 Fälle wurden doch noch im letzten Jahr gemeldet. Auch der Fall eines Radiologen, der seine Röntgenanlage durch den eigenen Sohn warten ließ, ist noch in lebhafter Erinnerung. Von Beruf Automechaniker hatte dieser die Anlage ohne jede Fachkenntnis auf eine extrem hohe Röntgendosis eingestellt. Eine Patientin, die letztendlich zwar aus anderer Ursache verstorben war, hatte aufgrund einer Kniegelenksarthrose eine Röntgenreizbestrahlung erhalten. Dies ist bei entsprechender Indikation eine sinnvolle Therapie. In diesem Falle führt sie aber zu einem Strahlenulkus, welchen der obduzierende Pathologe korrekt diagnostiziert und weiter gemeldet hatte. Dieses Beispiel unterstreicht, dass eine rechtskonforme Umsetzung der „Verordnung zur weiteren Modernisierung des Strahlenschutzrechts“ geboten ist.

Aufgrund der überaus zahlreichen Anfragen erfolgen hier Hinweise auf eine Änderung der Rechtsgrundlagen. Am 05.12. wurde die vom Bundesrat am 19.10.2018 beschlossene neue Strahlenschutzverordnung im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Diese ersetzt sowohl die alte Strahlenschutzverordnung als auch die Röntgenverordnung. Die neue Verordnung tritt gemeinsam mit dem bereits im Jahre 2017 beschlossenen Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) am 31.12.2018 in Kraft.

Das Strahlenschutzrecht wurde auf Grundlage der 2013/59/Euratom überarbeitet. Eine Zuständigkeitsverordnung und eine neue Gebührenordnung werden im Laufe des Jahres 2019 verabschiedet.

In der Strahlenschutzverordnung (§§ 60-64 vom 18.06.2002) sowie der Röntgenverordnung (§§ 37-41 vom 30.04.2003) wurde bisher der Schutz der Gesundheit beruflich strahlenexponierter Personen geregelt. Ab 01.01.2019 hat sich die Rechtslage geändert.

Die Untersuchung beruflich strahlenexponierter Personen ist von ermächtigten Ärzten unter Berücksichtigung der Arbeitsplatzgegebenheiten und der

damit verbundenen Belastung und Beanspruchung durchzuführen.

Die arbeitsmedizinische Vorsorge umfasst

- die ärztliche Untersuchung,
- die ärztliche Beurteilung
- und die besondere arbeitsmedizinische Vorsorge (Vorschläge zur Vorbeugung und Abwehr von Gesundheitsschäden).

Die Ermächtigung wird von der zuständigen Behörde, die für das Land Baden-Württemberg der Staatliche Gewerbearzt im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg ist, erteilt.

Die Voraussetzung der Ermächtigung sowie das Antragsformular sind auf der Homepage abrufbar.

Die gesetzliche Grundlage ergibt sich aus dem § 175 Ermächtigte Ärzte.

(1) Die zuständige Behörde ermächtigt Ärzte zur Durchführung der ärztlichen Überwachung nach den §§ 77, 78, 79 und 81, auch in Verbindung mit den §§ 151, 158 Absatz 3, §§ 165 oder 166. Die Ermächtigung darf nur einem Arzt erteilt werden, der die für die ärztliche Überwachung bei beruflicher Exposition erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz nachweist. Sie ist auf fünf Jahre zu befristen.

(2) Der ermächtigte Arzt hat die Aufgabe, die Erstuntersuchungen, die erneuten Untersuchungen und die Beurteilungen nach den §§ 77 und 78 sowie die besondere ärztliche Überwachung nach § 81 durchzuführen. Er hat Maßnahmen vorzuschlagen, die bei erhöhter Exposition zur Vorbeugung vor gesundheitlichen Schäden und zu ihrer Abwehr erforderlich sind. Personen, die an Arbeitsplätzen beschäftigt sind, an denen die Augenlinse besonders belastet wird, sind daraufhin zu untersuchen, ob sich eine Katarakt gebildet hat.

(3) Der ermächtigte Arzt ist verpflichtet, für jede Person, die der ärztlichen Überwachung unterliegt, eine Gesundheitsakte nach § 79 Absatz 2 des Strahlenschutzgesetzes zu führen.

Für eine Ermächtigung ist die Approbation als Arzt erforderlich sowie eine mehrjährige praktische Tätigkeit auf relevanten arbeitsmedizinischen Gebieten (i. d. R. Facharztbezeichnung Arbeitsmedizin oder Betriebsmedizin) und zusätzlich die erforderliche Fachkunde mit theoretischem Wissen und dem Nachweis der Sachkunde.





Anhang

ORGANISATIONSPLAN Regierungspräsidium Stuttgart

Stand: 01.06.2019

Ruppamstraße 21
70565 Stuttgart
Telefon 0711 904-0
Telefax 0711 904-1190
E-Mail: poststelle@ps.bwl.de
Internet: www.rp-stuttgart.de

Koordinierungs- und Pressestelle
FD in Haager 904-10012
Pressesprechern Bürgerreferentin
RUS in Güller 904-10100
Frau Papprika 904-10020
OAR Scheier 904-10004

REGIERUNGSPRÄSIDENT
904-10000/10001
Wolfgang Reimer

REGIERUNGSVIZEPRÄSIDENTIN
904-10010/10011
Sigrun von Strauch

Beauftragte für Chancengleichheit
AR in Jeschka 904-10050

Wirtschaftsbeauftragte
ABD Heckhausen 904-11400
Lfd. BD Jahne 123-2607

Leitende Fachkraft für Arbeitssicherheit
904-11157
Herr Weiler

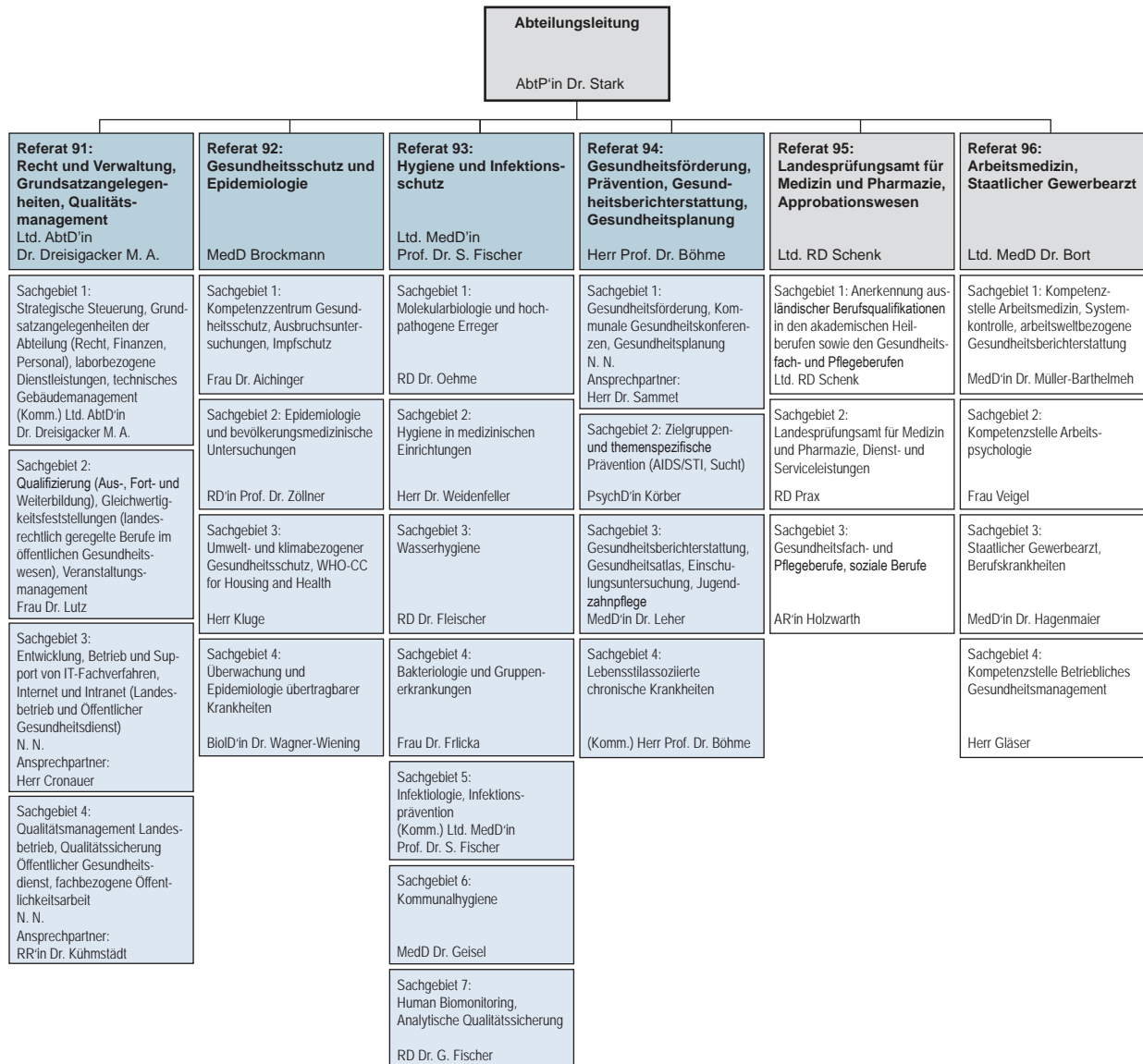
Personalratsvorsitzende
Frau Heuser 904-10064

Vertrauensperson der schwer behinderten Menschen
OAR Hehn 904-13114

<p>Abteilung 1 Steuerung, Verwaltung und Bevölkerungsschutz</p> <p>RVP in von Strauch 904-10010</p> <p>11 Organisation, Information und Kommunikation</p> <p>Lfd. LwD Dr. Mayer 904-11100</p> <p>12 Personal</p> <p>ABD in Berger-Schmidt 904-11200</p> <p>13 Haushalt, Controlling</p> <p>Lfd. RD Digel 904-11300</p> <p>14 Kommunales, Stiftungen, Sparkassenwesen und Tafelwerke</p> <p>ABD Heckhausen 904-11400</p> <p>15.1 Staatsangehörigenrecht, Ausländerrecht</p> <p>Lfd. RD Liesche 904-11500</p> <p>15.2 Flüchtlingsaufnahme</p> <p>Lfd. FD Deines 904-11525</p> <p>16 Polizeirecht, Feuerwehr, Katastrophenschutz, Rettungsdienst, KfzBD</p> <p>-----</p> <p>Kampfmittelbeseitigungsdienst Baden-Württemberg</p> <p>Lfd. RD Hagmann 904-11900</p>	<p>Abteilung 2 Wirtschaft und Infrastruktur</p> <p>AdP in Bühler 904-12000</p> <p>21 Raumordnung, Baurecht, Denkmalschutz</p> <p>Lfd. RD Leber 904-12100</p> <p>22 Stadtplanung, Gewerbe-recht, Preisrecht</p> <p>Lfd. RD in Reiser 904-12200</p> <p>23 Kulturelle und soziale Infrastruktur, Krankenhaushilfe, Jugend, Beispiele für das orientalische Ethikethelwesen</p> <p>Lfd. RD Wörner 904-12300</p> <p>24 Recht, Planfeststellung</p> <p>ABD in Homoth 904-12400</p> <p>25 Patent- und Markenzentrum/ Design Center Baden-Württemberg</p> <p>Lfd. BD Janke 123-2607</p> <p>26 Landesamt für Ausbildungsförderung</p> <p>RD in Reisch 904-12600</p>	<p>Abteilung 3 Landwirtschaft, Ländlicher Raum, Veterinär- und Lebensmittelwesen</p> <p>AdP Dr. Mezger 904-13000</p> <p>31 Recht und Verwaltung, Bildung</p> <p>Lfd. RD Frey 904-13100</p> <p>32 Betriebswirtschaft, Agrarförderung und Struktur-entwicklung</p> <p>Lfd. LD Schied 904-13200</p> <p>33 Pflanzliche und tierische Erzeugung</p> <p>Lfd. LwD Ritz 904-13300</p> <p>34 Markt und Ernährung Futtermittelüberwachung</p> <p>ABD in Reinhardt 904-13400</p> <p>35 Vieleisnawesen Lebensmittellüberwachung</p> <p>Lfd. VwD Dr. Herzog 904-13500</p>	<p>Abteilung 4 Straßenwesen und Verkehr</p> <p>AdP Heß 904-14000</p> <p>41 Recht und Verwaltung, Grunderwerb</p> <p>ABD in Dr. Stocke 904-14100</p> <p>42 Steuerung und Baulinienzen, Vertrags- und Verdingungs-wesen</p> <p>Lfd. BD Ullrich 904-14200</p> <p>43 Ingenieurbau</p> <p>Lfd. BD Klyeisen 904-14300</p> <p>44 Straßenplanung</p> <p>ABD Holewarth 904-14400</p> <p>45 Straßenbau und Verkehrstechnik</p> <p>Lfd. BD Dätsch 904-14500</p> <p>46.1 Verkehr und Luftschifffahrt</p> <p>N. N.</p> <p>46.2 Luftverkehr und Luftschifffahrt</p> <p>Lfd. BD Hamm 904-14675</p> <p>47.1 Baureferat Nord</p> <p>Lfd. BD Malenbörfer 07131 64-37300</p> <p>47.2 Baureferat Ost</p> <p>BD Engelhard 07961 81-600</p> <p>47.3 Baureferat Süd</p> <p>Lfd. BD Schwarz 07161 657-229</p> <p>47.4 Baureferat West</p> <p>Lfd. BD Klein 904-14700</p> <p>47.5 Baureferat Großprojekte</p> <p>Lfd. BD Frenzl 904-14750</p>	<p>Abteilung 5 Umwelt</p> <p>AdP Urnher 904-15000</p> <p>51 Recht und Verwaltung</p> <p>Lfd. RD in Weppler 904-15100</p> <p>52 Gewässer und Böden</p> <p>Lfd. TD Dr. Ochs 904-15200</p> <p>53.1 Gewässer I, Ordnung, Hochwasserschutz und Gewässerökologie Gebiet Süd</p> <p>N.N.</p> <p>53.2 Gewässer I, Ordnung, Hochwasserschutz und Gewässerökologie Gebiet Nord</p> <p>Lfd. TD Moser 904-15312</p> <p>54.1 Industrie Schwerpunktluftreinhalung</p> <p>Lfd. RD Obermüller 904-15400</p> <p>54.2 Industrie/Kommunen Schwerpunktluftreinhalung</p> <p>ABD Michala 904-15418</p> <p>54.3 Industrie/Kommunen Schwerpunktluftwasser</p> <p>Lfd. TD in Krauer 904-15438</p> <p>54.4 Industrie/Schwerpunkt Abwasser</p> <p>Lfd. TD Meixen 904-15467</p> <p>54.5 Industrie/Schwerpunkt Anlagen-sicherheit RD in Paetzold-Schmidt 904-15460</p> <p>55 Naturschutz - Recht -</p> <p>Lfd. RD Baumann 904-15500</p> <p>56 Naturschutz und Landschaftspflege</p> <p>Lfd. RD in Mook 904-15600</p>	<p>Abteilung 6 Wegfallen seit 01.01.2014</p>	<p>Abteilung 7 Schule und Bildung</p> <p>AdP in Rugart 904-17000</p> <p>71 Rechts- und Verwaltungsangelegenheiten der Schulen</p> <p>ABD Freiser 904-17100</p> <p>72 Personal- und Verwaltungsangelegenheiten der Lehrkräfte</p> <p>Lfd. RD in Sommerfeld 904-17200</p> <p>73 Lehrstellenstellung und Bedarfsplanung</p> <p>RSD Soric 904-17300</p> <p>74 Grund-, Volkshoch-, Haupt-, Realschulen, Berufsbildungsschulen, Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentren</p> <p>Lfd. RSD Kaiser 904-17400</p> <p>75 Allgemein bildende Gymnasien</p> <p>Lfd. RSD Dr. Holz 904-17500</p> <p>76 Berufliche Schulen</p> <p>ABD Sabelhaus 904-17600</p> <p>77 Qualitätssicherung und -entwicklung, Schulpsychologische Dienste</p> <p>Lfd. RSD in Kugler 904-17700</p> <p>Landeslehrprüfungsamt Außenstelle des Kultusministeriums beim Regierungspräsidium Stuttgart</p> <p>Lfd. RSD Springmann 904-17800</p>	<p>Abteilung 8 Landesamt für Denkmalpflege</p> <p>AdP Prof. Dr. Wolf 904-45100</p> <p>81 Recht und Verwaltung</p> <p>Lfd. RD Hall 904-45150</p> <p>82 Denkmalrechtliche Vermittlung</p> <p>Frau Herten 07071 757-2458</p> <p>Abteilungsbereich Bau- und Kunstdenkmalspflege</p> <p>83.1 Inventarisierung</p> <p>HKons Dr. Hahn 904-45183</p> <p>83.2 Praktische Bau- und Kunstdenkmalspflege</p> <p>ABD in Prof. Dr. Plebs 904-45226</p> <p>83.3 Spezialgebiete</p> <p>JKons in Dr. Mann 904-45302</p> <p>Abteilungsbereich Archäologische Denkmalpflege</p> <p>84.1 Zentrale Dienste und Denkmalforschung</p> <p>ABD Prof. Dr. Krause 904-45502</p> <p>84.2 Operative Archäologie</p> <p>L.Kons Dr. Bömlinger 904-45146</p>	<p>Abteilung 9 Landesgesundheitsamt</p> <p>AdP in Dr. Stark 904-39000</p> <p>91 Rechts- und Verwaltung, Grundsatzangelegenheiten, Qualitätsmanagement</p> <p>ABD in Dr. Dreisacker 904-39100</p> <p>92 Gesundheitsschutz und Epidemiologie</p> <p>MD Brockmann 904-39500</p> <p>93 Hygiene und Infektionsschutz</p> <p>Lfd. Med/Dn Dr. Berg 904-11020</p> <p>102 Ärztliche und pharmazeutische Angelegenheiten, Landesärztl. für Menschen mit Behinderungen</p> <p>Lfd. RD in Dr. Hoff 904-11030</p> <p>104 Versorgungsärztlicher Dienst</p> <p>Med/Dn Dr. Franke 904-11056</p>	<p>Abteilung 10 Landesversorgungsamt</p> <p>AdP Fink 904-11000</p> <p>101 Recht und Verwaltung</p> <p>Lfd. RD Schweinin 904-11010</p> <p>102 Ärztliche und pharmazeutische Angelegenheiten, Landesärztl. für Menschen mit Behinderungen</p> <p>Lfd. Med/Dn Dr. Berg 904-11020</p> <p>103 Verfahren nach dem SGG</p> <p>Lfd. RD in Dr. Hoff 904-11030</p> <p>104 Versorgungsärztlicher Dienst</p> <p>Med/Dn Dr. Franke 904-11056</p>
---	---	--	---	--	---	--	--	---	--

Organisationsplan der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart

(Stand: 01.06.2019)



Aufgaben der Abteilung 9: Landesgesundheitsamt im Überblick



Abteilungsleitung

Seit Inkrafttreten des Verwaltungsstruktur-Reformgesetzes 2005 ist das vormals als eigenständige Fachbehörde im Geschäftsbereich des SM angesiedelte Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) als Abteilung 9 in das Regierungspräsidium Stuttgart (RPS) eingegliedert. Die fachlichen Aufgaben sind dabei in vollem Umfang erhalten geblieben; diese werden überwiegend landesweit wahrgenommen.

Mit der Eingliederung ins Regierungspräsidium Stuttgart sind auch die Tätigkeitsbereiche des Landesprüfungsamtes für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen Teil des Aufgabenkatalogs geworden.

Auch im RPS werden die Aufgaben der fachlichen Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) Baden-Württemberg (Referate 91-94) in der Rechtsform eines Landesbetriebs gemäß § 26 LHO weitergeführt.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes über den ÖGD und Änderung anderer Vorschriften zum 01.01.2016 sind die Zuständigkeit der Landesärzte für Behinderte und von Behinderung bedrohter Menschen nach § 62 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und die Aufgaben des Staatlichen Gewerbearztes einschließlich der Kompetenzstelle Arbeitsmedizin – Arbeitspsychologie – Gesundheitsmanagement vom Landesbetrieb Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg auf das Regierungspräsidium Stuttgart übergegangen.

Fachliche Leitstelle für den ÖGD Baden-Württemberg

Mit dem Inkrafttreten des ÖGDG BW zum 01.01.2016 wurden die Aufgaben des LGA gesetzlich festgelegt. Ziel der Arbeit des ÖGD sind die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. In der Funktion als fachliche Leitstelle für den ÖGD berät und unterstützt das LGA die Landesregierung, die Regierungspräsidien und die Gesundheitsämter auf den Gebieten des ÖGD. Das Aufgabenspektrum reicht von der Durchführung von Studien sowie der Sammlung und Auswertung von wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Entwicklung fachlicher Konzepte und Strategien bis hin zur Durchführung von labordiagnostischen Untersuchungen. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Entwicklung von Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung und -kontrolle für den ÖGD und die Kommunalen Gesundheitskonferenzen dar. Die Feststellung der Gleichwertigkeit im Ausland erworbener Ausbildungsnachweise und inländischer Ausbildungsnachweise für landesrechtlich geregelte Berufe im öffentlichen Gesundheitswesen nach dem Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz Baden-Württemberg gehört ebenfalls zum Aufgabenspektrum des LGA. Darüber hinaus leistet das LGA mit seinem Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich einen wichtigen Beitrag für die Qualifizierung im ÖGD.

Beim LGA ist die Geschäftsstelle Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz eingerichtet. Ihr obliegt die koordinierende Schnittstellenfunktion auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge und der Gefahrenabwehr beim Auftreten von gefährlichen übertragbaren Krankheiten, Großschadens- und Katastrophenfällen sowie bei terroristischen Bedrohungen.

Ansprechpartner

Abteilungsleitung

Dr. Stark, Abteilungspräsidentin

Tel. 0711 904-39000

abteilung9@rps.bwl.de

Vorzimmer:

Frau 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 Bündlungsfunktionen 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 Gewerbearzt Tätige.
- Zertifizierung des Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereichs inkl. Veranstaltungsmanagement

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 Analysesysteme 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
- Unterstützung der abteilungsinternen Steuerung durch
 - Aktualisierung und Weiterentwicklung des Produktplans und die
 - Gesamtedaktion des Jahresarbeitsplans
- Abteilungsbezogene, referatsübergreifende fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit insbesondere durch
 - Unterstützung der Fachreferate bei der Erstellung von Fachpublikationen
 - Gesamtedaktion des Jahresberichts

Ansprechpartner

Referatsleitung

Ltd. AbtD'in Dr. Dreisigacker M. A.
Tel. 0711 904-39100
andrea.dreisigacker@rps.bwl.de

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

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

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

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 Gesundheitsdienst)

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

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

N.N.
Ansprechpartner:

Stv. SGL RR'in Dr. Kühmstädt
Tel. 0711 904-39121
claudia.kuehmstaedt@rps.bwl.de



Referat 92: Gesundheitsschutz und Epidemiologie

Das Referat umfasst vier Sachgebiete (SG).

SG 1: Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz, Ausbruchsuntersuchungen, Impfschutz

Das SG

- bewertet biologische Gefahrenlagen in einem multidisziplinären Team,
- berät bei Fragestellungen zur Prävention, Erkennung und Abwehr von bioterroristischen Bedrohungen,
- bearbeitet und begleitet die ständige Aktualisierung des Seuchenalarmpfplans,
- 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 dem Ständigen Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochpathogene Erreger (STAKOB) beim Robert Koch-Institut,
- unterstützt den öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Bewertung von chemischen Gefahrenlagen in Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen für die Bevölkerung,
- berät bei Fragestellungen zum Impfschutz und betreibt die Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft Impfen.

SG 2: Epidemiologie und bevölkerungsmedizinische Untersuchungen

Das SG

- bewertet epidemiologische Studien im Auftrag des ÖGD und des Sozialministeriums,
- betreut die Planung, Durchführung und Auswertung bevölkerungsbezogener Untersuchungen des LGA in Kooperation mit Gesundheitsämtern,
- leitet die Untersuchungen zur Gesundheit bei Erwachsenen in Baden-Württemberg,
- untersucht beobachtete und vermutete Krankheitshäufungen,
- führt epidemiologische Untersuchungen und vergleichende Risikobewertungen durch und unterstützt die Risikokommunikation,
- entwickelt Instrumente zur Auswertung, Ergebnisdarstellung und Interpretation von epidemiologischen Untersuchungen für den ÖGD,
- berät die Gesundheitsämter bei der Durchführung und Auswertung epidemiologischer Untersuchungen
- konzipiert und analysiert epidemiologische Untersuchungen im Auftrag des Sozialministeriums.

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

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 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,
- erarbeitet Stellungnahmen zu Anfragen des Sozialministeriums und des ÖGD zur gesundheitlichen Bewertung von Umweltfaktoren,
- 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 Ausbruch-untersuchungen,
- betreut EPIET- und PAE-Fellows während ihrer Ausbildung, führt infektionsepidemiologische Untersuchungen zum Auftreten von übertragbaren Krankheiten durch,
- erarbeitet Infektionsberichte und Stellungnahmen für den ÖGD und das Sozialministerium,
- berichtet zu aktuellen Infektionsgeschehen und bietet Fortbildungen für den ÖGD an.

Ansprechpartner

Referatsleitung

MedD Brockmann
Tel. 0711 904-39500
stefan.brockmann@rps.bwl.de

SG 1: Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz, Ausbruchuntersuchungen, Impfschutz

Frau Dr. Aichinger
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

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

SG 4: Überwachung und Epidemiologie übertragbarer Krankheiten

RD'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, infektionsserologische, parasitologische und molekularbiologische Untersuchungen im Laborbereich, die insbesondere Public Health-Fragestellungen bearbeiten und damit einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitsschutz für die Bevölkerung von Baden-Württemberg liefern,
- Erstellung von Publikationen, Teilnahme an Fachkongressen, Mitarbeit in Ausschüssen und fachlichen Gremien, die sich mit wichtigen Aspekten auch für den Gesundheitsschutz in Baden-Württemberg befassen,
- Ausrichtung von eigenen Fortbildungsveranstaltungen insbesondere für den ÖGD, aber auch für andere Gruppen wie z. B. Angehörige von Kommunen oder andere im medizinischen oder öffentlichen Bereich Beschäftigte.

SG 1: 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
- Koordination 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 Grunderkrankungen

In diesem SG liegt der Schwerpunkt auf

- der Erfassung lebensmittelbedingter Grunderkrankungen, 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

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:

- Gemeinschaftstageseinrichtungen (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

Arbeitsschwerpunkte:

- Konzeption und Beratung im Bereich der Analytischen Qualitätssicherung (AQS) und Etablierung eines Systems zur externen AQS für biologische Innenraumschadstoffe: Schimmelpilzkurse, Ring-

versuch 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 Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Gesundheitsmonitoring-Projekte, Unterstützung des WHO-CC for Housing und Health
- Im SG angesiedelt ist das Medizinisch-chemische Labor mit den Teilbereichen Mykologie und Allergiediagnostik.

Ansprechpartner

Referatsleitung

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

SG 6: Kommunalhygiene

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

SG 7: Human Biomonitoring, Analytische Qualitätssicherung

RD 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, Prävention, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung.

Gesundheitsförderung fragt nach Inhalten und Strukturen, die beitragen, Menschen gesund zu erhalten. Im Mittelpunkt der zielgruppen- und themenspezifischen 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 gehören insbesondere

- die fachliche Beratung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg sowie anderer Landesministerien, der Landrats- und Bürgermeisterämter sowie weiterer Behörden und Institutionen bei Fragestellungen zu den genannten Themenbereichen,
- die Entwicklung von fachlichen Konzepten in aktuellen Schwerpunktbereichen der Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitsplanung, der gesundheitlichen Teilhabe und integrierter kommunaler Gesundheitsstrategien,
- Aufbau und Unterstützung von Netzwerken der Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention und Gesundheitsplanung,

- die kontinuierliche Zurverfügungstellung von gesundheitsbezogenen Daten und weiterführender Informationen über den Gesundheitsatlas zu den Themenfeldern Bevölkerung, medizinische Versorgung, Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie Gesundheitsförderung und Prävention,
- die fachliche Begleitung und Qualitätssicherung der Einschulungsuntersuchungen, deren landesweite Auswertung und Zurverfügungstellung der Ergebnisse,
- die fachliche Unterstützung 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,
- die landesweite Koordinierung der Beratungsstellen zur Gesundheitlichen Beratung gemäß § 10 Prostituiertenschutzgesetz in den Gesundheitsämtern einschließlich der fachlichen Unterstützung der dort tätigen Fachkräfte,
- 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,
- zentraler Ansprechpartner auf Landesebene für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) einschließlich der fachlichen Begleitung und Beratung in fachlichen Fragen und bei Qualitätsentwicklung, z. B. zur Gesundheitsplanung und zum Gesundheitsdialog,
- Netzwerktreffen und Fachaustausch zu nachgefragten, aktuellen Themen aus Gesundheitsförderung, 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 (u. a. Koordi-

nierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg und Landesinitiative Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg)

- Verbreitung von Beispielen guter Praxis, insbesondere in den Bereichen Bewegungsförderung und sozialogenbezogene Gesundheitsförderung
- Fachliche Begleitung beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen und weiteren Netzwerken insbesondere mit Bezug zu integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien und zum Gesundheitsdialog
- Fachliche Begleitung und Qualifizierung des ÖGD bei der Etablierung von Gesundheitsplanung und integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien
- Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, Gesundheitsplanung und den Kommunalen Gesundheitskonferenzen

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

Arbeitsschwerpunkte:

- Verhütung und Bekämpfung sexuell übertragbarer Infektionen unter Berücksichtigung gesellschaftlicher, gesetzlicher und epidemiologischer Entwicklungen auf diesem Gebiet
- 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 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

Arbeitsschwerpunkte:

- Unterstützung des ÖGD in Fragen der Gesundheitsberichterstattung und der Einschulungsuntersuchung einschließlich Maßnahmen der Qualifizierung und der Qualitätssicherung
- Erarbeitung von Gesundheitsberichten für Baden-Württemberg
- Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Daten und Werkzeugen zu ihrer Präsentation z. B. über den Gesundheitsatlas

- Bereitstellung und Auswertung von Daten aus schulärztlichen und jugendzahnärztlichen Untersuchungen

SG 4: Lebensstilassoziierte chronische Krankheiten

Arbeitsschwerpunkte:

- Unterstützung des ÖGD in Fragen der Prävention von lebensstilassoziierten 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

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

SG 1: Gesundheitsförderung, Kommunale Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsplanung

Herr Dr. Sammet
Tel. 0711 904-39407
torben.sammet@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

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

SG 4: Lebensstilassoziierte chronische Krankheiten

N. N.
Ansprechpartner:
Prof. Dr. Böhme
Tel. 0711 904-39003
michael.boehme@rps.bwl.de



Referat 95: Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen

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

- Als Landesprüfungsamt obliegt ihm die verwaltungsmäßige Betreuung der Studiengänge für die akademischen Heilberufe Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Lebensmittelchemiker. Daher erhalten die Studenten dieser Fachrichtungen vom RPS z. B. die Anrechnungen verwandter Studienleistungen, die Zulassungen zu den einzelnen Prüfungen an den jeweiligen Universitäten des Landes und bei Bestehen die staatlichen Prüfungsergebnisse.
- Das Referat ist auch Approbationsbehörde in Baden-Württemberg. Von ihm erhalten Deutsche, EU-Angehörige oder Angehörige von Drittstaaten nach Abschluss ihrer vorgenannten deutschen Ausbildung oder einer gleichwertigen ausländischen Ausbildung die Approbation, also die umfassende Berufszulassung für eine entsprechende Tätigkeit im gesamten Bundesgebiet.
- 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 die Erlaubnis zum Führen der geschützten Berufsbezeichnung. Für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse und die daraufhin erfolgende Erteilung der Erlaubnis, eine geschützte Berufsbezeichnung zu führen, ist das Referat landesweit zuständig.

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 die Prävention sowie die Mitwirkung am Berufskrankheiten(BK)-Verfahren im Vordergrund. Der Staatliche Gewerbearzt ist Teil der Gewerbeaufsicht.

Für Betriebsärzte und Gewerbeaufsicht sowie andere im Arbeitsschutz tätige Personen werden arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Fortbildungen sowie betriebsärztliche Qualitätszirkel angeboten. Tradition haben unter anderem Veranstaltungen wie die „Arbeitsmedizinischen Kolloquien“, die „Arbeitspsychologischen Kolloquien“, die Mitwirkung am „Regionalforum Arbeitsmedizin“ in Stuttgart sowie am „Tag der Arbeitssicherheit“ in Fellbach.

SG 1: Kompetenzstelle Arbeitsmedizin, Systemkontrolle, arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung

Im Sachgebiet (SG) werden

- Ärztinnen und 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,
- Beratungen der Gewerbeaufsicht in Fragen des Mutterschutzes durchgeführt sowie
- die Mitwirkung bei der Systemkontrolle aufgebaut.

SG 2: Kompetenzstelle Arbeitspsychologie

Das SG

- wirkt am Kompetenznetzwerk Arbeitspsychologie der staatlichen Gewerbeaufsicht bei der Beratung der Betriebe zu den Themen „psychische Belastung und Fehlbelastungen am Arbeitsplatz“ mit,
- führt intensive und zahlreiche Schulungen der Staatlichen Gewerbeaufsicht durch,
- ist bei zahlreichen Arbeitsplatzbegehungen aktiv,
- hat die Federführung für die Fachgruppe „Arbeitspsychologie“ im Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau Baden-Württemberg,
- unterstützt die Staatliche Gewerbeaufsicht beim Projekt „Psyche“ der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA).

SG 3: Staatlicher Gewerbearzt, Berufskrankheiten

Schwerpunkte sind die

- arbeitsmedizinische Beratung von Behörden und anderen Institutionen und Einrichtungen sowie von Betriebsärzten, Betriebsräten, Fachkräften für Arbeitssicherheit, Arbeitnehmern und Arbeitgebern,

- Mitwirkung am BK-Verfahren mit schriftlichen Stellungnahmen zur Frage, ob eine angezeigte BK durch gesundheitsschädliche Bedingungen am Arbeitsplatz zustande gekommen ist, wobei insgesamt 5 876 BK-Akten im Jahr 2018 abgeschlossen wurden,
- Besichtigung von Arbeitsplätzen anhand der BK-Akten durch die Staatlichen Gewerbeärztinnen und Gewerbeärzte, um die Entstehung von berufsbedingten Erkrankungen möglichst zu verhindern.
- Bei den über 50 Untersuchungen gemäß dem Strahlenschutzgesetz und den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen wirken mehrere Ärztinnen des SG mit.

SG 4: Kompetenzstelle Betriebliches Gesundheitsmanagement

Das SG

- erstellt Informationen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) und begleitet die Entwicklung des BGM in der Landesverwaltung wissenschaftlich,
- führt intensive Schulungen der BGM-Verantwortlichen in der Landesverwaltung durch,
- wirkt mit beim Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements für kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) in Baden-Württemberg.

Ansprechpartner

Referatsleitung

Ltd. MedD Dr. Bort
Tel. 0711 904-39600
gerhard.bort@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

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

SG 3: Staatlicher Gewerbearzt, Berufskrankheiten

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

SG 4: Kompetenzstelle Betriebliches Gesundheitsmanagement

Herr Gläser
Tel. 0711 904-39611
kurt.glaeser@rps.bwl.de

Laborunterstützter Gesundheitsschutz

Maja Adam, Larissa Dangel, Guido Fischer, Silke Fischer, Jens Fleischer, Benedikt Frei, Michaela Frlicka, Elke Göhring-Zwacka, Astrid Kirch, Rainer Oehme, Ref. 93; Ralf Cronauer, Claudia Kühmstädt, Ref. 91



Der akkreditierte Laborbereich des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) nimmt eine zentrale Rolle ein. 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.

Der Laborbereich unterstützt die Gesundheitsämter durch labordiagnostische Untersuchungen von Proben (z. B. bei Ausbruchuntersuchungen, Impffragen) und nimmt infektiologische Beratungen wahr. Des Weiteren ist die labordiagnostische Unterstützung der IfSG-Meldestelle, die Bearbeitung von Laborproben im Rahmen des Kompetenzzentrums Gesundheitsschutz und die laborunterstützte epidemiologische Surveillance ein wichtiger Aspekt. Darüber hinaus wird der ÖGD durch die Erstellung fachlicher Leitfäden (z. B. Management lebensmittelassoziierter Infektionen) und die Durchführung zahlreicher Laborworkshops (z. B. Tuberkulose, Gruppenerkrankungen, Influenza) unterstützt.

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

Ein Schwerpunkt der Labordiagnostik liegt im Bereich der Bakteriologie bei der Tuberkulose, bei gastroenteritischen Infektionen bzw. Gruppenerkrankungen und parasitologischen Infektionen. Dies wird ergänzt durch die Nährmedienherstellung und die Glaswarenaufbereitung. Das Tuberkuloselabor bietet vor allem für den ÖGD, aber auch für Justizvollzugsanstalten, die Diagnostik von Mykobakterien, insbesondere den direkten Erregernachweis aus z. B. Sputum, Urin und Stuhl an. Ebenso wird der indirekte Nachweis einer Mycobacterium tuberculosis-Infektion mittels Interferon-gamma Release Assay (IGRA) durchgeführt. Im Bereich des gastroenteritischen Labors werden Stuhlproben auf darmpathogene Bakterien, Viren und Parasiten untersucht. Hierbei handelt es sich entweder um Kontroll- und Umgebungsuntersuchungen bei nach § 7 IfSG meldepflichtigen Infektionserregern in Hinblick auf die Wiedereinrichtung zu Gemeinschaftseinrichtungen bzw. Arbeiten im Lebensmittelbereich (§§ 34 + 42 IfSG) oder um Stuhluntersuchungen von Erkrankten und/oder von (Küchen-)Mitarbeitern zur Abklärung von gastroenteritischen Ausbrüchen/Gruppenerkrankungen. Ein weiterer Schwerpunkt stellt die Untersuchung auf Enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC) dar. Das LGA ist Mitglied im nationalen Projekt zur molekularen Surveillance von EHEC; dies spiegelt sich in den letzten Jahren in einer starken Zunahme an Einsendungen auf EHEC wider. Des Weiteren bietet der Laborbereich eine generelle bakteriologische Diagnostik von humanen Proben wie z. B. Wundabstriche, Urin und Sputum an.

Ein weiterer Schwerpunkt stellt die Virologie mit der Durchführung infektionsserologischer Untersuchungen und der Präventionsdiagnostik dar. Das infektionsserologische Labor führt für den ÖGD im Rahmen der STI-Sprechstunde der Gesundheitsämter die Labordiagnostik für ausgewählte Infektionserreger durch. Dies beinhaltet unter anderem die Diagnostik auf HIV, Hepatitis-B-Viren, Hepatitis-C-Viren und den Erreger der Syphilis, Treponema pallidum. Seit 2015 wird in diesem Zusammenhang die Diagnostik auf Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae angeboten und von den Gesundheitsämtern sehr gut

angenommen. Ebenfalls in diesem Laborbereich wird die serologische Diagnostik auf bestimmte Zoonoseerreger durchgeführt. Das Konsiliarlabor für *Coxiella burnetii* (Q-Fieber) ist hier angesiedelt.

Das Sachgebiet Molekularbiologie und hochpathogene Erreger beinhaltet die Durchführung molekularbiologischer Untersuchungen einschließlich der Beratung zu vektorübertragenen Erkrankungen und der Entwicklung von Strategien zur Bekämpfung von Zooanthroponosen. Im Rahmen der bundesweiten Influenzasurveillance werden Nasen- und Rachenabstriche von ausgewählten Praxen in Baden-Württemberg molekularbiologisch auf Influenza A, Influenza B und H1N1pdm09 untersucht. Im LGA-Laborbereich ist das S3-Labor mit der Diagnostik hochpathogener Erreger angesiedelt und der damit verbundenen Risikobewertung von bioterroristischen Erregern und der Entwicklung fachlicher Konzepte für Krisensituationen. In diesem Zusammenhang wurde der molekularbiologische Nachweis des Zika-Virus etabliert. Darüber hinaus ist in diesem Sachgebiet die Schädlingsbestimmung angesiedelt. Hier werden Insekten und Spinnentiere differenziert. Bei entsprechendem Nachweis erhält der Einsender ein Merkblatt mit den Eigenschaften des Schädlings und Hinweise zu dessen Bekämpfung.

Das Sachgebiet Wasserhygiene ist mit seinem akkreditierten Labor in die Liste der anerkannten Labore zur Untersuchung von Trinkwasser nach der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) 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 natio-

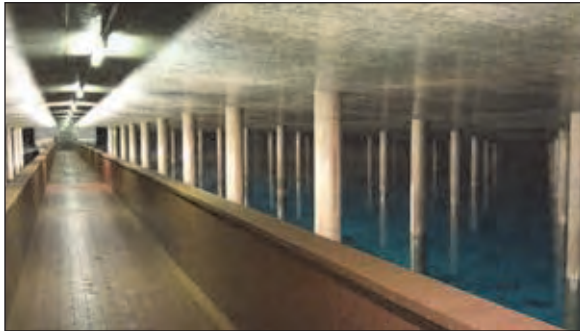
naler oder europäischer Richtlinien sowie Sonderuntersuchungen zu speziellen Fragestellungen, wie z. B. Viren oder Parasiten. Das LGA ist seit Inkrafttreten der ZuständigkeitsVO TrinkwV 2001 vom 31.03.2005 zuständiges Gesundheitsamt für die vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg. Im Rahmen des amtlichen Vollzugs der Trinkwasserverordnung werden bei regelmäßigen Kontrollfahrten die Wasserbauwerke (Hochbehälter, Pumpwerke, Wasseraufbereitungsanlagen) der Wasserversorgungsunternehmen inspiziert und beprobt. Zudem ist das Wasserlabor im LGA amtliche Untersuchungsstelle für die Überwachung von Schwimm- und Badebeckenwasser und für Badegewässer nach der Badegewässerverordnung des Landes Baden-Württemberg. In Zusammenarbeit mit den örtlichen Gesundheitsämtern werden so die öffentlichen Bäder nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) hygienisch überprüft. Bei der Ausbildung der Hygieneinspektoren der Gesundheitsämter werden im Sachgebiet sämtliche Aspekte der Wasserhygiene und die Anforderungen an die fachgerechte Probenahme vermittelt. Auf Bundes- und auf Landesebene arbeiten die Mitarbeiter des Sachgebiets Wasserhygiene in verschiedenen Ausschüssen und Gremien mit und tragen somit zur Erstellung von Gesetzen, Richtlinien und Normen bei.

Im Medizinisch-chemischen Labor lag der fachliche Schwerpunkt auf Schimmelpilzen in öffentlichen Einrichtungen. Im Bereich der Innenraumhygiene wurden fachliche Beratungen zu Geruchsbelastungen mit Chloranisolen in Kindertagestätten und Schulen durchgeführt. Des Weiteren wurden in der Vergangenheit fachliche Beratungen sowie Laboruntersuchungen bei einem Ausbruch von Dermatophyten in einer Kindertagestätte erbeten.

Übersicht

Wasserhygiene	57
Bakteriologie und Gruppenerkrankungen	62
Infektiologie, Infektionsprävention	65
Molekularbiologie, hochpathogene Erreger und Schädlingsbestimmung	66
Medizinisch-chemische Analytik	67
Qualitätsmanagement	68

Wasserhygiene



Trinkwasserbehälter; Quelle: LGA

Das Sachgebiet „Wasserhygiene“ ist mit seinem nach DIN 17025 akkreditierten Labor in die Liste der anerkannten Labore zur Untersuchung von Trinkwasser nach der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum aufgenommen. Das Untersuchungsspektrum umfasst neben Trinkwasser einschließlich Legionellen auch die mikrobiologische Analytik von Schwimm- und Badebeckenwasser sowie von Oberflächenwasser und EU-Badegewässern gemäß nationaler oder europäischer Richtlinien, sowie Sonderuntersuchungen zu speziellen Fragestellungen, wie z. B. Viren oder Parasiten. LGA ist seit Inkrafttreten der Zuständigkeits-VO TrinkwV vom 31.03.2005 zuständiges Gesundheitsamt für die vier großen Fernwasserversorgungsunternehmen Bodenseewasserversorgung (BWV), Landeswasserversorgung (LW), Wasserversorgung Nordostwürttemberg (NOW) und Wasserversorgung Kleine Kinzig (WKK) in Baden-Württemberg. Zudem fungiert es als amtliche Untersuchungsstelle für die Überwachung von Schwimm- und Badebeckenwasser und für Badegewässer nach der Badegewässerverordnung des Landes Baden-Württemberg (BadegVO 2008). Darüber hinaus arbeiten die Mitarbeiter des Sachgebiets in verschiedenen Ausschüssen bei der Erstellung von Gesetzen, Richtlinien und Normen mit.

Trinkwasseruntersuchungen (ohne Warmwasser/Legionellen)

Insgesamt wurden im Jahr 2018 im LGA 5 084 Trinkwasserproben gemäß TrinkwV untersucht. Davon entfielen 3 275 auf die Fernwasserversorgungen, 383 auf Ortswasserversorgungen, 107 auf Einzelwasserversorger, und 1 319 Proben auf übrige Einsender, hierzu zählen vermehrt Wässer aus Hausinstallationen oder Dentaleinheiten in Zahnarztpraxen. Insgesamt wurden 307 Proben beanstandet, die Beanstandungsrate lag damit insgesamt bei 6,9 % (ohne Rohwässer; n=3 998). Die Fernwasserversorger zeigten hierbei eine Beanstandungsquote von 0,6 % die Ortswasser-

versorgungen verzeichneten 14,8 % Beanstandungen und die Übrigen erreichten durchschnittlich 16,1 % Beanstandungen für die eingesandten Proben. Die überprüften Einzelwasserversorger verzeichneten mit 23,8 % die meisten Beanstandungen.

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

Untersuchungen von Schwimm- und Badebeckenwasser

Im Jahr 2018 wurden dem LGA 2 090 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 114 Proben zu beanstanden, dies entspricht etwa 5,5 % der untersuchten Proben (Anlagen 4 und 5). Die höchsten Beanstandungsraten verzeichneten Privatbäder mit 15,4 % Beanstandungen, gefolgt von Thermalbädern und Hotelbädern mit 7,8 % und 6,2 % Beanstandungen, die niedrigste Beanstandungsrate verzeichneten Schulbäder mit 2,6 % Beanstandungen. Von 26 überprüften Freizeitbädern war keines zu beanstanden.

Untersuchung von EU-Badestellen und anderen Oberflächenwässern (vorläufige Ergebnisse aus Wasserblick)

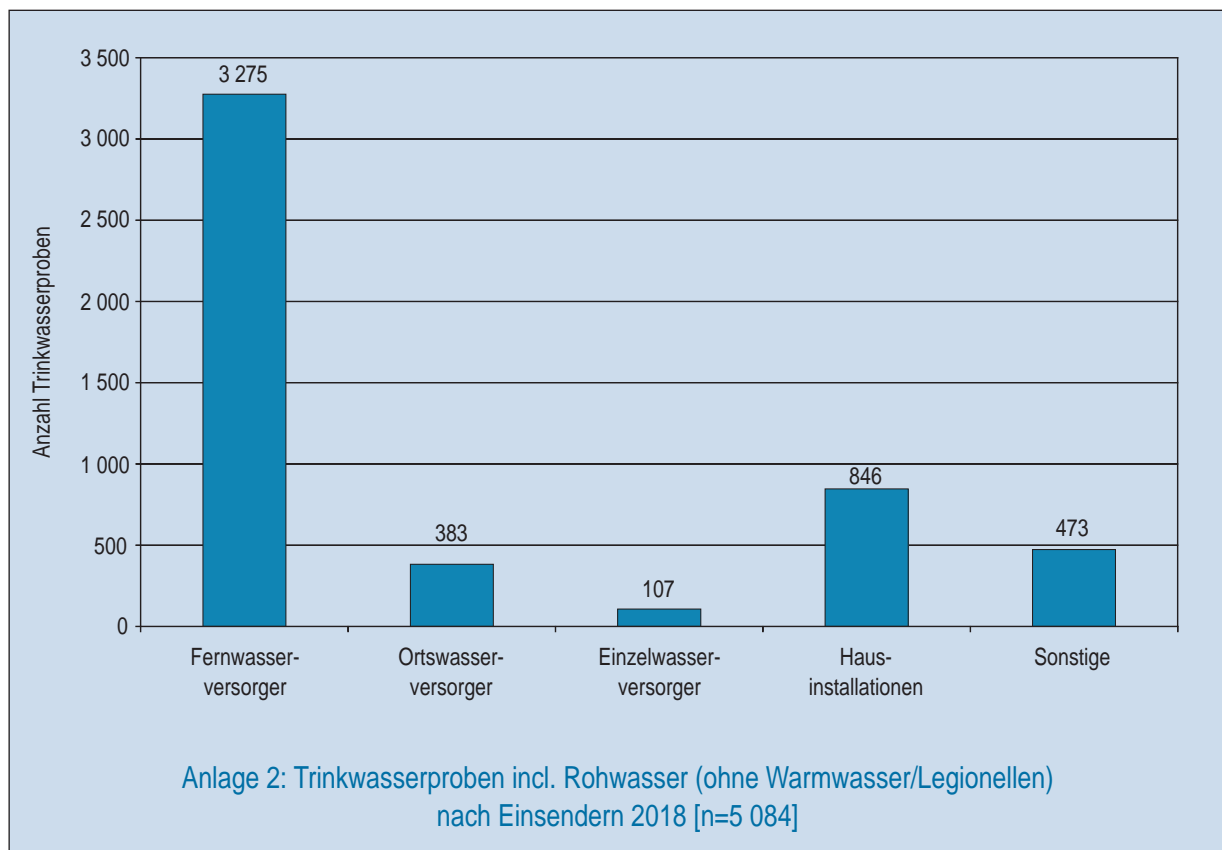
Im Jahr 2018 wurden im LGA 2 282 Oberflächenwasserproben untersucht, wovon 2 147 von EU-Badestellen stammten. Zum Ende der Badesaison 2018 flossen entsprechend der Verordnung die Untersuchungsergebnisse aus vier Jahren in die Bewertung mit ein. Von den 313 offiziellen EU-Badestellen in Baden-Württemberg entsprachen demnach 312 (99,7 %) den Qualitätsbestimmungen der Richtlinie hinsichtlich der zwei ausschlaggebenden Kriterien: Belastung mit E. coli und Enterokokken. Davon erfüllten 296 (94,9 %) der Badestellen sogar die Kriterien für eine Einstufung in die höchste Qualitätskategorie („Ausgezeichnet“). 14 Badestellen (4,5 %) wurden in die Kategorie „Gut“ eingestuft. Eine Badestelle (~ 0,3 %) erhielt die Bewertung „Ausreichend“ (Anlage 6). Eine Badestelle wurde während der Saison

2018 erstmals in die Überwachung mit aufgenommen und ist somit „mit Veränderung“ einzustufen, eine erste Qualitätseinstufung erfolgt nach vier Jahren. Die aktuellen Daten zu den EU-Badestellen sind auch wäh-

rend der Badesaison neben weiteren Informationen rund um das naturnahe Baden auf folgender Website abrufbar: <https://www.lubw.baden-wuerttemberg.de/wasser/badegewaesserkarte>.

Anlage 1: Wasseruntersuchungen – Gesamtübersicht 2018

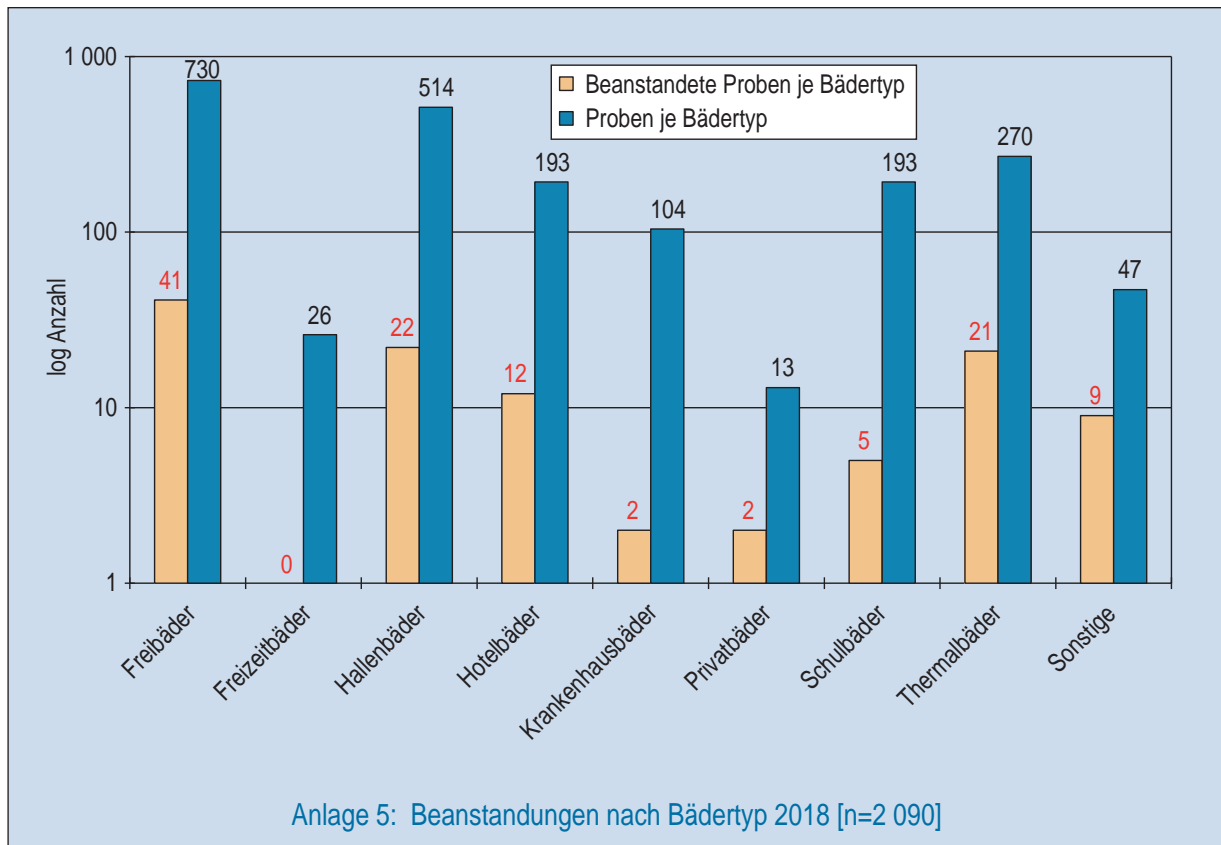
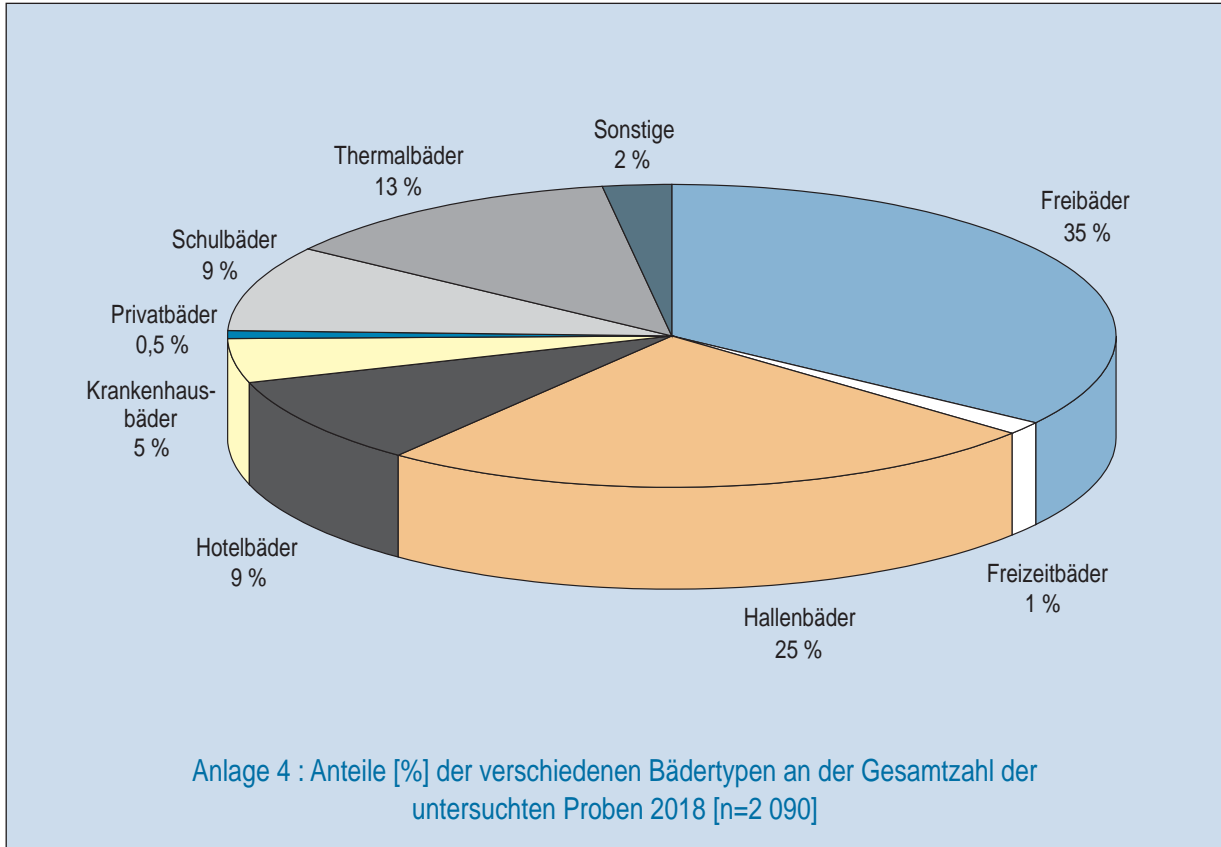
Probenmaterial	Probenanzahl	Parameter
Trinkwasser insgesamt	7 655	32 785
Fernwasserversorgungen	3 275	
Ortswasserversorgungen/Ortsnetze	383	
Einzel-/Eigenwasserversorgungsanlagen	107	
Hausinstallationen (meist Wasser aus Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, Schulen oder Kindergärten)	846	
Sonstige Wasserproben	473	
Erwärmtes Trinkwasser (Duschwasser o. Ä.)	2 571	
Oberflächenwässer und EU-Badegewässer insgesamt	2 282	4 733
Bodensee	590	
Baggerseen	552	
Flüsse	7	
Naturseen	775	
Stauseen	223	
Kleinbadeteiche (keine EU-Badegewässer)	96	
Sonstige Oberflächenwässer (keine EU-Badegewässer)	39	
Schwimm- und Badebeckenwässer, Betriebswässer insgesamt	2 090	7 204
Freibäder	730	
Freizeitbäder	26	
Hallenbäder	514	
Hotelbäder	193	
Krankenhausbäder	104	
Privatbäder	13	
Schulbäder	193	
Thermalbäder	270	
Sonstige Bäder	47	
Darin enthaltene Sonderuntersuchungen zu Viren, Parasiten, Blaualgen usw. insgesamt	97	
Viren	6	
Bakteriophagen	7	
Parasiten	6	
Blaualgentoxine (Microcystine)	21	
Blaualgen mikroskopisch	57	
Proben insgesamt	12 027	44 722

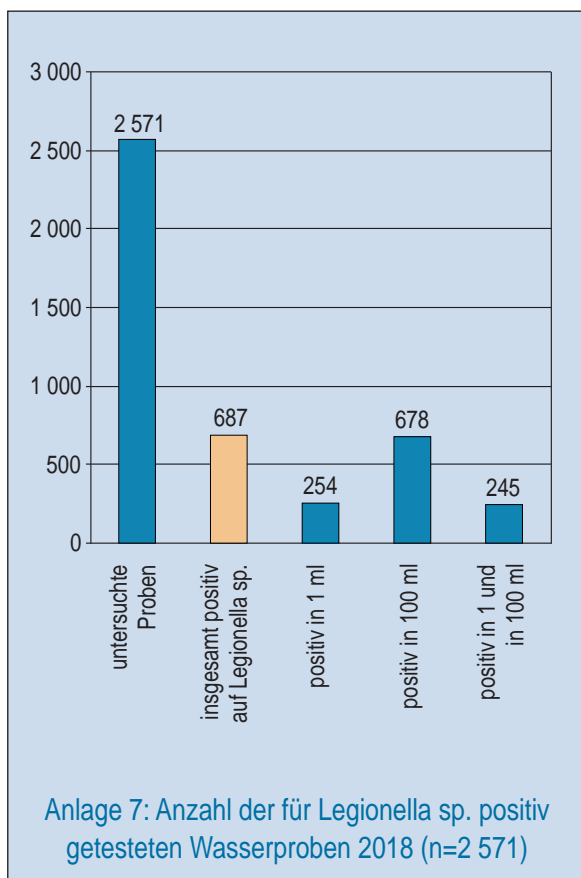
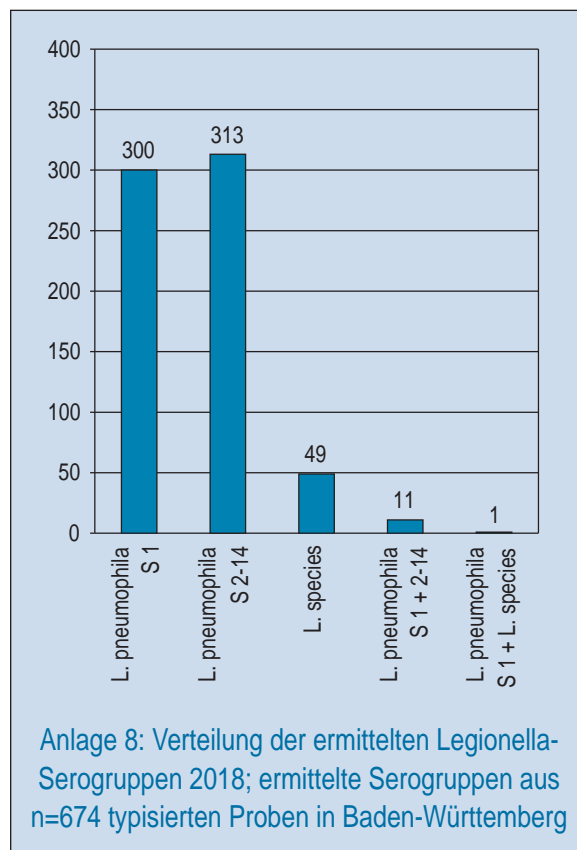
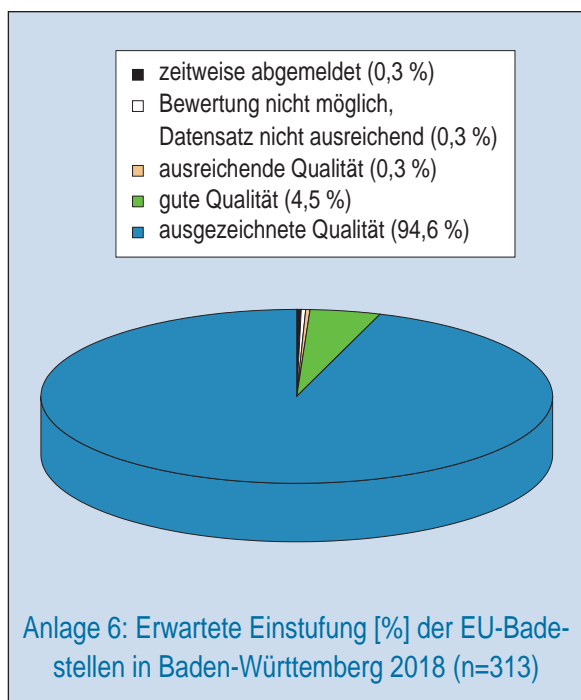


Anlage 3: Anzahl der eingesandten und davon beanstandeten Trinkwasserproben 2018 [%] (ohne Rohwasser; n=3 998)

Einsender	Trinkwasserproben insgesamt	Trinkwasserproben ohne Rohwasser, Wasser aus der Aufbereitung oder Anlagen ausser Betrieb ¹	davon ¹ mit Beanstandungen	Anteil ¹ [%]
Fernwasserversorger	3 275	2 223	14	0,6
Ortswasserversorger	383	379	56	14,8
Einzelwasserversorger	107	105	25	23,8
Hausinstallationen	846	822	113	13,7
Sonstige	473	469	99	21,1
Summe	5 084	3 998	307	7,7

¹ Einsender, welche nicht unter die anderen Kategorien fallen





Untersuchung von Warmwasser/Hausinstallationen auf Legionella spec.

Insgesamt wurden 2 571 Warmwasserproben aus Hausinstallationen auf Legionellen untersucht, wovon insgesamt 687 Proben positiv für Legionella spec. getestet wurden. In 254 Fällen (9,9 %) konnten in 1 ml Probe, in 678 Fällen (26,4 %) in 100 ml Probe Legionella spec. nachgewiesen werden (Anlage 7). Die Nachweisraten entsprechen damit weitestgehend den Ergebnissen aus den Vorjahren. Aus den positiv getesteten Wasserproben wurden in 300 Fällen Legionella pneumophila der Serogruppe 1 isoliert, in 313 Fällen Legionella pneumophila der Serogruppen 2-14, in 61 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/100ml), die im DVGW-Arbeitsblatt W551 (April 2004) aufgeführten Bewertungen von Legionellenbefunden in Trinkwassererwärmungs- und Leitungsanlagen sowie die Empfehlungen des Umweltbundesamtes von 2006 und 2018 zur Probennahme und zum Untersuchungsgang.

Sonderuntersuchungen

Aus den o. a. Routineproben wurden im Jahr 2018 insgesamt 97 Sonderuntersuchungen auf Viren, Phagen und Parasiten, sowie auf spez. Mikroorganismen wie z. B. Blaualgen (Cyanobakterien) und deren Toxine durchgeführt.

Insgesamt wurden 2018 im Wasserlabor des LGA 12 027 Wasserproben untersucht, aus denen 44 722 Einzelparameter bestimmt wurden.

Bakteriologie und Gruppenerkrankungen

Der Bereich Bakteriologie und Gruppenerkrankungen besteht aus drei Teilbereichen:

- Gastroenteritislabor: Untersuchungen von Stuhlproben zur Abklärung von gastroenteritischen Erkrankungen sowie zur Infektkettenabklärung bei sog. Gruppenerkrankungen

Anlage 9: Anzahl der nachgewiesenen Salmonellen-Serovare 2018

S. Enteritidis	44
S. Typhimurium	36
S. monophas. B-Stamm	10
S. Paratyphi B	8
S. Goldcoast	4
S. Schwarzengrund	3
S. reiner E1-Stamm; O3,10:-:-	3
S. Agona	2
S. Chester	2
S. Colindale	2
S. Stanley	2
S. reiner B-Stamm O4,5:-:-	2
S. Bovismorbificans	1
S. Hadar	1
S. Infantis	1
S. Kottbus	1
S. Newport	1
S. Oranienburg	1
S. Typhi	1
S. reiner O-Stamm 4,5:-:-	1
Salmonellen der Gruppe C	1

Anlage 10: Anzahl der nachgewiesenen Enteritiserreger 2018

Prüfparameter	Gesamt	Positiv
EHEC	2 149	674
Noroviren	798	368
Salmonellen	725	127
Intestinal parasites	284	60
Campylobacter	341	20
Rotaviren	276	18
Shigellen	533	14
Hepatitis E	86	11
Adenoviren	267	8
Bacillus cereus	107	7
Hepatitis A	31	6
Astroviren	264	6
Staph. aureus	107	2
Yersinien	276	2
Clostridium difficile	3	0
Clostridium perfringens	104	0
Listeria monocytogenes	1	0

- Tuberkuloselabor: Untersuchungen zur Abklärung von Infektionen mit Mycobacterium tuberculosis und andere Mykobakterien
- Varialabor: Untersuchungen humaner Proben auf bakterielle Infektionserreger sowie Umgebungsuntersuchungen von Flächen

Des Weiteren ist der Bereich der Nährmedienherstellung und Glaswarenaufbereitung hier angesiedelt.

Gastroenteritislabor

Erreger

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, Noro-, Rota-, Adeno-, Astro-, Entero-, Hepatitis A- und Hepatitis E-Viren.

Im Jahr 2018 wurden insgesamt 4 005 Stuhlproben bakteriologisch und virologisch untersucht. Mit 2 149 Proben haben im Jahr 2018 die Untersuchungen auf EHEC (enterohämorrhagischer E. coli) erneut deutlich

Anlage 11: Infektionsorte, Zahl der Gruppenerkrankungen und Infektionserreger 2018

Infektionsort	Summe	Norovirus	Rotavirus	Adenovirus	Astrovirus	Salmonella	Shigella	B. cereus	S. aureus	Campylobacter	EHEC	Unbekannt
Alten-/Pflegeheime	65	53	4	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Gaststätten/Imbiss/Catering	39	19	0	1	0	4	0	2	1	0	0	12
Krankenhäuser/Rehakliniken	8	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Schulen/Kindergärten	56	34	2	2	2	0	0	1	1	1	2	11
Sonstige ¹	8	4	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Gesamt	176	116	6	4	2	5	2	3	2	1	2	33

¹ Ferien-Freizeiten, Privathaushalte

zugenommen. Seit 2015 ist eine kontinuierliche Zunahme zu beobachten: Während 2015 698 Proben zur Untersuchung auf EHEC eingesandt wurden, waren es 2016: 1 070, 2017: 1 842 und 2018: 2 149. Bei 674 dieser Proben konnte EHEC nachgewiesen werden.

Salmonellen waren der am zweithäufigsten isolierte bakterielle Enteritis-Erreger: In 127 Fällen konnten Salmonellen nachgewiesen werden, wobei 21 verschiedene Salmonellen-Serovare isoliert wurden. Die Verteilung der Salmonellen-Serovare im Jahr 2018 können der Anlage 9 und die Anzahl der weiteren Untersuchungen und die dabei isolierten Erreger der Anlage 10 entnommen werden.

Gruppenerkrankungen

Insgesamt wurden dem Gastroenteritislabor im Jahr 2018 von den Gesundheitsämtern 193 Gruppenerkrankungen mit gastroenteritischen Symptomen gemeldet, jedoch nur von 176 auch Stuhlproben zur bakteriologischen und virologischen Untersuchung eingesandt.

Wie in den Jahren zuvor, waren die untersuchten Gruppenerkrankungen vorwiegend durch Noroviren verursacht und wurden am häufigsten aus Altenheimen/Pflegeheimen gemeldet, gefolgt von Kindergärten/Schulen und Gastronomiebetrieben.

Die erhobenen Daten zu den Infektionsorten und den gefunden Erregern der untersuchten Gruppenerkrankungen, sind in Anlage 11 aufgeführt.

Darmparasiten

Darüber hinaus erhält das LGA von den Gesundheitsämtern Stuhlproben von Patienten aus außereuropäischen Ländern zur Untersuchung auf intestinale Parasiten sowie Kontrollproben bei einer Infektion mit *Giardia intestinalis*.

Im Jahr 2018 gingen 63 Proben zur Untersuchung auf intestinale Parasiten sowie 80 Proben zur Untersuchung auf *Giardia intestinalis* ein. In 13 Proben konnten Giardien nachgewiesen werden.

Tuberkuloselabor

Das Tuberkuloselabor führt eine mikrobiologische Stufendiagnostik zum Nachweis von Mykobakterien durch. Hierfür erfolgt nach Aufbereitung zuerst eine mikroskopische Beurteilung, gleichzeitig wird eine Kultur angelegt, die nach spätestens acht Wochen ein Endergebnis liefert. Bei Wachstum von Mykobakterien in der Kultur erfolgt eine weitere Differenzierung mit Hilfe von molekularbiologischen Methoden. Im Jahr 2018 konnte in 45 Kulturen *Mycobacterium tuberculosis* nachgewiesen werden. Dabei handelte es sich um Proben von 14 verschiedenen Patienten. Die 2018 isolierten Mykobakterien sind in Anlage 12 aufgeführt.

Es bietet sich auch die Möglichkeit, mittels molekularbiologischem Test (PCR) einen Nachweis von *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTBC) durchzuführen. Die mikroskopischen und molekularbiologischen Methoden liefern ein schnelles Ergebnis, lassen aber keine Aussage über die Ansteckungsfähigkeit zu, da hier auch tote Mykobakterien nachgewiesen werden können. Daher sollte der Nachweis von MTBC mittels PCR nicht zur Therapiekontrolle eingesetzt und nur bei Patienten angefordert werden, die nicht unter Therapie stehen bzw. die Therapie bereits seit einem Jahr abgeschlossen ist.

Des Weiteren führt das Labor den Interferon-gamma Release Assay (IGRA) durch, ein indirekter Nachweis einer *Mycobacterium tuberculosis*-Infektion. Hierbei wird nach Stimulation von Lymphozyten mit *Mycobacterium tuberculosis*-Antigenen der Interferon-gamma-Gehalt im Blut des Patienten bestimmt. Im positiven Fall kann ein erhöhter Interferon- γ -Spiegel gemessen werden. Mit dieser Methode ist jedoch kei-

Anlage 12: Differenzierungsergebnisse der kulturell nachgewiesenen Mykobakterien

Mycobacterium tuberculosis	45
Mycobacterium gordonae	26
Mycobacterium kansasii	3
Mycobacterium abscessus	2
Mycobacterium avium	2
Mycobacterium bovis ssp. bovis	2
Mycobacterium chelonae	5
Mycobacterium chimaera	5
Mycobacterium fortuitum-Gruppe	5
Mycobacterium interjectum	1
Mycobacterium mucogenicum	1
Mycobacterium simiae	1
Mycobacterium spec.	1

Anlage 13: Untersuchungen im Tuberkuloselabor

Untersuchungen zum Nachweis einer Tuberkulose-Infektion	Gesamt	Positiv
Indirekter Nachweis einer Tuberkulose (Interferon-Gamma-Nachweis aus Blut mittels Quantiferon-Test)	8 023	1 290
Nachweis von Säurefesten Stäbchen mittels Mikroskopie (Ziehl-Neelsen-Präparate)	1 920	82
Nachweis von Mycobacterium Tuberculosis Komplex mittels molekularbiolog. Methode aus z. B. Sputum, Urin- und Stuhlproben	695	21
Kultureller Nachweis von Mykobakterien	1 976	99

ne Unterscheidung zwischen einer aktiven und einer latenten Tuberkulose möglich.

Die Untersuchungen des Jahres 2018 sind in Anlage 13 aufgelistet.

Varialabor

Der Laborbereich Varia untersucht u. a. humane Abstrichproben nach Sanierung von Patienten mit Methicillin Resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) um den Behandlungserfolg zu überprüfen. Im Jahr 2018 waren von 100 Proben 15 MRSA positiv. Dabei handelte es sich um Proben von zehn verschiedenen Patienten. Das Labor bietet aber auch eine generelle bakteriologische Diagnostik von humanen Proben wie

z. B. Wundabstriche, Urin und Sputum an und ist mit Referat 92 in die Listerien-Surveillance eingebunden.

Listerien-Surveillance

Beim Nachweis von Listerien werden Isolate von den Diagnostiklaboren an das LGA versandt. Im LGA erfolgt die Asservierung der Stämme. Zusätzlich werden die Stämme an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Salmonellen und andere Enteritiserreger in Wernigerode gesandt. Dort erfolgt eine weitere Typisierung, sowie ein Abgleich mit anderen bundesweit isolierten Listerienstämmen zur Infektkettenabklärung. In diesem Bereich besteht ebenfalls wie im gastroenteritischen Labor eine enge Zusammenarbeit mit dem Chemisch Veterinären Untersuchungsamt Stuttgart (CVUA S), wo die entsprechenden Lebensmittel untersucht werden.

Anlage 14: Untersuchungen im Varialabor

Untersuchungen insgesamt	221
Listeria monocytogenes Stämme insgesamt	44
Listeria monocytogenes Serogruppe II a	11
Listeria monocytogenes Serogruppe II b	4
Listeria monocytogenes Serogruppe IV b	29
MRSA	100
Sonstige	77

Die mikrobiologischen Untersuchungen des Varialabors im Jahr 2018 können der Anlage 14 entnommen werden.

Hygienisch-mikrobiologische Umgebungsuntersuchung

Zur Überprüfung von z. B. Flächendesinfektionsverfahren in medizinischen Einrichtungen oder Großküchen werden im Varialabor ebenfalls bakterielle Proben zu Umgebungsuntersuchungen analysiert. Hierfür nehmen die Einsender Abstrich- oder Abklatschproben der zu überprüfenden Fläche ab, welche im Labor weiterverarbeitet und beurteilt werden.

Nährmedienherstellung

Im Bereich Nährmedienherstellung werden Nährmedien und chemische Lösungen mit allen dazugehörigen Verfahrens- und Prüfschritten zur Diagnostik von Mikroorganismen für die Labore hergestellt. Hierbei handelt es sich um Kulturmedien für humanpathogene Bakterien, Pilze und Umweltkeime. Das am häufigsten hergestellte Medium war im Jahr 2018 der GVPC Agar, welcher im Laborbereich Wasserhygiene zum Nachweis von Legionellen eingesetzt wird. Hier wurden aus 270 Litern Nährlösung Agarplatten

hergestellt. Dies entspricht einer Gesamtzahl von ca. 10 000 Platten.

Ein weiteres Aufgabengebiet stellt das Entwickeln, Erproben und Etablieren von neuen Nährmedien-Rezepturen dar.

Infektiologie, Infektionsprävention

Infektionsserologie

Im Labor Infektionsserologie wurden im Jahr 2018 knapp 42 000 Proben auf 18 verschiedene Infektionserreger untersucht. Hierzu wurden knapp 100 000 Parameter (Antikörper, Antigene bzw. Direktnachweise) getestet. Im Vergleich zu den Vorjahren zeigt sich ein deutlicher Anstieg des Probenaufkommens. Der überwiegende Teil der Anforderungen bezieht sich auf sexuell übertragbare Infektionen, die von den Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit der baden-württembergischen Gesundheitsämter eingeschendet werden. Ebenso werden viele Proben aus den Justizvollzugsanstalten analysiert.

HIV-Diagnostik

Im Jahr 2018 wurden insgesamt 18 850 Seren auf HIV untersucht. Von diesen Seren, die überwiegend anonym untersucht werden, waren 137 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.

Hepatitis-Diagnostik

Hepatitis kann durch verschiedene Viren hervorgerufen werden. Im Labor Infektionsserologie erfolgen Untersuchungen auf Hepatitis A (HAV)-, Hepatitis B (HBV)-, Hepatitis C (HCV)- und Hepatitis E (HEV)-Viren.

HAV und HEV werden fäkal-oral übertragen und heilen in der Regel aus. 2018 wurden rund 500 Proben auf HAV und 9 Proben auf HEV analysiert und jeweils eine akute Infektion nachgewiesen.

HBV und HCV werden parenteral übertragen. Chronische Verläufe sind bei der HCV-Infektion in 50-85 %

Anlage 15: Hepatitis B

Suchteste auf HBV: 9 000

Infektion	Anzahl
akut	1
chronisch	108
zurückliegend	637
Impftiter	2 308

Anlage 16: Hepatitis C

Suchteste auf HCV: 6 400

Infektion	Anzahl
akut/chronisch	155
chronisch	100
zurückliegend	114
weitere Abklärung	50

und bei der HBV-Infektion in 5-10 % zu verzeichnen und können zu den Spätfolgen Leberzirrhose und Leberkarzinom führen. Bei HCV-Infektionen besteht die Besonderheit, dass serologisch nicht zwischen einer akuten und chronischen Infektion unterschieden werden kann. Eine Impfung steht für HAV und HBV zur Verfügung.

Syphilis (Lues)-Diagnostik

Die Syphilis oder Lues ist eine hoch ansteckende sexuell übertragbare Infektion, die durch das Bakterium *Treponema pallidum* verursacht wird. Zum Nachweis bzw. Ausschluss erfolgt eine Stufendiagnostik. Dies bedeutet, dass bei Vorliegen eines positiven Suchtests eine weitere Abklärung mittels vier verschiedener Verfahren erfolgt. Zur Beurteilung der Aktivität der Infektion und der daraus resultierenden Behandlungsbedürftigkeit wird ein weiterer Test durchgeführt. Insbesondere das Probenaufkommen zur Diagnostik der LUES hat sich in den letzten fünf Jahren mehr als verdoppelt. Aufgrund der Aktivitätsparameter waren 108 Fälle (1,3 %) im Jahr 2018 akut behandlungsbedürftig.

Anlage 17: Syphilis

	2014	2015	2016	2017	2018
Suchteste	2 941	4 498	6 097	7 197	8 378
Suchtest positiv	212 (7,2 %)	336 (7,5 %)	412 (6,8 %)	512 (7,1 %)	695 (8,3 %)

Chlamydien- und Gonokokken (Tripper)-Diagnostik

Im Jahr 2015 wurde im Labor Infektionsserologie die Diagnostik zum direkten Nachweis von Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae etabliert. Beide sexuell übertragbaren Infektionen verlaufen sehr häufig ohne Symptome, können unbehandelt jedoch zu schweren Komplikationen wie Unfruchtbarkeit führen. Außerdem erhöhen sie das Risiko einer HIV-Übertragung. Im Jahr 2018 wurden 19 615 Proben von 11 541 Personen bzw. Beratungskontakten im LGA untersucht. Es wurden 569 Chlamydien-Infektionen (4,9 % der Beratungskontakte) und 215 Neisseria gonorrhoeae-Infektionen (1,9 % der Beratungskontakte) nachgewiesen.

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 2018 wurden insgesamt 764 Blutproben von schwangeren Flüchtlingen untersucht.

Anlage 18

	Masern: Anzahl/ Anteil [%]	Röteln: Anzahl/ Anteil [%]	Varizellen: Anzahl/ Anteil [%]
Immunität anzunehmen	683/89 %	672/88 %	605/79 %

Untersuchungen für das Konsiliarlabor für Coxiella burnetii

Seit dem Jahre 2002 ist das Konsiliarlabor für Coxiella burnetii im LGA angesiedelt. Serologische Untersuchungen im Rahmen der Konsiliartätigkeit werden im Labor Infektionsserologie durchgeführt. Im Jahr 2018 wurden 170 Seren auf spezifische Antikörper gegen Coxiella burnetii untersucht.

Virusanzucht in Zellkulturen

Das Referat 93 des LGA nimmt auch in diesem Jahr als kooperierendes Landeslabor an der bundesweiten Influenzasurveillance teil. Verschiedene Sentinel-Praxen (Allgemeinärzte, Internisten, Pädi-

ater) 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 Verlaufe einer Influenza-Epidemie.

In der Saison 2017/18 konnten 77 Zellkulturisolate zur Typisierung an das NRZ für Influenzaviren geschickt werden.

Kooperationen

- Nationales Referenzzentrum für Influenzaviren
- HIV-Inzidenzstudie am Robert Koch-Institut

Molekularbiologie, hochpathogene Erreger und Schädlingsbestimmung

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 Stuttgart).

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 Abschlussdiagnostik 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 Rahmen der bundesweiten Influenzasurveillance werden Nasen- und Rachenabstriche molekularbiologisch auf Influenza A und B sowie auf Influenza H1N1pdm09 untersucht. Insgesamt wurden 943

Anlage 19: Erregernachweise im Labor Molekularbiologie 2018

Erreger	Untersuchungen	Positiv	Negativ	
Borrelia burdorferi sensu lato	1 236	336	900	
Borrelia miyamotoi	300	12	288	
Coxiella burnetii	43	9	34	
EHEC	2 165	685	1 480	
EHEC Einzelkolonien	2 425			
Noroviren	818	374	444	
Sapoviren	106	6	100	
Influenza	A	943	24	919
	A/H1N1pdm09	943	199	744
	B	943	345	598
Enteroviren	29	12	17	
Adenoviren	209	19	190	
Astroviren	189	9	180	
Rotaviren	213	12	201	
Hepatitis A	31	6	25	
Hepatitis E	103	19	84	
Entamoeba spec.	7	3	4	
Sonstiges (Anaplasma, MRSA, Leptospiren, Babesien, Rickettsien, Echinokokkus)	19	2	17	
Summe	10 722	2 072	6 225	

Abstriche in der Saison 2017/18 auf Influenzaviren untersucht. 568 Proben wurden positiv getestet, dies entspricht einem Anteil von 60 %. Bei 223 Proben wurde Influenza A nachgewiesen, davon in 199 Fällen Influenza A/H1N1pdm09, bei 345 Proben wurde Influenza B nachgewiesen.

Neu eingeführt wurde im Bereich der hochpathogenen Erreger die Diagnostik auf Rizin. Nach der Anschlagvorbereitung in Köln, bei der bereits Rizin hergestellt wurde, ist die Ausbringung dieses Toxins am wahrscheinlichsten bei einem Anschlag mit biologischen Agenzien.

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 2018 wurden 69 Schädlinge eingesandt.

Medizinisch-chemische Analytik

Zum Leistungsspektrum des Medizinisch-Chemischen Labors gehören studienbezogene Untersuchungen zur Allergiediagnostik. Durch die Teilnahme an Ringversuchen von INSTAND e. V. (zweimal jährlich) und eigenen Untersuchungen zur Verifikation des Messverfahrens anhand von Rückstellproben (DAkkS-akkreditiertes Messverfahren) wurde die Messbereitschaft für künftige Untersuchungen sichergestellt. In 2019/20 wird die dritte Untersuchungsrunde der Erwachsenen-Kohorte durchgeführt, die auch Erhebungen zu Sensibilisierungsraten gegen Inhalationsallergene und gegen Neophyten (*Ambrosia artemisiifolia*, klimabedingte Ausbreitung in Baden-Württemberg) umfassen. Im Rahmen der Qualitätssicherung (QS) wurden 80 Bestimmungen zu den im Ringversuch geforderten Parametern (20) durchgeführt (z. B. Hausstaub, verschiedene Gräser-, Baum- und Pflanzenpollen, Schimmelpilze); 65 Bestimmungen wurden zur Verifikation des Messverfahrens durchgeführt.

Anlage 20: Ringversuche Schimmelpilze und Kurse

Herstellung von Referenzmaterialien	Proben
Reinkulturen für Ringversuche (RV 34, 35)	1 596
Mischproben für Ringversuche (RV 34, 35)	159
Reinkulturen für Kurse (1 Anfänger, 2 Fortgeschrittene)	4 578
Reinkulturen für Ringversuchsfortbildung	745
Reinkulturen für Hygienekontrolleure	50
Reinkulturen für Kurs „Partikelsammlung“	39
Sporensuspensionen für Kurs „Partikelsammlung“	45
Summe	7 212

Anlage 21: Amtshilfe für Gesundheitsämter und sonstige Institutionen

Probenmaterial	Proben
Luftprobenahme direkt	11
Abklatschproben	0
Klebefilmproben	47
Materialproben	1
Luft indirekt	0
Wasserproben	0
eingesandte Reinkulturen	26
Summe	85

Probenmaterial	Identifizierungen
Probenmaterial aus gewonnenen Stämmen	72

Qualitätsmanagement

Wie alle Labore stehen auch die amtlichen Untersuchungseinrichtungen in 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 bereits 1998 ein Qualitätsmanagement(QM)-System im Laborbereich aufgebaut. Es richtet sein Augenmerk auf die fachliche Umsetzung der Prüf- und Untersuchungsverfahren und auf die Organisation (Strukturen, Prozesse und Abläufe) innerhalb des Laborbereichs und der laborbezogenen Dienstleistungen (z. B. Laboreinkauf, Laborgerätewartung, Entsorgung). Ziel sind qualitativ angemessene und vergleichbare Untersuchungs- bzw. Prüfergebnisse, die jederzeit nachvollzieh- und rückverfolgbar dokumentiert zugänglich sind.

Die wesentlichen Instrumente des QM-Systems sind

- das Dokumentenmanagement,
- interne Audits,
- das Risikomanagement,
- die jährliche Managementbewertung und
- ein kontinuierliches Kommunikationsmanagement.

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 (DAkkS) 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) 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 verfügbar.

Staatlicher Gewerbearzt

Gerhard Bort, Ref. 96



Berufskrankheiten, psychische Belastungen und betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Mitwirkung des Staatlichen Gewerbearztes bei der Feststellung von Berufskrankheiten (BK) sowie der Quasi-BK ist im Siebten Buch Sozialgesetzbuch und der Berufskrankheitenverordnung geregelt und hat zwei Funktionen.

- 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. Zielführend ist es, den Arbeitsplatz selbst zu besichtigen, zu untersuchen, aber auch Zusammenhangsgutachten zu verfassen, die im Gegensatz zu anderen Bundesländern in Baden-Württemberg aufgrund des ausgeprägten Personalmangels nicht mehr erstellt werden können. Nur noch ein Teil der BK-Akten wird von den Gewerbeärzten beurteilt. Die meisten gemeldeten BK-Fälle werden lediglich in einer Datenbank registriert. Die Daten im Jahresbericht beziehen sich zum Teil auf die registrierten BK, zum Teil auf die ärztlich bearbeiteten Fälle.

Über die Mitwirkung des Staatlichen Gewerbearztes besteht eine Vereinbarung zwischen dem Landesverband Südwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und dem damaligen Sozialministerium (jetzt Wirtschaftsministerium).

- Registrierte BK-Fälle: Die Anzahl der erstmalig beim Gewerbearzt 2018 registrierten BK-Fälle betrug insgesamt 5 798 BK entsprechend der BK-Liste (Fälle nach § 9 [1] SGB VII) und 101 „sonstige“ nicht in der Berufskrankheitenliste aufgeführten Fälle, z. B. sog. „Quasi-Berufskrankheiten“ (Fälle nach § 9 [2] SGB VII) sowie 1 118 Hautarztberichte.

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 häufigen BK: die Lärmschwerhörigkeit (BK 2301) mit 1 449 und die Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (LWS-Krankheiten; BK 2108) mit 209 Erkrankungen.

Die von den Gewerbeärzten abgeschlossenen BK-Fälle sind überwiegend Hautkrankheiten; diese belaufen sich auf 1 731 ärztlich bearbeitete Fälle. Bei den Atemwegserkrankungen sind es nur die „akuten“ Krankheiten (also die obstruktiven Atemwegserkrankungen), die noch bearbeitet werden.

- 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.

Die Liste der Krankheiten, die ärztlich bearbeitet werden, umfasst auch die Fälle von Plattenepithelkarzinomen und aktinischen Keratosen, die mit 1 258 weit vorgerückt sind.

- Haut- und Atemwegskrankheiten: Die Entwicklung von „akuten“ BK, deren Ursache erst kurze Zeit zurückliegt und bei welchen die schädigende Exposition zum Bearbeitungs-Zeitpunkt 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. Bei den obstruktiven Atemwegskrankheiten gibt es seit vielen Jahren keine großen Veränderungen mehr.
- Asbestassoziierte Krankheiten (Anlage 2b): Die Beobachtung der durch Asbest bedingten BK ist von besonderem Interesse. Asbest ist seit vielen Jahren als Arbeitsstoff verboten. Die berufliche Exposition spielt 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. Zu-

sammen erreichten die asbestassoziierten Krankheiten 608 Fälle. Sehr schwerwiegend ist, dass über 20 % der meist tödlich verlaufenden Pleura-esotheiomfälle dem Staatlichen Gewerbearzt gar nicht gemeldet werden. Dies zeigt ein schlichter Abgleich der registrierten Fälle mit den beim Statistischen Landesamt erfassten Mesotheliomfällen.

- Die Staatlichen Gewerbeärzte sowie die obersten Landesbehörden sind der Auffassung, dass eine Reform des BK-Rechts überfällig ist. So hat die 93. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2016 am 01./02.12.2016 in Lübeck einstimmig beschlossen, ihre zuletzt in der 91. ASMK 2014 an das BMAS gerichtete Forderung, eine Reform des BK-Rechts einzuleiten, zu bekräftigen. Das BMAS wurde gebeten, darauf hinzuwirken, dass die Forschung zu den BK ausgebaut wird und vom „Ärztlichen Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten“ beim Bundesarbeitsministerium gefördert wird. Die ASMK bittet, eine Härtefallregelung im Sinne von mehr Einzelgerechtigkeit einzuführen für die Fälle seltener Gefährdungen oder zu kleiner Personengruppen, bei denen Studien zur Verdichtung medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse fehlen. Die ASMK bittet weiterhin zu prüfen, inwieweit in Fällen, in denen Unterlagen in Betrieben nicht oder nicht mehr verfügbar sind und Betroffene deshalb in Beweisnot geraten, die Anforderungen an die Beweisführung bezüglich der schädigenden Einwirkung, zum Beispiel durch Glaubhaftmachung, erleichtert werden können.

Strukturelle Rahmenbedingungen in Baden-Württemberg

Die Zahl der Staatlichen Gewerbeärztinnen und Gewerbeärzte hat in Baden-Württemberg von 16 Vollzeitstellen im Jahre 1990 auf 7,75 Stellen abgenommen, für die Bearbeitung der BK-Fälle verbleiben nur 6,25 Stellen, da noch andere wichtige Aufgaben wie medizinische Fragestellungen im Mutterschutz, die Mitwirkung an der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie, die Integration der psychischen Belastungen in die Tätigkeit der Gewerbeaufsicht usw. abgedeckt werden müssen. Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) wie auch das Europäische Parlament haben in Industrienationen ein Verhältnis der Arbeitsinspektoren zur Zahl der Arbeitnehmer von etwa 1/10 000 und die zuständige Fachgesellschaft ein Verhältnis der Gewerbeärzte zur Zahl der Arbeitnehmer von 1/100 000 empfohlen. Als fachliche Unterstützung benötigt die Gewerbeaufsicht eine ausreichende Zahl von Gewerbeärztinnen und -ärzten (ILO 81, Art. 9). Die Betriebe sind so oft und so gründlich zu besichtigen, wie dies zur Sicherung einer wirksamen Durchführung der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften notwendig ist (ILO 81, Art. 16).

Für Baden-Württemberg wären damit über 40 Vollzeitstellen im gewerbeärztlichen Bereich erforderlich.

Dienstgeschäfte

- Dienstgeschäfte (Anlage 1): Hier sind Zahlen zu den Dienstgeschäften der Gewerbeärzte aufgeführt, soweit sie statistisch erhoben werden; sie sind gegenüber dem Vorjahr angestiegen.
- Betriebsbegehungen (Anlage 1): Anlass für Betriebsbegehungen des Staatlichen Gewerbearztes sind das BK-Verfahren, Anfragen der technischen Gewerbeaufsicht, Nachfragen aus Betrieben und Projekte. Die Zahl der Begehungen steigt wieder, auch bedingt durch die Aktivitäten im Sachgebiet Arbeitspsychologie. Die Begehungen umfassen Besichtigungen wie auch Gespräche mit den für den Arbeitsschutz Verantwortlichen im Betrieb.
- Beratungsleistungen (Anlage 1): 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.

Ermächtigungen

Ermächtigungen werden für die Vornahme von speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen erteilt. Bei staatlichen Vorschriften ermächtigt der Staatliche Gewerbearzt. Gegenwärtig werden Ärzte nur noch für Untersuchungen nach Strahlenschutz-, Röntgen- und Druckluftverordnung ermächtigt. Voraussetzung ist eine entsprechende Qualifizierung.

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Kleine und mittlere Unternehmen (KMU), also rund 97 % aller Betriebe, stehen in besonderem Maße im Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte, die von ihren Arbeitgebern erwarten, dass ihnen ein Arbeitsumfeld geboten wird, in dem sie ihre Leistungen erbringen können und dabei nicht nur keine gesundheitlichen Schäden davontragen, sondern auch ihre persönlichen Anliegen, etwa in der Familienphase oder bei der Pflege Angehöriger, angemessen Berücksichtigung finden. Eine Vielzahl der KMU, wozu auch der Großteil der öffentlichen Verwaltung gehört (Kommunalverwaltungen, Landesbehörden), sehen sich derzeit angesichts begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen nicht in der Lage, gezielte und an die betrieblichen Bedarfe angepasste Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zu ergreifen und entsprechende Konzepte umzusetzen. Zu verzeichnen ist aber seit einiger Zeit ein zu-

nehmendes Interesse der KMU am BGM, auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels. Zudem haben sich unter der Federführung der Industrie- und Handelskammer (IHK) Hochrhein-Bodensee (Fachbereich Gesundheitswirtschaft des Baden-Württembergischen IHK-Tags) die IHKs im Land und ebenso auch die Handwerkskammern des Themas BGM schon seit längerer Zeit angenommen. Die IHK-Organisation engagiert sich unter anderem mit Informations- und Unterstützungsangeboten für den Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung, den Austausch von Praxisbeispielen in Unternehmen bei Präventionsmaßnahmen, in der Weiterbildung z. B. zum „Gesundheitsmanager IHK“ oder durch Informationen und Veranstaltungen zur Digitalisierung (z. B. E-Health, Betriebliches Gesundheitsmanagement 4.0).

In der Landesrahmenvereinbarung zum neuen Präventionsgesetz und durch die Verankerung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen im Landesgesundheitsgesetz sind in Baden-Württemberg gute Voraussetzungen geschaffen worden. Kommunale Gesundheitskonferenzen können als neutrale Player die Kommunikationsplattformen in den Stadt- und Landkreisen bilden, mit deren Hilfe die Projektpartner die erforderlichen Vernetzungs- und Koordinationsleistungen zwischen den KMU und dem BGM mit sinnvollen und wirksamen Maßnahmen und Angeboten der BGF erbringen können. Grundlage für das vernetzte und untereinander abgestimmte Handeln bildet zudem das 2015 abgeschlossene „Bündnis für Arbeit und Gesundheit“, an dem unmittelbar das Land, die Sozialpartner, die Sozialversicherungen

und die Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit beteiligt sind.

Hinzu kommt, dass durch zwei vom Land geförderte Pilotprojekte in den Landkreisen Konstanz und Reutlingen eine sehr gute fachliche Grundlage geschaffen wurde, auf der nun aufgebaut werden kann. In Konstanz wurden die Betriebe aus dem Fachbereich der Wirtschaftsförderung heraus angesprochen, was sich als sehr erfolgreich erwies. Hier konnten innerhalb kurzer Zeit sehr viele kleine und mittlere Betriebe über BGM-Angebote und Anbieter informiert werden. Das Projekt beim Landratsamt Reutlingen hatte seine Verankerung im Gesundheitsamt und in der kommunalen Gesundheitskonferenz. Hier wurden zunächst Multiplikatoren in mittelgroßen Unternehmen und Organisationen ausgebildet, die sich gegenseitig bei der Einführung von BGM unterstützten. In einem weiteren Arbeitsschritt unterstützten zwei Mitarbeiter des Gesundheitsamtes mit technischer und medizinischer Kompetenz die Firmen bei der Ermittlung und Umsetzung ihres betriebsspezifischen Bedarfs an BGM-Maßnahmen auf der Basis der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung. Die Betriebe werden über zwei Jahre hinweg begleitet und erhalten im Rahmen einer öffentlichen Sitzung das Label „Gesund im Betrieb“. Diese Methode erwies sich ebenfalls als sehr erfolgreich und nachhaltig, auch deshalb, weil es für die Betriebe den Anreiz einer Rezertifizierung gibt.

Die Anlage 3 des Jahresberichts (Berufskrankheiten, S. 80) wird mit der Zahl der 2 931 ärztlich bearbeiteten Fälle veröffentlicht. Hinzu kommen 2 945 nicht ärztlich bearbeitete Fälle.

Anlage 1: Dienstgeschäfte und Tätigkeiten des Staatlichen Gewerbearztes 2018

Position	Tätigkeit	Zuständigkeiten		Summe (4)
		Gewerbeaufsicht (1+3)	Bergaufsicht (2)	
1	Außendienst			531
1.1.	Dienstgeschäfte	194		194
1.2.	Tätigkeiten			
1.2.1.	Betriebsbesichtigungen, Überprüfungen	72		72
1.2.2.	Besprechungen	98		98
1.2.3.	Vorträge (dienstlich)	79		79
1.2.4.	sonstige Tätigkeiten	0		0
1.2.5.	ärztliche Untersuchungen	61		61
1.2.6.	Messungen	16		16
1.2.7.	Beanstandungen	11		11
2	Innendienst			3 912
2.1.	Gutachten, Stellungnahmen, Beratungen			
2.1.1.	Stellungnahmen zu Berufskrankheiten und anderen berufsbedingten Erkrankungen**	2 926		2 926
2.1.2.	Stellungnahmen bezügl. ASiG	6		6
2.1.3.	sonstige Gutachten und Stellungnahmen*			0
2.1.4.	Beratung in arbeitsmedizinischen Fragen	532		532
2.2.	Ermächtigung von Ärzten			63
2.2.1.	Ermächtigungen durch Staatl. Gewerbearzt	18		18
2.2.2.	Stellungnahme zu Ermächtigungen	0		0
2.2.3.	Fristverlängerungen	45		45
2.3.	ärztliche Untersuchungen			54
2.3.1.	Untersuchungsanlass			
2.3.1.1.	vorgescrieb. Vorsorgeuntersuchungen	50		50
2.3.1.2.	Berufskrankheiten-Untersuchungen	4		4
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	25		25
2.3.2.4.	Lungenfunktionsuntersuchungen	50		50
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	280		280
2.4.	Analysen			
2.4.1.	biologisches Material	0		0
2.4.2.	Arbeitsstoffe	0		0
2.4.3.	Raumluftproben	2		2
2.4.4.	sonstige Analysen	0		0

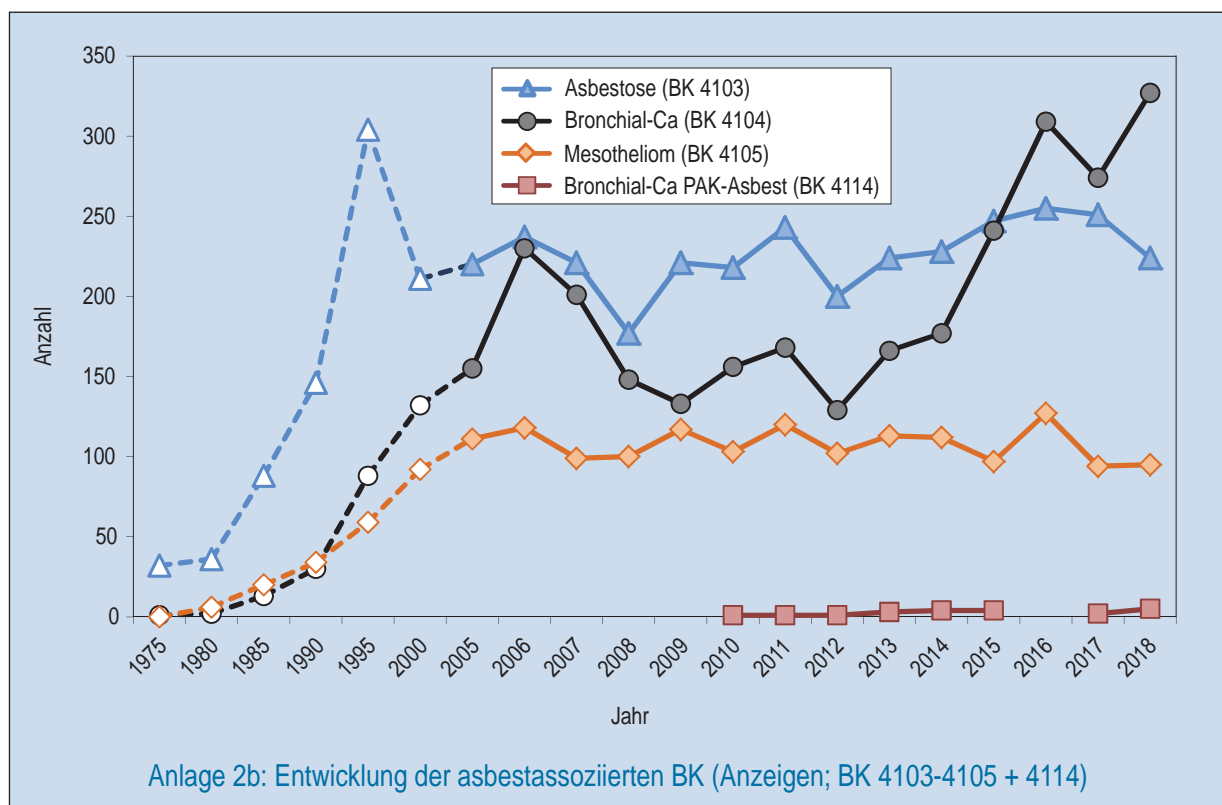
* Tätigkeiten werden statistisch nicht erfasst.

** ärztlich bearbeitete BK-Fälle

Anlage 2a: Entwicklung der asbestbedingten BK (Anzahl der Anzeigen) 1975-2018

Jahr	4103 Asbestose	4104 Bronchial-Ca	4105 Mesotheliom	4114 Bronchial-Ca PAH-Asbest
1975	32	1	*	
1980	36	2	6	
1985	88	13	20	
1990	146	30	34	
1995	304	88	59	
2000	211	132	92	
2005	220	155	111	
2006	237	230	118	
2007	221	201	99	
2008	177	148	100	
2009	221	133	117	
2010	218	156	103	1
2011	243	168	120	1
2012	200	129	102	1
2013	224	166	113	3
2014	228	177	112	4
2015	247	241	97	4
2016	255	309	127	
2017	251	274	94	2
2018	224	327	95	5

* 1975 noch keine BK



Anlage 3: Begutachtete BK 2018

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		Summe							
		beg	bb	best	bb	best	beg	bb	best	beg	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	5									5	0	0	0	
1102	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen										0	0	0	0	
1103	Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen	57	1	1							57	1	1	1	
1104	Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen	2									2	0	0	0	
1105	Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen										0	0	0	0	
1106	Erkrankungen durch Thallium oder seine Verbindungen										0	0	0	0	
1107	Erkrankungen durch Vanadium oder seine Verbindungen										0	0	0	0	
1108	Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen										0	0	0	0	
1109	Erkrankungen durch Phosphor oder seine anorganischen Verbindungen										0	0	0	0	
1110	Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen										0	0	0	0	
12	Erstickungsgase														
1201	Erkrankungen durch Kohlenmonoxid	1									1	0	0	0	
1202	Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff										0	0	0	0	
13	Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) und sonstige chemische Stoffe														
1301	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine	84	4	4							84	4	4	4	
1302	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe	23	1	1							23	1	1	1	
1303	Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder durch Styrol	6									6	0	0	0	

Anlage 3: Begutachtete BK 2018 (Fortsetzung)

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.						Summe			
		beg	bb	beg	bb	beg	bb	best	beg	bb	best	beg	bb	best	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1320	Chronisch-myeloische und chronisch-lymphatische Leukämie durch 1,3-Butadien bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 180 Butadien-Jahren (ppm x Jahre)	1										1	0	0	
1321	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 80 Benzo(a)pyren-Jahren [(µg/cbm) x Jahre]	3										3	0	0	
2	Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten														
21	Mechanische Einwirkungen														
2101	Erkrankungen der Sehnscheiden oder des Sehngleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	7										7	0	0	
2102	Meniskussschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten	3										3	0	0	
2103	Erkranken durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen											0	0	0	
2104	Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können											0	0	0	
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck											0	0	0	
2106	Druckschädigung der Nerven	2										2	0	0	
2107	Abrissbrüche der Wirbelfortsätze											0	0	0	
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	13	1	1								13	1	1	

Anlage 3: Begutachtete BK 2018 (Fortsetzung)

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		Summe							
		beg	bb	best	bb	best	beg	bb	best	beg	bb	best	bb	best	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
3	Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten														
3101	Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrts- pflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektions- gefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war	77	56	3										77	56
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	106	74	4										106	74
3103	Wurmkrankheiten der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Strongyloides stercoralis													0	0
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	27	20	2										27	20
4	Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells														
41	Erkrankungen durch anorganische Stäube														
4101	Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)	1												1	0
4102	Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko- Tuberkulose)													0	0
4103	Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen der Pleura	6	1											6	1
4104	Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs oder Eierstockkrebs - 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 x 10 ⁶ [Fasern/cbm] x Jahre)	22	1	1				1						23	1
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Percards	2	2	2										2	2
4106	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Verbindungen	5												5	0
4107	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen	26						1						27	0

Anlage 3: Begutachtete BK 2018 (Fortsetzung)

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich														Summe												
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		Summe		best		beg		bb		best		beg		bb		best						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
4108	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Thomasmehl (Thomasphosphat)	1																						1	0	0		
4109	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen	11	1																						11	1	0	
4110	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereiohrgase	1																							1	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/cbm) x Jahre]	2	1	1																					3	2	1	
4112	Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO ₂) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)	46													1											47	0	0
4113	Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benzo[<i>a</i>]pyren-Jahren [(µg/cbm) x Jahre]	28	2	2																						28	2	2
4114	Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis, die einer Verursachungswahrscheinlichkeit von mindestens 50 Prozent nach der Anlage 2 entspricht	2																								2	0	0
4115	Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen (Siderofibrose)	18	1																							18	1	0
42	Erkrankungen durch organische Stäube																											
4201	Exogen-allergische Alveolitis	39	12	6																						39	12	6
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	6	5																						9	6	5

Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen

Matthias Schenk, Friedbert Prax, Ref. 95



Schutz durch Rechtsverfahren: die Gesundheit der Bevölkerung

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

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

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

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

Als Landesprüfungsamt obliegt dem LGA weiter die verwaltungsmäßige Betreuung der Studiengänge für die akademischen Heilberufe Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Lebensmittelchemiker. Daher erhalten die Studenten dieser Fachrichtungen vom Regierungspräsidium (RP) z. B. die Anrechnungen von Studienleistungen aus verwandten Studiengängen oder Studienleistungen aus dem Ausland, 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 Hin-

sicht 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 hat im Jahr 2018 in den akademischen und nicht akademischen Gesundheits-, Sozial- und Pflegeberufen insgesamt rund 9 700 Approbationen und Berufserlaubnisse sowie Berufs- und Berufsbezeichnungserlaubnisse erteilt. Rund 3 200 Approbationen und rund 650 Berufserlaubnisse wurden 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 die deutsche Ausbildung für den Regierungsbezirk besteht, wurden rund 4 500 Berufsbezeichnungserlaubnisse – die Berufsausübung als solche ist nicht erlaubnispflichtig – verliehen (einschließlich ausländischer Ausbildungen, für die eine landesweite Zuständigkeit besteht). Den Hauptanteil mit rund 1 800 Erlaubnissen nimmt der Bereich der Krankenpflege/Kinderkrankenpflege mit ausländischer Ausbildung ein. In der Altenpflege und Heilerziehungspflege einschließlich der Helferberufe wurden insgesamt rund 1 500 Pflegekräfte für die ambulante und stationäre Pflege und Betreuung von alten und pflegebedürftigen Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen staatlich anerkannt. Gegenüber den Vorjahren hat die Anzahl der deutschen Ausbildungen in den Pflegeberufen erstmals wieder zugenommen. Die Anzahl der Anerkennungen ausländischer Ausbildungen in den Krankenpflegeberufen hat sich gegenüber dem Jahr 2015 verdoppelt. Bei den bundesrechtlich geregelten nicht-akademischen Gesundheitsberufen Medizinisch-technischer Assistent, Pharmazeutisch-technischer Assistent, Physiotherapeut, Masseur/Medizinischer Bademeister, Diätassistent, Ergotherapeut, Logopäde wurden insgesamt rund 850 Berufserlaubnisse, in den landesrechtlich geregelten sozialen Berufen Jugend- und Heimerziehung, Arbeitserziehung, Heilpädagogik und Haus- und Familienpflege rund 400 Berufserlaubnisse erteilt (jeweils einschließlich der Anerkennung ausländischer Ausbildungen einschließlich Sozialarbeiter und Sozialpädagogen).

Mit dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe vom 17.07.2017 wurde der Grundstein für eine zukunftsfähige und qualitativ hochwertige Pflegeausbildung für die Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege gelegt. Die bisher im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz getrennt geregelten Pflegeausbildungen werden zusammengeführt. Die Pflegeberufereform des Bundes verfolgt eines der wichtigsten gesell-

schaftspolitischen Ziele der nächsten Jahre: die Sicherung einer guten Pflege in Zeiten des demografischen Wandels. Der Bundesrat hat am 21.09.2018 der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) und der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) zugestimmt. Die beiden Verordnungen wurden am 10.10.2018 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Während die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ein gestuftes Inkrafttreten bis zum 01.01.2020 vorsieht, tritt die Finanzierungsverordnung bereits zum 01.01.2019 in Kraft.

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 der 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, sodass 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. Nach 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 Vorsit-

zende 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 Vorsitzendätigkeit ermöglicht einen unverzichtbaren Einblick in das Geschehen bei den Schulen vor Ort und ist auch repräsentativer Teil der dem RP obliegenden Schulaufsicht. Bei Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen erhalten die Prüfungsteilnehmer kurze Zeit später die Erlaubnisurkunden, um ihren Beruf als staatlich anerkannte Fachkräfte ausüben zu können. Aufgrund der seit Jahren gewachsenen kontinuierlichen, verlässlichen und vertrauensvollen Begleitung und Beratung der Schulen und der Auszubildenden besteht ein sehr gutes Einvernehmen mit den Berufsfachschulen.

Schutz durch Rechtseingriffe – Entzug der Approbation/Berufsurkunde

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

Arztes Rückschlüsse auf eine charakterlich bedingte mangelnde Bereitschaft zu ordnungsgemäßer Ausübung des Arztberufes schließen lässt. Die Beurteilung ist auf die zukünftige Berufsausübung des Arztes gerichtet. Es ist deshalb eine Prognose anzustellen, ob er bei seiner künftigen Berufsausübung nach seiner Gesamtpersönlichkeit und seinen Lebensumständen den berufsspezifischen Pflichten eines Arztes noch gerecht wird und die für die Ausübung des Berufes erforderliche Zuverlässigkeit gewährleistet. Maßgeblich für die Prognose sind die konkreten Umstände, nämlich die Situation des Arztes zum Zeitpunkt der Prognoseerstellung.

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

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

Ruhen und Widerruf der Approbation haben jeweils einen eigenständigen, unterschiedlichen Regelungsgehalt. Sinn und Zweck der Anordnung des Ruhens der Approbation als vorübergehende Maßnahme ist es, in unklaren Fällen oder Eilfällen einem Arzt die Ausübung seines Berufes für bestimmte oder unbestimmte Zeit zu untersagen, wenn dies im Interesse der Allgemeinheit und zum Schutz der Patienten geboten

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

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

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

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

Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, das durch die demografische und gesellschaftliche Entwicklung noch an Bedeutung gewinnt. In ländlichen Regionen zeichnet sich

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

Das Staatsexamen am Ende des Studiums wird entzerrt. Dazu wird der bisherige schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vor das Praktische Jahr (PJ) verlegt. Damit können sich die angehenden Ärzte während des PJ auf die klinisch-praktische Tätigkeit konzentrieren und ihre ärztlichen Kompetenzen verfestigen, ohne sich gleichzeitig auf die schriftlichen Prüfungen vorbereiten zu müssen. Das erhöht auch die Attraktivität des Studiums. 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, sodass 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 2018

Eriteilte Erlaubnisse Altenpfleger	705
Eriteilte Erlaubnisse Gesundheits- und Krankenpfleger	779
Eriteilte Berufserlaubnisse Jugend- und Heimerzieher	181
Zulassungsanträge für die medizinischen Prüfungen	4 876
Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung	1 349
Approbationen und Berufserlaubnisse an Ärzte mit ausländischer Ausbildung	1 355
Eriteilung Berufserlaubnisse an Physiotherapeuten	338

Die Kennzahlen des Gesamtreferats haben gegenüber dem Vorjahr erneut zugenommen und bewegen sich weiterhin auf sehr hohem Niveau. Insgesamt hat das Referat 9 688 Berufserlaubnisse (Vorjahr: 8 615) erteilt. Dies umfasst die Approbationen und Berufserlaubnisse für akademische Berufe sowie die Berufsbezeichnungsurkunden für die nicht-akademischen Gesundheitsfach- 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 haben gegenüber dem Vorjahr zugenommen, besonders deutlich in der Altenpflege. Hier bilden manche Schulen vorübergehend zweizügig

aus und die Abbruchquoten sind niedriger. Die Anerkennung ausländischer Pflegekräfte hat gegenüber dem Vorjahr erneut deutlich zugenommen hat (2 010 Berufserlaubnisse gegenüber 1 778 Berufserlaubnisse im Vorjahr). Bei den Approbationen und Berufserlaubnissen für Ärzte mit ausländischer Ausbildung ist eine weitere Zunahme zu verzeichnen. Bei den Ärzten mit ausländischer Ausbildung ist die Erteilung einer Approbation das vorrangige Ziel; die Zahl der erteilten Berufserlaubnisse hat gegenüber dem Vorjahr erneut zugenommen. Die Approbationen an Zahnärzte mit ausländischer Ausbildung sind gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen; 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 der Vorjahre. Der Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist im Jahr 2015 als neuer Prüfungsabschnitt hinzugekommen. 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“ sind zwar leicht rückläufig, bewegen sich aber weiter auf hohem Niveau (467 gegenüber 487 im Vorjahr). Dies belegt das weiterhin bestehende Interesse von Ärzten an einer Berufsausübung im Ausland.

Veranstaltungen



Das Veranstaltungsangebot des LGA richtet sich an

- Mitarbeitende der Gesundheitsämter, die im medizinischen Arbeitsschutz tätig sind,
- 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 LGA109 unter „Suche“). Dort können Anmeldungen auch online erfolgen.

Veranstaltungen 2018 ÖGD: medizinischer Arbeitsschutz

Gesundheitsschutz und Epidemiologie

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Fortbildung zu den Ringversuchen „Schimmelpilze“ (RV 32,33)	09.-10.04.2018	Ref. 93
Unfälle, Verletzungen und Gewalterfahrungen im Kindesalter	18.04.2019	Ref. 92
IfSG-Dienstbesprechung: Aktuelle Themen aus der Infektionsüberwachung und Qualitätsmanagement im IfSG-Meldewesen	09.05./03.12.2018	Ref. 92
LGA-Schimmelpilzkurs für Fortgeschrittene Nr. 1 in Zusammenarbeit mit dem Westerdijk Fungal Biodiversity Institute, Utrecht: „Nachweis und Identifizierung in Innenräumen und Lebensmitteln – Schwärzepilze innen und außen“	14.-15.05.2018	Ref. 93
LGA-Schimmelpilzkurs für Anfänger in Zusammenarbeit mit dem Westerdijk Fungal Biodiversity Institute, Utrecht: „Nachweis und Identifizierung von Schimmelpilzen in Innenräumen und Umwelt“	16.-18.05.2018	Ref. 93
Umweltmedizinische Kolloquien		
• Klimawandel und Gesundheit	16.05.2018	Ref. 92
• Erfassung und gesundheitliche Bewertung von Innenraumschadstoffen	14.11.2018	Ref. 92
Praktikum für Hygieneinspektoren zum Thema „Innenraumhygiene und Bewertung von Schimmelpilzen in öffentlichen Gebäuden“	02.-06.07.2018	Ref. 93
Molekulare Epidemiologie – Grundlagen, Anwendungen und Perspektiven für den Öffentlichen Gesundheitsdienst	05.09.2018	Ref. 92
8. Arbeits- und Umweltmedizinisches Kolloquium „Radon: Neue gesetzliche Anforderungen und Maßnahmen“	05.10.2018	Ref. 92/96
Workshop Angewandte Epidemiologie für Hygienekontrolleure	05.-09.11.2018	Ref. 92
LGA-Schimmelpilzkurs für Fortgeschrittene Nr. 2 in Zusammenarbeit mit dem Westerdijk Fungal Biodiversity Institute, Utrecht: „Nachweis und Identifizierung in Innenräumen und Lebensmitteln – Schwärzepilze innen und außen“	13.-14.11.2018	Ref. 93
Workshop „Partikelsammlung“	15.11.2018	Ref. 93

Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Workshop „Molekularbiologische Diagnostik“	30.02.2018	Ref. 93
Workshop „Diagnostik von Gastroenteritiden (Schwerpunkt EHEC) und intestinalen Parasiten“	13.03.2018	Ref. 93
Workshop „Diagnostik der Tuberkulose“	16.04./15.10.2018	Ref. 93
Qualitätsmanagement in der Tuberkulosefürsorge	11.12.2018	Ref. 93

Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsberichterstattung

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Workshop für Neueinsteiger*innen § 10 Beratung ProstSchG	17.01.2018	Ref. 94
Austauschtreffen „Bewegungsförderung mit älteren Menschen in Baden-Württemberg“	19.02.2018	Ref. 94
Anwendertreffen der ESU-Software ISGA	20.02.2018	Ref. 94
Anwendertreffen der ESU-Software Octoware	21.02.2018	Ref. 94
Workshop „Welche (ersten) Schritte in der Gesundheitsplanung können wir gehen?“	05.03.2018	Ref. 94
Dienstbesprechung für Fachkräfte der § 10 Beratung ProstSchG	07.03.2018	Ref. 94
Dienstbesprechung für Fachkräfte in der Beratung/Testung § 19 IfSG	25.04.2018	Ref. 94
Workshop „Transkulturelle Kompetenz“ für die KJGD	26.04.2018	Ref. 94
Dienstbesprechung der KJGD zur Qualitätssicherung in der ESU	08.05./09.05./ 17.09./18.09.2018	Ref. 94
Netzwerktreffen „Landesnetzwerk gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung“	28.06./10.12.2018	Ref. 94
Workshop „Interkulturelle Sensibilisierung“ für die KJGD	10.07./04.12.2018	Ref. 94
Sehtestung in der ESU	17.07./29.11.2018	Ref. 94
Fachtag „Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention“	20.07.2018	Ref. 94
Workshop „Einstieg in die gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung“	30.07.2018	Ref. 94
Workshop „Von den Ergebnissen der ESU zum Gesundheitsbericht“	10.10./27.11.2018	Ref. 94
Schulung „Prozessberatung und -begleitung zur gesundheitsförderlichen Stadt- und Gemeindeentwicklung“	06.11.2018	Ref. 94
Workshop „Daten für Taten – Kommunikation der Ergebnisse“	06.11.2018	Ref. 94
Netzwerktreffen „Bewegungsförderung im Quartier“	12.11.2108	Ref. 94
Sprachscreening in der ESU	14.11.2018	Ref. 94
Workshop zu den Kriterien guter Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung	22.11.2018	Ref. 94
Gemeinsame Dienstbesprechung für Fachkräfte § 19 IfSG/§ 10 ProstSchG	28.11.2018	Ref. 94
Hörtestung in der ESU	28.11.2018	Ref. 94
Workshop „Interkulturelle Sensibilisierung“ Quartiersentwicklung in der Gesundheitsförderung im Quartier	28.11.2018	Ref. 94
Netzwerktreffen „Bewegungspass“	06.12.2018	Ref. 94

Arbeitsmedizin, Staatlicher Gewerbearzt

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Starke Betriebe brauchen gesunde und zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – eine Fachveranstaltung in der Mobilen Pflege	18.01.2018	Ref. 96
Arbeitsgruppe „Arbeitsmedizin-Psychosomatik (ATP)“, Ulm	05.02.2018	Ref. 96
Label „Betriebliches Gesundheitsmanagement“, Reutlingen	21.02.2018	Ref. 96
MeetingPoint Arbeit & Gesundheit, Fachmesse Zukunft Personal, Stuttgart	01.04.2018	Ref. 96
Polizei BGM-Tagung Flörsheim	12.04.2018	Ref. 96
MeetingPoint Messe Stuttgart	24./25.04.2018	Ref. 96
Psychische Belastung, IHK Villingen-Schwenningen	25.04.2018	Ref. 96
Schulung GDA, Friedrichshafen	26.04.2018	Ref. 96
Pflege-Info-Veranstaltung, Gewerbeaufsicht, HdW, Stuttgart	14.05.2018	Ref. 96
FDB, Stuttgart	15.05.2018	Ref. 96
FDB, Freiburg	16.05.2018	Ref. 96
FDB Arbeitsschutz, Karlsruhe	05.06.2018	Ref. 96
Arbeitspsychologische Kolloquien		
• Pendeln	13.06.2018	Ref. 96
• Notfallmanagement und PTBS	09./19.09.2018	Ref. 96
Netzwerk „Arbeitspsychologie in der Landesverwaltung“	05.07.2018	Ref. 96
Dienstanfängerfortbildung Gewerbeaufsicht	11.07.2018	Ref. 96
IHK Region Stuttgart, Gesundheitswirtschaftsausschuss	11.07./14.11.2018	Ref. 96
Ressortübergreifender Erfahrungsaustausch BGM Landesverwaltung	12.07.2018	Ref. 96
Vernetzung Arbeitsmedizin – Psychosomatik in Baden-Württemberg (ATP)	12.07.2018	Ref. 96
Erfahrungsaustausch BGM in der Polizei Baden-Württemberg	18.07.2018	Ref. 96
Gemeinsame Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) Psyche, Freiburg	20.07.2018	Ref. 96
Arbeitskreis BGM Kommunale Gesundheitskonferenz, Karlsruhe	24.07.2018	Ref. 96
Gesundheitstag Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau	25.07.2018	Ref. 96
Asbestkrankungen in Baden-Württemberg, Mannheim	01.08.2018	Ref. 97
Arbeitsmedizinisches Kolloquium, Stuttgart	07.10.2018	Ref. 96
Arbeitspsychologische Grundqualifikation der Gewerbeaufsicht	08.10.2018	Ref. 96
IHK: „Herausforderung für Führungskräfte: Gesundes Führen und BGM-Kennzahl“, Stuttgart	12.10.2018	Ref. 96
Ergebnispräsentation psychische Belastung in der Gefährdungsbeurteilung	17.10.2018	Ref. 96
Kongress und Messe „Arbeitsschutz aktuell“, Stuttgart	23./24./25.10.2018	Ref. 96
Arbeitspsychologische Grundqualifikation der GAA		
• Regierungspräsidium Tübingen	30.10./06.12.2018	Ref. 96
• Regierungspräsidium Karlsruhe	07.11.2018	Ref. 96
DIN, Arbeitskreissitzung DIN ISO 45001	05.11.2018	Ref. 96
Landratsamt Calw, Initiativkreis „Gesunde Region Calw“	06.11.2018	Ref. 96
Jubiläum „10 Jahre Mobbinghotline/Konflikthotline Baden-Württemberg“, Karlsruhe	09.11.2018	Ref. 96

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
UKBW-Tagung „ORGA-Referenten der Ministerien und RPs“, Rauenheim	21./22.11.2018	Ref. 96
KoBrA-Fachkonferenz, Stuttgart	26.11.2018	Ref. 96
Meeting on Environmental Health, Strasbourg	28.11.2018	Ref. 96
Beratungskreissitzung „BGM in der Landesverwaltung (AL-Ebene)“	06.12.2018	Ref. 96
Fortbildungsveranstaltung „Grundlagen BGM“ für BGM-Verantwortliche der Landesverwaltung	12./17./18./19./ 20.12.2018	Ref. 96

Sonstiges

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Amtsärztliche Fortbildung: Begutachtung in medizinischen Gutachtenstellen von orthopädischen Erkrankungen sowie entzündlichen Darmerkrankungen	10.07.2018	Ref. 94

LGA-interne Veranstaltungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
LGA-Kolloquien		
Post-Polio – das unbekanntes Syndrom? Erste Ergebnisse einer Befragung zu Spätfolgen nach der Erkrankung an Poliomyelitis	17.01.2018	Ref. 92
Prostitution – was muss der ÖGD wissen?	21.02.2018	Ref. 94
1. Rizin und Abrin: eine reale Bedrohung in Deutschland? 2. Tropische Zecken in Deutschland?	24.10.2018	Ref. 93
Berufskrankheiten – neue Entwicklungen	05.12.2018	Ref. 96

Aus-, Fort- und Weiterbildung Hygiene

Berufsgruppe Hygienebeauftragte Ärzte

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	19.-23.02./14.-18.05./ 24.-28.09./26.-30.11.2018	Ref. 91

Berufsgruppe Desinfektoren

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	05.-23.03./08.-26.10.2018	Ref. 91
Fortbildungskurs (Infektionsschutz im Rettungsdienst und Krankentransport)	02.-03.05./19.-20.09.2018	Ref. 91

Berufsgruppe Hygienefachkräfte

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundlagen der Krankenhaushygiene	08.01.-16.02.2018	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation, Themenbereich 5	05.-09.03./23.-27.04./14.-18.05.2018	Ref. 91
Sozialwissenschaftliche Grundlagen	05.-09.03./02.-13.07./17.-28.09.2018	Ref. 91
Grundlagen der Mikrobiologie		
• Teil 1	12.-23.03.2018	Ref. 91
• Teil 2	04.-15.06.2018	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation	10.-14.09.2018	Ref. 91
Grundlagen der technischen Krankenhaushygiene und des Krankenhausbaus		
• Teil 1	08.-19.10.2018	Ref. 91
• Teil 2	05.-16.11.2018	Ref. 91

Berufsgruppe Mitarbeitende in pädagogischen Einrichtungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Infektionsschutz in pädagogischen Einrichtungen Intern	30.01./25.04./15.05./12.06./13.11.2018	Ref. 91
Infektionsschutz in pädagogischen Einrichtungen Extern/Kooperationen mit den Gesundheitsämtern	01.03./12.04./26.04./14.05./13.06./16.06./20.06./23.07./24.07./30.07./03.09./07.09./05.10./14.11./15.11.2018	Ref. 91

Hygiene in Arzt- und Zahnarztpraxen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Hygiene in Zahnarztpraxen		
• Teil 1	09.-11.01./13.-15.02./05.-07.06./23.-25.10./20.-22.11.2018	Ref. 91
• Teil 2	23.-25.01./27.02.-01.03./19.-21.06./06.-08.11./04.-06.12.2018	Ref. 91
Hygiene in Arztpraxen		
• Teil 1	06.-08.02./25.-27.09.2018	Ref. 91
• Teil 2	20.-22.02./16.-18.10.2018	Ref. 91
Hygiene in der ambulanten medizinischen Versorgung	10.-11.04./04.-05.12.2018	Ref. 91

Hygiene in Pflegeeinrichtungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	15.-19.01.2018	Ref. 91
Aufbaukurs 1	26.02.-02.03.2018	Ref. 91
Aufbaukurs 2	16.-20.04.2018	Ref. 91
Aufbaukurs 4	18.-22.06.2018	Ref. 91
Aufbaukurs 3	22.-26.10.2018	Ref. 91
Aufbaukurs 5	19.-23.11.2018	Ref. 91

Mitarbeitende des ÖGD

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Gute Pressemitteilungen verfassen	27.11.2018	Ref. 91

Forschung und Lehre¹



Vorträge

Böhme MWJ. Kurze Übersicht zur Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg. Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention, Stuttgart, 25.07.2018.

Böhme MWJ. Vorgehensweise zur Etablierung eines Themas zu Diabetes mellitus in einer Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) durch externe Interessenten – Ergebnisse einer Arbeitsgruppe Diabetes in der KGK (August 2018). 7. Sitzung des Fachbeirates Diabetes Baden-Württemberg, Stuttgart, 21.11.2018.

Dilger C. Bericht aus dem Qualitätszirkel ESU und LGA, Thema ESU. Dienstbesprechung der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste im Regierungsbezirk Stuttgart, Stuttgart, 22.11.2018.

Körber J. Prostitution – Was muss der ÖGD wissen? Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden-Württemberg e. V. (SAMA), Stuttgart, 15.05.2018.

Körber J. Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen der SAMA, Stuttgart, 15.05.2018.

Körber J. Überblick über die Einführung des HIV-Selbsttestes in Deutschland. 86. Sitzung des Bund-Länder-Gremiums zur Prävention von HIV/AIDS, STI und Hepatitiden, Köln, 09.11.2018.

Leher A. Ausgewählte Ergebnisse aus den Einschulungsuntersuchungen in Baden-Württemberg. 2. Tag der Sozialpädiatrie, Heilbronn, 16.05.2018.

Leher A. Bericht aus dem Qualitätszirkel ESU und LGA, Thema ESU. Dienstbesprechung der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste

- im Regierungsbezirk Freiburg, Freiburg, 03.05.2018.
- im Regierungsbezirk Karlsruhe, Mannheim, 24.10.2018.
- im Regierungsbezirk Tübingen, Balingen, 07.11.2018.

Leher A. Einführung in die Gesundheitsberichterstattung. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen der SAMA, Stuttgart, 25.01.2018.

Leher A. Grundlagen eines Gesundheitsberichts. Präventionsnetzwerk Ortenaukreis, Abschlussstagung, Offenburg, 11.10.2018.

Oehme R. Durch Zecken übertragene Erreger: Borrelia burgdorferi s. l., FSMEV und Co. Imkertag Baden-Württemberg, Aalen, 14.04.2018.

Oehme R. Grundlagen Bioanalytik, Vertiefung Labor. IBK, BBK, Heyrothsberge, 26.11.2018.

Oehme R. Hantaviren, ein beständiges auf und ab. MTA-Forum, Stuttgart, 27.01.2018.

Oehme R. Rickettsiosen: ein Thema in der Reise-medicin, aber auch in Deutschland. IGRMM e. V., Kurs C, Heidelberg, 15.09.2018.

Oehme R. Rizin und Abrin: eine reale Bedrohung in Deutschland? MTA Schule Esslingen, Esslingen, 19.12.2018.

Oehme R. Tigermücke: Verbreitung und Bekämpfung. Landkreistag, Aalen, 07.03.2018.

Pfaff G. Elimination der Röteln. Bund-Länder-Arbeitsgruppe Surveillance, Berlin, 27.-28.06.2018.

Pfaff G. Umgang mit impfkritischen Einstellungen. 129. Amtsärztliche Fortbildungsveranstaltung, Salzburg, 11.-12.06.2018.

Pfaff G, Helbling P, Kröger S, Haas W, Brusin S, Cirillo D, Groenheit R, Guthmann JP, Soini H, Hendrickx D, van der Werf M. The Role Of Entry-Screening Procedures In The Identification Of Multidrug-Resistant Mycobacterium Tuberculosis Cluster Cases Amongst Patients Arriving In Europe From The Horn Of Africa, 2016-17. International Meeting on Emerging Diseases and Surveillance IMED, Vienna, 12.11.2018.

Pfaff G, Leher A. Genauer hinschauen: Der Mehrwert aus ICDAS in der epidemiologischen Begleit-

¹ ohne Aktivitäten im Rahmen LGA-eigener Veranstaltungen

untersuchung in Baden-Württemberg. 68. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG 2018: Der Öffentliche Gesundheitsdienst – jetzt erst recht! Osnabrück, 26.-28.04.2018.

Reyer M. Wie kann die Arbeit in einer Kommunalen Gesundheitskonferenz gelingen? 1. Plenumssitzung der KGK Rastatt/baden-Baden, Rastatt, 11.04.2018.

Sammet T. Gesundheitsplanung. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen der SAMA, Stuttgart, 25.01.2018.

Sammet T. Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention im Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen der SAMA, Stuttgart, 25.01.2018.

Wagner-Wiening C. Aedes albopictus und importierte Arboviren – Herausforderungen für den ÖGD in Baden-Württemberg. EPIRHIN-Auftaktveranstaltung Tiger, Straßburg, 20.06.2018.

Wagner-Wiening C. Endemisch und epidemisch auftretende Infektionen. SAMA-Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen, Stuttgart, 20.10.2018.

Wagner-Wiening C. Falldefinitionen und Umgang mit Meldedaten. SAMA-Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen, Stuttgart, 10.04.2018.

Wagner-Wiening C. Gefahrenabwehr-Besondere Gefahrenlagen. SAMA-Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen, Stuttgart, 14.04.2018.

Wagner-Wiening C. Leitfaden Lebensmittel. SAMA-Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen, Stuttgart, 08.06.2018.

Zöllner I. Monatliche Schwankungen in der Gesamtmortalität sowie der Sterblichkeit durch Transportmittelunfälle und Suizide in Baden-Württemberg. DVMD-Frühjahrsymposium, Duisburg, 02.03.2018.

Buchbeiträge

Conrad K, Oswald F, Penger S, Reyer M, Schlicht W, Siedentop S, Wittowsky D. Urbane Mobilität und gesundes Altern. In: Fehr R (Hrsg.), Hornberg C (Hrsg.). Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. Band 1, 1. Auflage. München: oekom, 2018: 294-320.

Zeitschriftenartikel

Böhme M. Das Diabetische Fußsyndrom – Prävention und frühe Versorgung wesentlich. RP Report 2018; 2: 62-64.

Bohnert K, Reyer M. Kommunale Gesundheitskonferenzen – was machen die eigentlich? RP Report 2018; 2: 35-37.

Brockmann SO, Oehme R, Buckenmaier T, Beer M, Jeffery-Smith A, Spannenkrebs M, Haag-Milz S, Wagner-Wiening C, Schlegel C, Fritz J, Zange S, Bestehorn M, Lindau A, Hoffmann D, Tiberi S, Mackenstedt U, Dobler G. A cluster of two human cases of tick-borne encephalitis (TBE) transmitted by unpasteurised goat milk and cheese in Germany, May 2016. Euro Surveill 2018; 23 (15). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.15.17-00336.

Claessen H, Kvitkina T, Narres M, Trautmann C, Zöllner I, Bertram B, Icks A. Markedly Decreasing Incidence of Blindness in People With and Without Diabetes in Southern Germany. Diabetes Care 2018; 41: 478-484.

Idler N, Leykamm B, Reyer M, Merkt-Kube R, Böhme M. Kommunale Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg – Themen und Aktivitäten. Public Health Forum 2018; 26, 2: 164-168.

Nübling M, Schellhammer E, Behringer KH, Steiniger S, Gilly S, Geigges W, Bort G. Replieka – Coaching von Versicherten bei Arbeitsplatzkonflikten. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 2018 (online).

Spannenkrebs M, Dürrwald R, Klessinger S, Ramani-Schulzki S, Kohlsdorf K, Schick J, Mildenerger I, Biere B, Duwe S, Wedde M, Pfaff G. Todesfall eines Kindes im Rahmen eines Influenza-Ausbruchs in einem Kindergarten. Epidemiologisches Bulletin. DOI 10.17886/EpiBull-2018-028 2018; 22: 205-208.

Thomas SM, Tjaden NB, Frank C, Jaeschke A, Zipfel L, Wagner-Wiening C, Faber M, Beierkuhnlein C, Stark K. Areas with High Hazard Potential for Autochthonous Transmission of Aedes albopictus-Associated Arboviruses in Germany. Int J Environ Res Public Health 2018; 15 (6). pii: E1270. doi: 10.3390/ijerph15061270.

Wurmbauer I. Aktionstag Glücksspielsucht: Spielsucht? Kommt mir nicht in die Tüte! RP Report 2018; 3: 7.

Poster

Bauer R, Zöllner I. Vergleich der Sterblichkeit von 2004 und 2010 in Baden-Württemberg. 68. Wissenschaftlicher Kongress des BZÖG und des BVÖGD, Osnabrück, 26.-28.04.2018.

Donachie A, Hendrickx D, Sdonia E, Pfaff G, Derrough T. Assessing the burden of congenital rubella syndrome in Europe: A review of methods towards verifying elimination. European Scientific Conference on Infectious Diseases, St. Julian's, Malta, 21.-23.11.2018.

Fehler A, Zöllner I. Secular trends in all-cause mortality among children under the age of 15 years in Germany 1980-2015. European Congress of Epidemiology, Lyon, 04.-06.07.2018.

Geiger S, Holleczeck B, Stegmaier C, Zöllner I. Visualisierung von alters- und geschlechtsspezifischen Lungenkrebsinzidenzraten im Saarland 1970-2013. 63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Osnabrück, 02.-06.09.2018.

Schwenke L, Holleczeck B, Stegmaier C, Zöllner I. Alters- und geschlechtsspezifische Magenkrebsinzidenzraten im Saarland von 1970-2013. 63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Osnabrück, 02.-06.09.2018.

Zöllner I, Bauer R. Häufigste Medikamente bei Erwachsenen in Baden-Württemberg. 63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Osnabrück, 02.-06.09.2018.

Zöllner I, Bauer R, Marte M, Bohner L, Spliesgart S, Paschen K. Post-Polio – das unbekanntes Syndrom. 63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Osnabrück, 02.-06.09.2018.

Zöllner I, Pfaff G, Leher A, Kompauer I, Dreweck C. Secular trends in vaccination rates among school beginners in Baden-Wuerttemberg 1987-2015. European Congress of Epidemiology, Lyon, 04.-06.07.2018.

Lehraufträge

Böhme MWJ. Unterrichtsveranstaltungen im Rahmen des Heidelberger Curriculums „Medicinale HEILCUMED“. 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.

Fischer S. Modul „Mikrobiologische Diagnostik in der Humanmedizin“. Universität Hohenheim.

Lohr D. Grundlagen der Infektionsepidemiologie, Ausbruchmanagement und Fallbeispiele. SAMA.

Lohr D. Hygieneschulung für pädagogische Fachkräfte und Mensakräfte. Stadt Esslingen.

Oehme R. Modul „Mikrobiologische Diagnostik in der Humanmedizin“. Universität Hohenheim.

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

Zöllner I. Vorlesung Ernährungsepidemiologie und Statistik. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Vorlesung Statistik und Datenanalyse. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Vorlesung Verständnis wissenschaftlicher Studienergebnisse. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Vorlesung Visualisierung von wissenschaftlichen Ergebnissen. Universität Hohenheim.

Gremienarbeit



Abteilungsleitung

- Mitglied im Ausschuss für öffentliches Gesundheitswesen der Landesärztekammer
- Mitglied im Landesbeirat Krebsregister
- Mitglied im Vorstand des Ärzteverbandes öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg

Recht und Verwaltung

- Bundesweiter Arbeitskreis der QM-Beauftragten in amtlichen Untersuchungseinrichtungen
- Deutsche Gesellschaft für Qualität (DGQ) – Regionalkreis Stuttgart

Epidemiologie und Gesundheitsschutz

- Arbeitsgruppe Masern am Robert Koch-Institut
- Arbeitsgruppe Zoonosen und Infektionsforschung der Telematikplattform Medizinische Forschungsnetze
- BLAG (Bund-Länder-Arbeitsgruppe Surveillance)
- Bundesverband der Ärzte im ÖGD
- Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) – Fachgruppe Zoonosen
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS; Präsidiums-kommission zur Nachwuchsförderung – Vorsitz)
- EPI-RHIN (Oberschweizerkonferenz)
- EPIET (European Programme for Intervention Epidemiology Training)
- EUPHA (European Public Health Association)
- Gesellschaft für Virologie

- Internationale Biometrische Gesellschaft – Deutsche Region
- Landesärztekammer Nordwürttemberg
- PAE (Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie)
- STAKOB (Ständige Arbeitsgemeinschaft für Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger)

Hygiene, Infektionsschutz

- AG Mikrobiologie der Trinkwasserkommission beim Umweltbundesamt (UBA)
- ALUA – Arbeitskreis Trinkwasser der Landesuntersuchungsanstalten Baden-Württemberg
- Arbeitsgruppe Zoonosen und Infektionsforschung der Telematikplattform Medizinische Forschungsnetze
- AWBR – Arbeitsgemeinschaft Wasserwerke Bodensee-Rhein
- 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)
- Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten und Gesellschaft für Virologie: Fachausschuss Virusdesinfektion
- Deutsches Institut für Normung (DIN): Arbeitsausschuss Anforderungen an das Tätowieren (NA 159-02-14)
- DIN-Ausschuss zur DIN 19643: NA 119-07-16 AA Schwimmbeckenwasseraufbereitung
- Europäisches Komitee für Normung (CEN): Technical committee Tattooing services (CEN/TC 435)
- Kommission zur Bewertung der Entwesungsmittel und -verfahren
- Landesarbeitsgruppe Borreliose und FSME Baden-Württemberg
- 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
- Steuerungsgruppe Zukunftsforum Public Health in Deutschland
- Umweltbundesamt (UBA): Kommission zur Bewertung der Entwesungsmittel und -verfahren
- Verbund für angewandte Hygiene (VAH): Arbeitsgruppe Angewandte Desinfektion
- Verein Wasser, Boden, Luft e. V. (WABOLU)
- Zentrum für Infektiologie Stuttgart (ZIS)

Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung

- Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Suchtbeauftragten 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.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
 - Arbeitsgemeinschaft PrevNet
 - Arbeitstreffen Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit
 - Beratender Arbeitskreis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit
 - Bund-Länder-Gremium zur Prävention von HIV/AIDS, anderen STI und Hepatitiden
 - Bund-Länder-Kooperationskreis Suchtprävention
 - Fachbeirat „Nationale Aufklärungs- und Kommunikationsstrategie zu Diabetes mellitus“
- Delegiertenversammlung der Landesarmutskonferenz (Gaststatus)
- Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG): Sektion Sexuelle Gesundheit
- Kooperationstreffen der Landesvereinigungen für Gesundheit und der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheit
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Netzwerk für Prävention an Schulen

- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Initiativegruppe „Motorische Entwicklung im frühkindlichen Bereich“
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
 - Arbeitsgruppe Beratung Quartiersentwicklung
 - Arbeitsgruppe Substitution
 - Arbeitsgruppe Suchtprävention
 - Arbeitsgruppe Weiterentwicklung des Curriculums für die Weiterbildung im ÖGD
 - Fachbeirat Diabetes Baden-Württemberg
 - Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen Baden-Württemberg
 - Landesbeirat „Für Akzeptanz & gleiche Rechte Baden-Württemberg“
 - Lenkungsgruppe Einschulungsuntersuchungen
- Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Projekts „Aufbau einer Nationalen Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut“
- 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“

Arbeitsmedizin, Staatlicher Gewerbearzt

- Ärztlicher Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ beim BMAS
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed)
- Deutsches Institut für Normung e. V. (DIN):
 - Arbeitsausschuss Arbeitsschutzmanagementsysteme (NA 175-00-02 AA), Entwicklung ISO 45001
 - DIN-Normenausschuss Sicherheitstechnische Grundsätze (NASG NA 095 BR-02) Sonderausschuss Beratungsgremium für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit
- GDA-Koordinatoren
- IHK-Gesundheitswirtschaftsausschuss Region Stuttgart
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), Arbeitsgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Jour fixe Technischer Arbeitsschutz; Zusammenführung technischer und sozialer Arbeitsschutz
 - Lenkungsgruppe Gesundheit am RPS
 - Netzwerk Psychologie in der Landesverwaltung
 - Netzwerktreffen BGM Rhein-Neckar

- Vernetzung Arbeitsmedizin-Psychosomatik Universität Ulm (ATP)
- Kooperation Breitenumsetzung Arbeitsschutz in der Pflege
- LASI-Arbeitsgruppe sozialer und medizinischer Arbeitsschutz 3, medizinischer Teil
- LASI-Projektgruppe „Psyche“
- Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau:
 - Arbeitskreis Arbeitsmedizin im Rahmen der Deutsch-Französischen Zusammenarbeit im Arbeitsschutz
 - Arbeitskreis Arbeitspsychologie
 - Fachgruppe Arbeitspsychologie
 - Lenkungsausschuss „Arbeitsschutz über Grenzen hinweg“, Deutsch-Französische Zusammenarbeit
- VDSI – Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit, Leitungsgremium Südwest sowie Fachbereich Psyche

Fachpublikationen



Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsberichterstattung

- Broschüre über Alkohol reden – Was Eltern, Erzieherinnen und Erzieher wissen sollten; in den Sprachen arabisch und farsi
- Fördermöglichkeiten, Programme und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung und Quartiersentwicklung in Baden-Württemberg
- Kommunale Gesundheitskonferenzen Baden-Württemberg. Checklisten zur Entwicklung der Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- ÖGD – Handreichung nicht nur für (Neu-)Einsteiger_innen

Sonstiges

- Amtsärztliche Fortbildung 2017 – Amtsärztliche Begutachtungen durch medizinische Gutachtenstellen und bei nicht-infektiösen Lebererkrankungen

Pressemitteilungen



02.01.2018

Winterliche Grippewelle breitet sich in Baden-Württemberg aus: Influenzanachweise überall im Land

Das Landesgesundheitsamt rät weiterhin zur Impfung. Zwei Personen im achten Lebensjahrzehnt verstarben an Virusgrippe, eine Person war ungeimpft, in einem Fall konnte der Impfstatus bislang nicht erhoben werden.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

18.01.2018

Ständige Impfkommission rät zum Influenza-Vierfach-Impfstoff

Ein differenzierender Virustest kam zu dem Ergebnis, dass in rund 70 Prozent der Fälle das Influenza B-Virus vorliegt. Bei Hochrisikopatienten sollte individuell über eine Nachimpfung mit dem Vierfach-Influenza-Impfstoff entschieden werden.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

18.01.2018

Neues Informationsportal InfektNews steht ab sofort zur Verfügung

Ab sofort erhalten Sie über das neue Informationsportal des Landesgesundheitsamts InfektNews aktuelle Informationen zum Infektionsgeschehen in Baden-Württemberg und Meldestatistiken online.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

09.03.2018

Grippewelle im Land weiterhin auf sehr hohem Niveau

„Die aktuelle Influenzasaison zählt mit bislang insgesamt 24 162 Fällen zu den heftigsten, die in Baden-Württemberg überhaupt beobachtet wurden“, teilte

Sozial- und Integrationsminister Manne Lucha am Freitag (9. März) in Stuttgart mit.

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

23.03.2018

Welttuberkulose-Tag 2018

Trotz eines leichten Rückgangs bleibt die Zahl der registrierten Tuberkulose-Erkrankungen in Baden-Württemberg auf erhöhtem Niveau. Die Anzahl der an das Landesgesundheitsamt nach Infektionsschutzgesetz übermittelten Tuberkulose-Fälle hat im Jahr 2017 erstmals seit 2014 leicht abgenommen. So sank die Anzahl der Tuberkulosemeldungen gegenüber 2016 um 3 % auf 778 Fälle.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

20.04.2018

Neue Landesarbeitsgemeinschaft soll Akzeptanz von Impfungen erhöhen

Impfungen zählen nach wie vor zu den wichtigsten und wirksamsten Präventionsmaßnahmen der Medizin. „Mit einer „Landesarbeitsgemeinschaft Impfen“ wollen wir die Schlagkraft der vielen Aktivitäten zur Steigerung der Impfakzeptanz erhöhen“, teilte Sozial- und Integrationsminister Manne Lucha im Vorfeld der diesjährigen Europäischen Impfwoche mit.

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

03.05.2018

FSME-Fälle nehmen zu: Baden-Württemberg weiterhin Risikogebiet

Wirksamer Schutz durch mehrfach Schutzimpfung gegen Frühsommermeningoenzephalitis (FSME)

Die FSME-Saison hat begonnen. In Baden-Württemberg sind unverändert alle Stadt- und Landkreise, außer dem Stadtkreis Heilbronn, FSME-Risikogebiete.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

08.05.2018

Baden-Württembergs Badeseen haben eine gute Wasserqualität

Erneut weisen nahezu alle Badegewässer in Baden-Württemberg eine hervorragende Wasserqualität auf. Dies geht aus der aktuellen Badegewässerkarte hervor, die einen Überblick über die 314 im vergangenen Jahr hygienisch überwachten Badestellen gibt.

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

03.07.2018

Sozial- und Integrationsminister Manne Lucha zeichnet die Gewinnerklassen des Nichtraucherwettbewerbs „Be smart – Don't Start“ aus

Rauchen ist uncool – das geht auch aus einer aktuellen Studie des Robert-Koch-Instituts hervor, die vergangene Woche veröffentlicht wurde. Demnach rauchen Kinder und Jugendliche in Deutschland erheblich weniger als noch vor zehn Jahren. Auch in diesem Schuljahr konnten sich baden-württembergische Klassen der Jahrgangsstufen 6 bis 9 am bundesweiten Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don't Start“ beteiligen.

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

04.07.2018

FSME-Saison 2018: Bereits 109 Erkrankungen in Baden-Württemberg

Das Landesgesundheitsamt rät – besonders im Urlaub – zur Vorsorge durch schützende Bekleidung, die keine Zecken an die Haut lässt und zur Impfung gegen FSME.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

12.07.2018

Masern und die Sommerferien

Junge Erwachsene und Eltern für ihre Kinder sollten vor den Sommerferien abchecken, ob sie beide MMR-Impfungen haben, denn in Europa gibt es große Masernausbrüche.

Unter den klassischen Reisezielen sind Italien, Griechenland und Rumänien und bei den Fernreisezielen sind viele Länder in Asien besonders betroffen.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

19.07.2018

Das Landesgesundheitsamt ist mehr als nur fachliche Leitstelle für die Gesundheitsämter im Land

„Viele Aufgaben lassen sich nur in einem interdisziplinären fachlichen Netzwerk aus Experten und Institutionen bewältigen. Das LGA hat sich zu einer fachlichen Leitstelle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg in der Schnittstelle zwischen Gesundheitspolitik, -verwaltung und -wissenschaften weiterentwickelt“, so die LGA-Präsidentin Dr. Karlin Stark.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

24.07.2018

Hitzewelle im Südwesten: Gesundheitsminister warnt vor Risiken durch hochsommerliche Temperaturen und ruft zu Schutzmaßnahmen auf

„Temperaturen, die über einen längeren Zeitraum hinweg bei über 30 Grad liegen, können Kreislaufbeschwerden und körperliches Unwohlsein auslösen. Im schlimmsten Fall kann die große Hitze lebens-

bedrohlich sein“, warnte Lucha. Typische hitzebedingte Beschwerden könnten sich etwa in Schwindel, Kopfschmerzen, Erschöpfung Übelkeit und Erbrechen äußern.

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

26.07.2018

Welthepatitis-Tag 2018: Hepatitis B und C bleiben häufig unerkannt

Leberentzündungen durch Hepatitis B- und C-Viren können chronisch werden und unbehandelt zu Komplikationen wie Leberzirrhose und Leberkrebs führen. Tückisch ist der oft über lange Zeit unauffällige Verlauf dieser Infektionen. Im Jahr 2017 wurden 968 Hepatitis-C und 876 Hepatitis B-Nachweise in Baden-Württemberg gemeldet. 80 bis 90 % aller Hepatitis B-Infektionen werden durch Geschlechtsverkehr übertragen.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

24.09.2018

Aktionstag Glücksspielsucht: „Spielsucht? Kommt mir nicht in die Tüte!“

Gesundheitsminister Manne Lucha: „Spielsucht ist in der Gesellschaft nach wie vor ein Tabuthema und findet häufig im Verborgenen statt. Mit dem Aktionstag machen wir Betroffene und deren Angehörige auf die Hilfsangebote im Land aufmerksam und bringen das Thema mit einer groß angelegten Bäckertüten-Aktion in die Öffentlichkeit“

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

05.10.2018

Erste Ergebnisse der PFC-Blutuntersuchungen im Landkreis Rastatt liegen vor – Weitere Kontroll-Untersuchungen geplant

Gesundheitsminister Manne Lucha: „Wer Obst und Gemüse aus verunreinigten Gebieten verzehrte, ist weniger belastet. Erhöhte Werte zeigten sich hingegen nach Trinkwasserkontakt“.

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

29.11.2018

Welt-Aids-Tag 2018

Am 1. Dezember ist Welt-Aids-Tag. Eine frühzeitige Diagnose kann bei einer HIV-Infektion eine deutlich höhere Lebenserwartung bedeuten. In den Checkpoints der Aidshilfen oder in den Gesundheitsämtern können anonyme Tests für HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten durchgeführt werden.

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

21.12.2018

Einsatz für gesundheitliche Chancengleichheit und Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung im Land

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg (KGC BW) unterstützt gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung. Seit Beginn des Jahres 2018 ist die KGC BW neu besetzt worden. Der seit 2007 bestehende Themenschwerpunkt „Gesund älter werden“ konnte um die zwei neuen Schwerpunkte „Gesund aufwachsen“ und „Gesundheitsförderliche Quartiersentwicklung mit Schwerpunkt Bewegungsförderung“ ergänzt werden.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

26.12.2018

Vorsicht beim Umgang mit Feuerwerkskörpern

Sozialminister Manne Lucha wies besonders auf die Gefahren für das menschliche Gehör hin: „Viele Menschen unterschätzen den Geräuschpegel mancher Silvesterkracher, der vergleichbar mit dem Start eines Düsenjets ist.“ und „Durch den unsachgemäßen Umgang mit Feuerwerk kann es in der Neujahrsnacht auch zu schweren Verletzungen im Bereich der Hände, des Gesichtes und der Augen kommen.“

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

Anfahrtsbeschreibung: Dienstgebäude Nordbahnhofstr. 135



Anreise mit dem PKW

Aus Richtung Heilbronn

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

Aus Richtung Karlsruhe

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

Aus Richtung München

Verlassen Sie die A8 bei der Ausfahrt Stuttgart-Degerloch und folgen Sie der B27 in Richtung S-Zentrum. Bleiben Sie jeweils auf der rechten Fahrspur bis hinunter ins Stadtzentrum. In der Charlottenstraße (B27), an der großen Kreuzung rechts in die Konrad-Adenauer-Straße (B14) abbiegen. Bei der nächsten Ausfahrt die B14 gleich wieder in Richtung Hauptbahnhof verlassen. (Ab hier siehe unteres Kartendrittel) Vor dem Hauptbahnhof rechts in die Cannstatter Straße, dann links in die Wolframstraße abbiegen. Dann rechts in die Nordbahnhofstraße und wieder rechts in die Rosensteinstraße. Folgen Sie dem Straßenverlauf für 1,1 km. Dann **nicht** der Hauptverkehrs-führung 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

Acinetobacter spp. 36
 Akkreditierung 35
 Amb a 1 32
 Ambrosia 32
 Antibiotikaresistenz 36
 Arbeitsschutz (LGA-intern) 38
 Arztpraxen 7
 Ausbruch 30
 Ausbruchsmangement 24
 Aus-, Fort- und Weiterbildung 34, 87

B

Berufskrankheit Nummer 3101 16
 Bewegungsförderung 22
 Blutkontrolluntersuchung im Landkreis Rastatt 12
 Brandschutzübung 38
 Bündelstrategie 24

C

Carbapenemase 36
 Carbapenem-Nichtempfindlichkeit 36
 Chlamydia trachomatis 10

D

Dermatophyten 30
 Diabetes mellitus 20
 Doppellayerkarte 33

E

Einschulungsuntersuchung 14, 19
 Enterobacteriaceae 36

Ermächtigte Ärzte 40
 Erwachsenenkohorte Baden-Württemberg 32

F

Fließgewässer 28

G

Gemeinschaftseinrichtungen 30
 Gesundheitsatlas 20, 33
 Gruppenerkrankungen 18

H

Hyalomma 9
 Hygiene 28

I

Impflücken 7
 Impfquoten 14
 Integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung 22
 Internetbezogene Störungen 26
 Inzidenzraten 24

K

Kitas 30
 Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit 22
 Körpermotorik 19
 Krankentransport 34
 Kreisprofile 20
 KV-Impfsurveillance 14

L

Laborunterstützter Gesundheitsschutz 55
 Landesprüfungsamt 81
 Latente Tuberkulose-Infektion 16
 Lebensmittelbedingte Ausbrüche 18
 Leitfaden „Mutterschutz im Krankenhaus“ 39

M

Masern 14
 Masernausbruch 7
 Microsporium audouinii 30

N

Neckar 28
 Neckarwelle 28
 Neisseria gonorrhoeae (Tripper) 10

O

Organisationspläne 42, 43

P

PFCs 12

PFOA-Konzentrationen im Blut 12

Q

Qualitätsentwicklung 22

Qualitätsmanagement 35, 68

R

Ragweed 32

Resistenztypen 24

Rettungsdienst 34

S

Salmonellen 18

Schulen 30

Sensibilisierung 32

Sexuell übertragbare Infektionen 10

Sozialstatus 19

Staatlicher Gewerbearzt 69

Strahlenschutzverordnung 40

Suchtprävention 26

Surfen 28

T

Traubenkraut 32

Trichophyton soudanense 30

Trichophyton violaceum 30

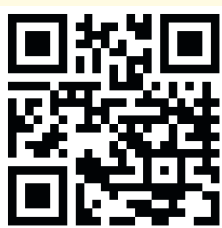
Tuberkulose 27

V

Veranstaltungsangebot 87

Z

Zecken 9



www.gesundheitsamt-bw.de



Baden-Württemberg

REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART