



Landes Gesundheits Amt
Baden-Württemberg

2011

Jahresbericht



Analyse



Prävention



Qualitätssicherung



Baden-Württemberg

LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTGART



Landes Gesundheits Amt
Baden-Württemberg

2011

Jahresbericht



Baden-Württemberg

LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART

Impressum

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

Mai 2012



Vereinfachte Schreibweise

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

Bildnachweis

Umschlagvorderseite + S. 3 f. + S. 16: © Lisa Eastman/fotolia.com; © Chee-Onn Leong/fotolia.com; © iMAGINE/Fotolia.de; © Marlee/fotolia.de; © Philpicture/fotolia.de; © Nico/fotolia.de; Umschlagrückseite: © A. Schnabel;
S. 24: © Daniel Bleyenber/pixelio.de; S. 25: © M. Dean/fotolia.de; S. 29: © Ervin Monn/fotolia.de;
S. 30: © Dmitry Nikolaev/fotolia.de; S. 46: © Gina Sanders/fotolia.com; S. 49: © Löhr-Fotografie/fotolia.com;
S. 52: © amridesign/fotolia.com; S. 53: © Christian42/fotolia.de; S. 54: © Chlorophylle/fotolia.de;
S. 55: © Patricia Hofmeester/fotolia.de; S. 57: © Lisa Eastman/fotolia.com; S. 58: © Yuri Arcurs/fotolia.de;
S. 59: © Marc/fotolia.com; S. 62: © Chee-Onn Leong/fotolia.de; S. 75: © Michael Kempf/fotolia.de;
S. 93: © Maksym Yemelyanov/fotolia.com; S. 97: © Joe Gough/fotolia.de; S. 100: © Kurt Duratschek/fotolia.com;
S. 105: © Dmitry Nikolaev/fotolia.de; S. 108: © PhotoCreate/fotolia.de; S. 113: © Franz Pfluegl/fotolia.de;
S. 114: © tm-pictures.ch/fotolia.de; S. 116: © askaja/fotolia.de

Vorworte..... 5

Einblicke in die Arbeit – kurz zusammengefasst

20 Jahre Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Vom „Medizinischen Landesuntersuchungsamt (MLUA) mit Desinfektorenschule“
zum Landesgesundheitsamt 8

Standortbestimmung und Anlass zum Feiern 10

Der Öffentliche Gesundheitsdienst zwischen heute und morgen 13

Qualitätssicherung als Auftrag und Selbstverpflichtung 16

Analyse



Neuer EHEC-Stamm „O104:H4“ in Baden-Württemberg 17

Ein aufkeimender Verdacht – Sprossen im Essen 18

Resistenzbestimmung von Tuberkulosebakterien 19

Neue Methode zur Differenzierung von Entamoeba histolytica 20

Räumliche Verteilung von Infektionsmeldungen – ausgewählte Karten aus
dem Infektionsatlas 21

Bestimmung von Polybromierten Diphenylethern (PBDE) in Humanblut 22

Allergieprävalenz und Häufigkeit von Schimmelpilz-Sensibilisierungen in
einem Erwachsenen-Kollektiv 23

Wie sich Maßnahmen für den Klimaschutz auf die Gesundheit beim Wohnen
auswirken 24

Aktion “Arbeitsbedingte psychische Fehlbelastung in Betrieben“ 25

Prävention



Masernwelle im Frühjahr 2011 26

Immunstatus in Bezug auf Diphtherie, Tetanus, Masern und Röteln bei
Erwachsenen 27

Hantavirus – ein exotisches Virus wird heimisch 28

Mäuse als Haustiere – eine Gefahr für die Gesundheit? 29

Metabolisches Syndrom & Diabetes – LGA-Symposium zu aktuellen Aspekten
der Prävention 30

Symposium Frühförderung Baden-Württemberg 2011 31

Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ 32

Glücksspiel – hau’ dein Geld doch gleich in die Tonne! 33

Applied Behavior Analysis (ABA) – Angewandte Verhaltensanalyse 34

HIV- und STI-Prävention in Baden-Württemberg – quo vadis? 35

Allergene in der Luft – überall und am Arbeitsplatz 36

Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung 37

Nachhaltige Gesundheitsförderung – wie geht das? 38

Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt 39

Kommunale Bewegungsförderung mit älteren Menschen auch in schwierigen
Lebenslagen 40

Impulskonferenz Präventive Hausbesuche 41

Qualitätssicherung



Konzeption einer Fortbildung zur Krankenhaushygiene für Ärzte des ÖGD	42
Ein Jahrzehnt im Rückblick – Infektionsbericht 2001-2010	43
Weniger Früherkennungsuntersuchungen bei Migrantenkindern	44
Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe bei Sechs- bis Siebenjährigen	45
Änderung der Trinkwasserverordnung 2001	46
Gesundheitsatlas Baden-Württemberg	47

Anhang

1 Organisationspläne	50
2 Aufgaben der Abteilung im Überblick	52
3 Laborunterstützter Gesundheitsschutz	62
4 Staatlicher Gewerbearzt	75
5 Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen	93
6 Projekte 2011	97
7 Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot	100
8 Gremienarbeit	105
9 Aktivitäten in Forschung und Lehre	108
10 Pressemitteilungen	113
11 Fachpublikationen	114
12 Lageplan Nordbahnhofstraße 135	115
13 Stichwortverzeichnis	116



Mit dem vorliegenden Jahresbericht stellt das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) seine Arbeit als fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Baden-Württemberg der Öffentlichkeit vor. Als Fachabteilung ist es seit über sieben Jahren im Regierungspräsidium Stuttgart (RPS) angesiedelt und nimmt seine Aufgaben überwiegend landesweit wahr.

In der Gesundheitslandschaft Baden-Württemberg ist das LGA kompetenter und interessensneutraler Ansprechpartner für gesundheitliche Belange im Infektions- und umweltbezogenen Gesundheitsschutz, ebenso in der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung. Fachliche Schnittstellen bestehen zu den Ressorts Soziales, Umwelt, Kultus und ländlicher Raum.

2011 war für das LGA ein besonderes Jahr! Anfang Juli feierte das LGA sein 20-jähriges Bestehen. Die einzelnen Festveranstaltungen bildeten das Spektrum der Arbeit gut ab: Die Fortbildungsveranstaltung für Mediziner betonte die fachliche Nähe zur Ärzteschaft und bewies einmal mehr den Akademie-ähnlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungsstandard für in den Bereichen Hygiene sowie ÖGD, Landesarzt für behinderte Menschen, Arbeitsmedizin und Frühförderung Tätige. Die LGA-interne Feierstunde richtete den Blick auf die Aufgabenvielfalt im eigenen Haus und das Zusammenspiel von ÖGD, Staatlichem Gewerbeamt, Landesarzt für behinderte Menschen und Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Ap-

probationswesen. Das Symposium zum Stellenwert und Standort des ÖGD belegte die Verantwortung als fachliche Leitstelle für den ÖGD in Baden-Württemberg. Der abschließende Tag der Offenen Tür erlaubte interessante Einblicke in das fachliche Innenleben nicht nur für die Bevölkerung rund um das in Hauptbahnhofsnahe gelegene Dienstgebäude. Es bot auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der anderen Abteilungen des RPS thematische Anknüpfungspunkte. Erfreulich ist, wie sich RPS-intern die Schnittmengen zu den anderen Abteilungen stetig vermehren.

Die laufende Aufgabenkritik und das Besinnen auf die Kernaufgaben bilden zusammen mit der Selbstverpflichtung zu qualitativ guter fachlicher Arbeit ein solides Fundament für fachliche und wissenschaftsnahe Kooperationen mit anderen Einrichtungen im Land, im Bund und im europäischen Kontext.

Markenzeichen des LGA sind seine medizinischen, natur-, gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Kernkompetenzen ebenso wie das Verständnis von Gesundheit als Zusammenwirken von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden. Dem Leitbild des RPS „Wir sorgen für optimale Entwicklung und fairen Interessenausgleich!“ entsprechend profitieren die Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung ebenso wie die Akteure vor Ort, insbesondere die Gesundheitsämter in den Stadt- und Landkreisen.

Mein herzlicher Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und ihrem Abteilungspräsidenten, Herrn Prof. Dr. Schmolz, für die bewährte gute Arbeit. Ich wünsche allen weiterhin vielfältige Impulse und Unterstützung, damit Motivation und Engagement erhalten bleiben und gefördert werden.

Gesundheit ist ein wertvolles und schützenswertes Gut, das nicht nur in der Bevölkerung und Politik einen hohen Stellenwert hat, sondern auch hohe Erwartungen an die öffentliche Verwaltung in ihrer Zuständigkeit für gesundheitliche Belange knüpft.

Johannes Schmalzl
Regierungspräsident



Der Wert von Jahresberichten wurde kürzlich im Wirtschaftsteil einer großen Tageszeitung wieder einmal in Frage gestellt: Positive Selbstdarstellung oder Nutzen für den Leser? Wir haben uns, wie in den Vorjahren, alle Mühe gegeben, die eigenen Tätigkeitsschwerpunkte sachlich und wissenschaftlich nachprüfbar darzustellen. Unter dem Gesichtspunkt der Bedeutung über den Tag hinaus sollten die folgenden Arbeitsergebnisse besonders interessieren:

- Wohnverhältnisse und Wohnraumklima spielen für die Gesundheit insbesondere sozial Benachteiligter eine große Rolle; diese sind mehr noch als Gesunde auf ein gesundes Wohnumfeld angewiesen. Das beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) angesiedelte WHO Collaborating Centre für Wohnen und Gesundheit setzt sich intensiv mit den Folgen des Klimawandels und den notwendigen Anpassungsstrategien für Gebäude auseinander. Hierzu ist eine Checkliste in Vorbereitung, die auf eigenen Ergebnissen und Literaturrecherchen basiert.
- Zu den im vergangenen Jahr erarbeiteten Gesundheitszielen für Baden-Württemberg gehört „Diabetes mellitus Typ 2: Risiko senken und Folgen reduzieren“. Die Gesundheitspolitik der neuen Landesregierung verfolgt den Ansatz weiter, lebensstilassoziierte Erkrankungen in den Fokus präventiver Strategien zu stellen. Nach Erarbeitung geeigneter Indikatoren, mit denen die Wirkung verbesserter Früherkennung und Versorgung abgebildet werden kann, soll das Thema schwerpunktmäßig in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen bearbeitet werden.
- Mit erheblichem finanziellen Aufwand will das Land das Betriebliche Gesundheitsmanagement in der eigenen Verwaltung stärken. Die Evaluation der ressortspezifischen Maßnahmen obliegt dem LGA. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse fließen bereits in eine DIN-Spezifikation zum BGM ein.
- Die Erkenntnisse über die Verbreitung multiresistenter Erreger von Krankenhausinfektionen und

die Todesfälle der letzten Zeit auf Frühgeborenen-Stationen haben der Krankenhaushygiene hoffentlich zum entscheidenden Durchbruch verholfen. Rechtsverordnungen der Länder sollen entsprechende Änderungen des Infektionsschutzgesetzes umsetzen. Können die Überwachungsbehörden, also die Gesundheitsämter, mit dem damit verbundenen Quantensprung des Hygienemanagements Schritt halten? Das LGA hat im abgelaufenen Jahr auf der Grundlage der Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Fachgesellschaften einen aus acht Modulen bestehenden Kurs „Krankenhaushygiene“ konzipiert, der auf die besonderen Bedürfnisse des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zugeschnitten ist. Die Gesundheitsämter erwerben damit ein Fachwissen, das inhaltlich der Fortbildung zum Krankenhaushygieniker entspricht.

- Das Bemühen des Landes um Verbesserung der Gesundheit seiner Bürger wird künftig weit mehr als bisher vom Dialog bestimmt sein. Dazu sollen den Bürgerinnen und Bürgern aufbereitete Daten an die Hand gegeben werden, mit denen sie das Auftreten bestimmter Krankheiten und die medizinische Versorgungslage in seiner Region, möglichst sogar in seiner Gemeinde, beurteilen können. Grundlage wird ein interaktiver Gesundheitsatlas sein, der seit verganginem Jahr beim LGA für Baden-Württemberg aufgebaut wird.
- Der besonderen Aufmerksamkeit des Lesers empfehle ich den zusammenfassenden Bericht, den Herr Kollege Prof. Dr. Wildner vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) über das wissenschaftliche Symposium anlässlich unseres 20-jährigen Bestehens verfasst hat. Darin kommt sehr gut unser Bemühen zum Ausdruck, einige grundsätzliche Probleme des ÖGD zu reflektieren, die in der vergangenen Zeit vielleicht etwas zu kurz gekommen sind: Die ethische Verantwortung des ÖGD, seine Kosten-Nutzen-Effektivität, sein Beitrag zur Qualität der medizinischen Versorgung, das Verhältnis zu Public Health und die Übertragbarkeit des ‚Chief Medical Officers‘ britischer Prägung auf das Deutsche Gesundheitssystem.

Ich danke allen Angehörigen des LGA sehr herzlich für ihr besonderes Engagement. Ohne dieses wäre es nicht möglich, angesichts einer seit fast zehn Jahren dramatisch zurückgehenden Mitarbeiterzahl im Konzert vergleichbarer Einrichtungen auf Bundesebene mitzuhalten.

Prof. Dr. Günter Schmolz
Präsident der Abteilung Landesgesundheitsamt



Vier Präsidenten haben das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg in den letzten Jahren geprägt (von links): Dr. Jürgen Wuthe (2002-2005), Prof. Dr. Walter Steuer (1991-1992), Prof. Dr. Günter Schmolz (seit 2005), Prof. Dr. Volker Hingst (1992-2002)

Einblicke in die Arbeit – kurz zusammengefasst

Vom „Medizinischen Landesuntersuchungsamt mit Desinfektorenschule“ zum Landesgesundheitsamt

Am 01.07.2011 jährte sich die Gründung des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) zum 20. Mal. Bundesweit war die Einrichtung damals die erste dieser Art; weitere sind gefolgt. Das Jubiläum gab auch Anlass, auf die Geschichte des LGA und die Anfänge des öffentlichen Gesundheitswesens in Baden-Württemberg zurückzublicken.

Mit Wirkung vom 01.07.1991 wurde das LGA aus seiner Vorgängerinstitution heraus neu gegründet und damit die Empfehlung einer 1998/99 von der damaligen Sozialministerin Barbara Schäfer eingesetzten großen Kommission umgesetzt. Deren Ziel war es, „Zukunftsperspektiven des ÖGD – Aufgaben, Organisation, Ausstattung“ zu erarbeiten und darin die Einrichtung einer Landesanstalt für den ÖGD als wissenschaftliche und konzeptionelle Unterstützungseinheit zu schaffen. Die fachlichen Aufgaben wurden im „Aufgaben- und Organisationsstatut“ vom 15.06.1991 (GABl. 1991, S. 730) festgeschrieben:

- (1) Errichtung des LGABaden-Württemberg als eine dem Sozialministerium unmittelbar nachgeordnete, nichtrechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts
- (2) Aufgaben
 - fachliche Leitstelle für den ÖGD auf den Gebieten der Umwelthygiene, Hygiene, Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung sowie für die Gewerbeaufsichtsverwaltungen auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin
 - Medizinaluntersuchungsamt
 - Staatlicher Gewerberarzt
 - Landesarzt für Behinderte

Die Aufgaben sind bis heute weitgehend erhalten geblieben.

Geschichte pur: Die Anfänge des öffentlichen Gesundheitswesens in Württemberg¹⁾

In Württemberg hat das öffentliche Gesundheitswesen eine lange Tradition. Bereits 1559 findet sich ein Hinweis von Herzog Christoph in der großen Kirchenordnung von Altwürttemberg. Später, 1720 und nochmals 1755, wurden die hochfürstlichen Bestimmungen für Ärzte, Wundärzte und Hebammen in Medi-

zinalordnungen zusammengefasst und eine seuchenpolizeiliche Dienststelle eingesetzt. Diese ist später in die „Sanitätsdeputation“ umbenannt worden. Auf Anordnung von König Friedrich wurde schließlich das „Königliche Medizinaldepartement“ gegründet. Ihm oblag die Aufsicht über alle für die Gesundheitspflege öffentlich angestellten Haupt- und Hilfspersonen, über alle öffentlichen Krankenanstalten sowie über die Verhütung von Seuchen. 1818 gründete König Wilhelm das „Medizinalkollegium“, dessen Befugnisse mit der königlichen Verordnung durch König Karl von Württemberg in einem Edikt festgeschrieben wurden. Schon damals hatte die Einrichtung eine beratende und in der Regel nicht vollziehende Funktion. Als sich nach Entdeckung der Tuberkelbakterien, der Cholera und des Milzbrandes die Erkenntnisse über bakteriologische Infektionskrankheiten rasant entwickelten, war es fast zwangsläufig notwendig geworden, ein entsprechendes Labor in Stuttgart einzurichten. Dieses wurde in einem Raum der Prosektur des früheren Katharinenhospitals aufgebaut und später in den Räumen der Landeshebammschule untergebracht. Mit Erlass vom 31.01.1898 wurde das Labor offiziell gegründet, um ein chemisches Labor erweitert und zum „Hygienischen Laboratorium des Königlichen Medizinalkollegiums“ bestimmt.

1910 ist die Azenbergstr. in Stuttgart-Nord erstmals als Standort erwähnt.

Das „MLUA“ als Vorgängerinstitution

1919 wurde das bisherige Medizinalkollegium in § 2 der Verordnung des Staatsministeriums vom 17.12.1919 im Rahmen einer Neuordnung des Gesundheitswesens im Geschäftskreis der inneren Verwaltung zum „Medizinischen Landesuntersuchungsamt (MLUA) mit Desinfektorenschule“ umbenannt und dem Ministerium des Inneren unmittelbar unterstellt. Der Reigen der Leitungen mit Ministerialrat Ernst von Scheurlen (1898-1931), Ministerialdirigent Dr. Hans Mayser (1931-1945), Oberregierungsmedizinaldirektor Dr. Arthur Unger (1945-1950 und 1957-1968), Prof. Dr. Paul Georg Lutz (1950-1952), Obermedizinalrätin Dr. Elisabeth Haug (komm. 1951-1957) beendete Prof. Dr. Walter Steuer (1968-1991). Er vollzog auch den Übergang vom damaligen MLUA zum heutigen LGA, das er in dessen Anfangszeit noch bis 1992 leitete.

¹⁾ Anm.: Bei der Zusammenfassung der historischen Entwicklung des LGA sind Teile aus dem Beitrag „Vom Hygienelabor zum LGA“ von Prof. Dr. Steuer im LGA-Dokumentationsband „100 Jahre aktiv für Gesundheit“ entnommen.

Räumlich wurde durch die Aufgabenzuwächse 1971 der Ausbau des Dachgeschosses Azenbergstr. 16 erforderlich. 1978 erfolgte der Umzug in die Wiederholdstr. 15.



Dienstgebäude Wiederholdstr. 14

Später kam das Gebäude Hoppenlaustr. 7 hinzu. Erst nach der LGA-Gründung 1991 konnte die Uhlandstr. 14 für die Arbeitsmedizin und die Staatlichen Gewerbeärzte bezogen werden. Damit verfügte das dezentral untergebrachte LGA über sieben Dienststellen in Stuttgart.

Wichtige Meilensteine auf dem Weg zum heutigen LGA

- 12.12.1994: Institutionalisierung des LGA als Landesoberbehörde im Geschäftsbereich des damaligen Sozialministeriums durch das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst
- 1996/97: Konzentration der Laboruntersuchungen auf gesundheitspolitisch wichtige Kernbereiche und gleichzeitige Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation an das neue Aufgabenprofil durch Einrichtung eines zentralen Laborbereichs (ZLB) und Neustrukturierung der Abteilungen 1 und 2
- 01.01.1998: LGA-Umwandlung in einen Landesbetrieb nach § 26 LHO („Route 26“); Produktivsetzung der Finanzbuchhaltung in der Software SAP R/3
- 02/1998: Verabschiedung der LGA-Leitlinien „Gesund leben und arbeiten in Baden-Württemberg“. Übergeordnetes Ziel ist das Engagement für die Gesundheit der Bürger – bürgerfreundlich, kundenorientiert und verbraucherbezogen.
- 03.03.1998: Festveranstaltung „100 Jahre aktiv für Gesundheit – vom Hygienischen Laboratorium des Königlichen Medizialkollegiums zum LGA“ im Haus der Wirtschaft, Stuttgart
- 14.04.1999: Akkreditierung der Labore Lebensmittel- und Wasserhygiene nach DIN EN 45001
- 1999: Entwicklung und Einführung des LGA-Logos



- 01.01.2000: Übertragung der Zuständigkeit der amtlichen Lebensmittelüberwachung auf das Chemische und Veterinäruntersuchungsamt (CVUA) Stuttgart im Zusammenhang mit der Neuordnung der Zuständigkeiten der Ministerien vom 07.12.1998
- 18.09.2000: Start der Internetauftritte
 - www.gesundheitsamt-bw.de („ÖGD-Homepage“)
 - www.landesgesundheitsamt.de („LGA-Homepage“)
- 2001: Startschuss der Umsetzungsphase des Landesprojekts NSI (Neue Steuerungsinstrumente); Einführung Kosten-Leistungsrechnung, Controlling, Balanced Scorecard (in Pilotfunktion)
- 26.06.2001: Festveranstaltung und Tag der offenen Tür „10 Jahre LGA – 10 Jahre Dienstleistungen für mehr Gesundheit in Baden-Württemberg“
- 23.10.2001: Ministerratsbeschluss zur Anti-Terror-Bekämpfung; Aufbau des Kompetenzzentrums Gesundheitsschutz (Beratung der politischen Entscheidungsträger und Gesundheitsbehörden im Zusammenhang mit bioterroristischen Bedrohungen, beim Auftreten hochansteckender lebensbedrohlicher Krankheiten und bei Großschadensereignissen/Katastrophenfällen)
- 14.02.2004: Aufgabe des ZLB und Eingliederung der Labore in die Abteilungen 1 und 2
- 2002: Ernennung des LGA als Konsiliarlabor Q-Fieber durch das Robert Koch-Institut
- 29.06.2004: Akkreditierung des gesamten Laborbereichs nach DIN EN ISO/IEC 17025
- 12/2004: Übergabe des Abschlussberichts „10 Jahre Gesundheitsdienstgesetz Baden-Württemberg: ÖGD – Zwischenbilanz und Ausblick“ der AG ÖGDG an das damalige Sozialministerium
- 01.01.2005: Eingliederung des LGA als Abteilung 9 mit Vor-Ort-Funktion (d. h. landesweiter Zuständigkeit) in das Regierungspräsidium Stuttgart
- 29.12.2006: Ernennung des LGA als „WHO Collaborating Centre for Housing and Health“ durch die WHO
- 06/2007: Umzug des LGA in die zentrale Dienststelle Nordbahnhofstr. 135, Stuttgart
- 01.11.2007: Eingliederung des Landesprüfungsamtes für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen als Referat 97 in die Abteilung 9/Landesgesundheitsamt

Standortbestimmung und Anlass zum Feiern

Der 20. Jahrestag der Gründung des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg (LGA) war Ende Juni 2011 Anlass, das Jubiläum festlich zu begehen und dazu Mitarbeiter, Ehemalige und Gäste einzuladen. Letztere kamen aus allen Bereichen der Gesundheitsverwaltung, von Hochschulen und Universitäten, mit denen das LGA seit vielen Jahren kooperiert, von Krankenkassen, Krankenhäusern und Kommunen. Themen des zweieinhalbtägigen Veranstaltungsreigenes waren eine Fortbildung für die Ärzteschaft zu Themen aus der LGA-Arbeit, ein Rückblick im engeren Kreis auf Erreichtes und Nicht-Erreichtes mit anschließender Hofhocketse, ein wissenschaftliches Symposium zur Standortbestimmung des ÖGD und abschließend ein Tag der offenen Tür für die Nachbarschaft, Mitarbeiter des Regierungspräsidiums Stuttgart und deren Angehörige.

„Neues aus Hygiene und Infektiologie – für die Praxis aufbereitet“ – Fortbildungsveranstaltung für Ärzte am 29.06.2011 in Kooperation mit der Ärzteschaft Stuttgart

Den Auftakt des Jubiläums bildete eine Fortbildungsveranstaltung für die Ärzteschaft in Stuttgart und der umliegenden Kreise.



Anmeldemanagement – das LGA ist mit seinem Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot gut aufgestellt

Es lag nahe, aus der Vielzahl der Aufgaben des LGA Themen anzubieten, die der Ärzteschaft erfahrungsgemäß „auf den Nägeln brennen“ – in der Hoffnung, die vorgetragenen aktuellen Erkenntnisse zur Epidemiologie, Diagnostik und Bekämpfung der Tuberkulose und der Norovirus-Infektionen direkt in die praktische Tätigkeit umsetzen zu können. Im Vortrag zur Praxishygiene wurden Probleme des Praxisalltags behandelt und Raum für Nachfragen gegeben.



Grußwort von Dr. Markus Klett, Vorsitzender der Ärzteschaft Stuttgart

Im Anschluss waren die Gäste zu einem Glas Wein oder zu alkoholfreien Getränken eingeladen, um den Abend in persönlichen Gesprächen ausklingen zu lassen. Die Fachleute des LGA standen für alle Fragen, die Aufgabengebiete des LGA und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) betreffend, zur Verfügung.



Gemütlicher Ausklang des Abends

Pressegespräch anlässlich der Veröffentlichung des Jahresberichts 2010 am 30.06.2011 im LGA

Die gemeinsame Presseerklärung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (SM) und des Regierungspräsidiums Stuttgart (RPS) zog eine Bilanz der Funktion und Arbeit des LGA und warf einen Blick in die Zukunft auf die sich wandelnden Anforderungen an den ÖGD. Bei der gemeinsamen Vorstellung des Jahresberichts 2010 wurde erstmals der Gesundheitsatlas Baden-Württemberg der Öffentlichkeit präsentiert. Für Jürgen Lämmle,

Ministerialdirektor im SM, ist er „eine interaktive auf Baden-Württemberg bezogene Datenquelle, die der Bevölkerung und den politischen Entscheidungsträgern eine Informationsplattform an die Hand gibt. Dort kann man künftig aktuellste Zahlen zu wichtigen Gesundheitsthemen aufrufen, beispielsweise Daten zum Auftreten von Krankheiten, zur Ärztedichte oder zur Lebenserwartung. Die Plattform soll den Dialog zwischen Bürger und Politik über den Gesundheitsstandort Baden-Württemberg ermöglichen und den Kommunen eine Gesundheitsplanung erleichtern.“

„Mit dem neuen Online-Angebot setzt das LGA erneut beispielhaft Akzente für einen modernen, zukunftsorientierten Öffentlichen Gesundheitsdienst“, fasste Regierungspräsident Johannes Schmalzl die landesweiten Aufgaben des LGA in seiner Behörde zusammen und fügte hinzu, „damit bewährt sich das LGA als ein wichtiges Brückenglied bei der Umsetzung gesundheitspolitischer Ziele des Landes und kommunaler Erfordernisse rund um Gesundheit in den Land- und Stadtkreisen.“

Als fachliche Leitstelle für den ÖGD hat das LGA mit seinen 180 Beschäftigten nach den Worten von Prof. Dr. Günter Schmolz, Präsident der Abteilung Landesgesundheitsamt im RPS, eine wichtige vorbereitende und unterstützende Funktion insbesondere für die Gesundheitsämter.



Regierungspräsident Johannes Schmalzl, Ministerialdirektor Jürgen Lämmle, Abteilungspräsident Prof. Dr. Günter Schmolz (von links)

„Das einzig Beständige ist der Wandel – das LGA im Fahrwasser der Zeit“ – Präsentation der Arbeitsfelder des LGA am 30.06.2011 für Aktive und Ehemalige mit anschließendem „Fest drinnen und draußen“

Mit der Weiterentwicklung des traditionsreichen MLUA zum LGA verband die Politik die Hoffnung, ein Instrument an die Hand zu bekommen, mit dem sich die anstehenden Fragen der öffentlichen Gesundheit leichter und besser lösen ließen. Zugleich

sollte die neu geschaffene fachliche Leitstelle auf konzeptionellem Gebiet und bei beratender Unterstützung hohen fachlichen Ansprüchen genügen. Mit der Zuweisung von Aufgaben auf den Gebieten Umwelthygiene, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung wurden Themen aufgegriffen, die bis heute aktuell sind. Neu hinzu kamen damals auch „Der Staatliche Gewerbearzt“ und der „Landesarzt für Behinderte“ und seit November 2007 das „Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen“.



Die „Altpräsidenten“ als Zeitzeugen sich wandelnder Anforderungen an das LGA

Die Nachmittagsveranstaltung zusammen mit den drei „Altpräsidenten“ des LGA, den Aktiven und den Pensionären, Ruheständlern sowie beurlaubten bzw. freigestellten Mitarbeitern bot die Gelegenheit, auf die vergangenen Jahre und die bisweilen stürmischen Zeiten mit Verwaltungsreformen, Personalabbau und neuen Aufgaben mit einer gewissen Gelassenheit zurückzuschauen, sich an den Erfolgen zu erfreuen, aus gemachten Fehlern zu lernen und deutlich sichtbar zu machen, worin die Stärken des heutigen LGA liegen.



Referatsleiter Gerhard Schüßler stellt die Aufgaben des Referats „Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen“ vor



Rollenwechsel: die anderen Referatsleiter als Zuhörende (von links: Kurt Geibel, Dr. Doris Reick, Dr. Peter-Michael Bittighofer, Dr. Birgit Berg, Dr. Günter Pfaff)

Abgerundet wurde die LGA-interne Veranstaltung mit einer Hocketse in den Räumen und im Hof des Dienstgebäudes Nordbahnhofstr. 135. Die Begegnungen waren vom freudigen Wiedersehen der aktiven und ehemaligen Mitarbeiter und kollegialen Austausch geprägt und stärkten das vorhandene Wir-Gefühl.



Hofnutzung einmal anders – es gab vieles zu erzählen und zu feiern

„Der ÖGD zwischen heute und morgen“ – wissenschaftliches Symposium am 01.07.2011

Das wissenschaftliche Symposium sollte mehr sein als eine Standortbestimmung. Es ging um grundsätzliche Betrachtungen des ÖGD aus Sicht der Ethik, der Versorgungsforschung und der Gesundheitsökonomie, aber auch um neue Handlungsfelder. Da erfahrungsgemäß bei Letzterem überwiegend fremd-, d. h. politikbestimmt, erhoffte sich das LGA Hinweise auf neue Handlungsfelder, die dem ÖGD in Wahrnehmung seiner „Radarfunktion“ aufgefallen sind, und denen er sich nach einer Ressourcenallokation auch gerne widmen würde. Insgesamt sollte deutlich werden, dass der ÖGD unverzichtbar ist – nicht nur zur Abwehr von Seuchen.



Abteilungspräsident Prof. Dr. Schmolz begrüßt die Gäste

„Wer wir sind und was wir tun – Tag der offenen Tür“ am 01.07.2011

Mit verschiedenen Aktionsecken, Kleinausstellungen und Kurzvorträgen gelang es dem LGA, seine Arbeit den Bürgern, Institutionen und Betrieben in der Nachbarschaft Nordbahnhofstr., aber auch den Mitarbeitern der anderen Standorte des RPS und den Angehörigen der LGA-Mitarbeiter informativ, anschaulich und kurzweilig näherzubringen. Einige der Themen:

- Anders betrachtet – zur Geschichte der Infektionskrankheiten
- Kleine Zahlen – große Zahlen: wie man mit Statistik Ursachen von Epidemien finden kann
- Gesundheitliche Auswirkungen elektromagnetischer Felder
- Schädlingsbestimmung
- Wie gut ist unser Trinkwasser?
- Bewegung hält gesund
- Audiometrie – wie gut höre ich?
- Blutdruck und Body Mass Index (BMI)-Messungen
- Gesundheitscheck Diabetes



Informationsstand zur Welt der Schimmelpilze und Ausstellung über Zecken als Überträger von FSME und Borreliose

Der Öffentliche Gesundheitsdienst zwischen heute und morgen

Zusammenfassung des wissenschaftlichen Symposiums anlässlich des 20-jährigen Bestehens des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA). Dem Autoren, Prof. Dr. Manfred Wildner vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Abteilung Gesundheit, ein herzliches Dankeschön.

20 LGA – ein würdiger Anlass zur Feier. Die schöne und ehrenvolle Aufgabe einer Zusammenfassung der Beiträge zu diesem Symposium weckt Anklänge an ein anderes schönes Produkt des „Ländles“: das der Spätlese-Weine. So wie bei einer Spätlese die Beeren noch etwas länger in der Sonne reifen dürfen, um dann, fast schon zum Abschluss der Saison, gesammelt und mit besonderer Sorgfalt gekeltert zu werden, so will auch diese Zusammenfassung die Leitgedanken und Kernbotschaften der vorangehenden Beiträge zusammenfassen und zum nochmaligen stillen Verkosten einladen.

Auch wenn es nicht üblich ist, Grußworte in die Zusammenfassung eines wissenschaftlichen Symposiums aufzunehmen, waren die Grußworte dieses Symposiums doch inhaltlich so gehaltvoll, dass eine Mitbetrachtung nahe liegt.

Prof. Dr. Günter Schmolz hat in seiner Begrüßung ganz besonders die immateriellen Vermögenswerte des LGA in den Vordergrund gestellt: die – wohlverstandenen – Kundenbeziehungen, die ausgebauten Technologien und Softwareprodukte und auch die anderen verschiedenen Leistungsangebote des LGA. Vor allem aber die Mitarbeiter dieser Behörde, welche den größten Besitz und die höchste Wertschöpfung des Amtes darstellen bzw. vermitteln. Nur mit ihrer großen Expertise und Einsatzbereitschaft konnten die mannigfaltigen Herausforderungen dieser 20 Jahre so erfolgreich gemeistert werden: „Wo Gefahr ist, wächst das Rettende auch“ (Hölderlin).

Jürgen Lämmle, Ministerialdirektor im Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, erinnerte daran, dass das LGA 1991 bei seiner Einrichtung die erste derartige Institution in der Bundesrepublik war. „Das einzig Beständige ist der Wandel“ – das LGA hat sich verschiedenen neuen Aufgaben gestellt und ist durch diese mit verwandelt worden: So hat es sich zu einem Zentrum für Gesundheitsschutz entwickelt, kann stolz auf ein WHO Collaborating Centre for Housing and Health verweisen, hat neben den Gesundheitsschutzaufgaben auch die Aufgaben von Prävention und Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsberichterstattung in Angriff genommen und sich so zu einem effektiven Dienstleistungszentrum weiter entwickelt. Der aktuell

im Netz verfügbare Gesundheitsatlas für das Land Baden-Württemberg ist dafür ein weiterer Beleg.

Prof. Dr. Reinhard Burger, Präsident des Robert Koch-Instituts in Berlin, überbrachte die Glückwünsche der Bundesebene und bekräftigt die gute, arbeitsteilige Kooperation auf Bund-Länder-Ebene. Aus Sicht des Bundes gibt es durchaus neue Herausforderungen, u. a. die Risikokommunikation, ethische Fragen Öffentlicher Gesundheit und die Diskussion von Problemen der Verknappung und Engpässe. In diesem Zusammenhang unterstrich er noch einmal nachhaltig die Bedeutung von Reaktionsreserven, um auf Ebene des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) eines Landes die zugeordnete Rolle auch in Krisensituationen ausfüllen zu können.

Dr. Ute Teichert-Barthel, Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärzte und Ärztinnen im ÖGD, unterstrich die zukunftsweisende Bedeutung der wissenschaftlichen Ausrichtung in Vernetzung mit Public Health für den ÖGD. Sie plädiert für eine bessere Ausstattung des ÖGD, eine unverändert notwendige Lobby-Arbeit und die Stärkung der ÖGD-Inhalte schon im Medizinstudium. Sie verwies auf die Spannungen, welche durch steigende Qualitätserwartungen bei gleichzeitigem Nachwuchsmangel unvermeidlich sind, auf die Politikbestimmung und Mediensteuerung des ÖGD, auf die Herausforderungen des Versorgungsmanagements und entwarf als mögliche Antwort die Perspektive von ÖGD-Lehrstühlen an dafür besonders geeigneten Orten bzw. Hochschulen.

Dr. Alexis von Komorowski, Stellvertretender Hauptgeschäftsführer des Landkreistages, erinnerte an die gelungene Einbindung der Gesundheitsämter in die kommunalen Strukturen 1995. Die dadurch möglichen und geförderten Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg wurden als Erfolg gewertet und unterstreichen den Wert der regionalen Einbindung der Expertise des ÖGD. In diesem Zusammenhang wurde auch die nochmalige Prüfung einer durchgehenden Kommunalisierung des ÖGD angeregt, wobei eine in Teilen kontroverse und damit in der Folge differenzierte Diskussion erwartet wird. Zukunftsweisend wurde eine präventive Wende in den Versorgungsstrukturen eingefordert, mit einer Bewegung über die notwendige kurative Individualmedizin hinaus hin zu einer präventiven Medizin. In diesem Zusammenhang wurde für den ärztlichen Leiter des Gesundheitsamtes eine wichtige Rolle im Sinne eines Kreisarztes/Chief Medical Officers auf lokaler Ebene erwartet. Gleichzeitig wurde mit Verweis auf das Konnexitätsprinzip eine Aufgabenkritik gefordert. Wäre es möglich, die Gutachtentätigkeit



Die erste Zuhörerreihe mit den Referenten

des ÖGD so weit auf qualifizierte Dritte nach extern zu verlagern, dass Kapazitäten für die Präventivaufgaben geschaffen werden können? Angeregt wurde hier ein Übergang vom Erfüllungsparadigma hin zur Gewährleistungsverantwortung im Rahmen eines Zertifizierungsmodells.

Im Rahmen des wissenschaftlichen Kolloquiums griff PD Dr. Ulrike Kostka/Deutscher Caritas-Verband das Thema „Ethische Grundlagen für den ÖGD“ auf. Angelpunkt für die diesbezüglichen Überlegungen war das Thema versteckter Rationierungen, d. h. die Vorenthaltung notwendiger Maßnahmen in Prävention und Versorgung. Während Gesundheitsschutz im Allgemeinen für alle gilt und alle erreicht, benötigen insbesondere sozial Benachteiligte besondere Anstrengungen und besondere Zugangswege, um von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wie auch verschiedener Versorgungsangebote erreicht zu werden. Gerade weil der ÖGD hier bereits als eines der letzten Netze fungiert, wäre die komplementäre Rollenzuschreibung die eines Akteurs für die politische Gestaltung, d. h. eine anwaltschaftliche Funktion für ein Menschenrecht auf Gesundheit, Autonomie und Solidarität im „System Gesundheitswesen“. Verschiedene ethische Dimensionen wurden angesprochen: von der Medizinethik über die Professionsethik, die Organisationsethik, die Systemethik und die Sozialethik bis hin zur Medienethik. Der ÖGD wurde aufgefordert, Netzwerker, „Anstoßer“ und

Koordinator in diesem System zu sein. Lebenslagen sollen auch wieder demedikalisiert und damit einer Veränderung im lebensweltlichen Kontext zugänglich gemacht werden. Und er wurde auch aufgefordert, den Umgang mit den „Geringsten“ einer Gesellschaft als Maßstab der Humanität und Funktionalität des Gesundheitswesens zu betonen und hochzuhalten.

Von PD Dr. Stefanie Joos vom Universitätsklinikum Heidelberg wurde der Ball der Qualitätsfragen im Gesundheitswesen mit ihrem Beitrag zu einem „ÖGD als dritte Säule des Gesundheitswesens – Anspruch und Wirklichkeit aus der Sicht der Versorgungsforschung“ aufgegriffen. Ausgehend von einem systemtheoretischen Input/Throughput/Output/Outcome-Modell wurden die Qualitätsfragen unter Aspekten der Über-, Unter- und Fehlversorgung näher behandelt. Baden-Württemberg hat durch die Förderung einer Koordinierungsstelle Versorgungsforschung in Heidelberg hier erneut einen Akzent gesetzt, welcher bundesweit und im europäischen Kontext Beachtung finden dürfte. Die entsprechende Internetpräsenz wurde unter www.versorgungsforschung-bw.de geschaffen und damit ein Portal für Vernetzungen und den Aufbau von Kompetenzen und Kapazitäten eröffnet. Der ÖGD wurde ausdrücklich aufgefordert, seine spezifischen Perspektiven gerade unter den übergeordneten Themen der Humanität, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit, wie sie im Sozialgesetzbuch angesprochen und gefordert sind, mit einzubringen.

Ökonomie und ÖGD – Prof. Dr. Bernd Brüggengjürgen, Leiter des SDK-Stiftungslehrstuhls für Gesundheitsökonomie an der Steinbeis-Hochschule in Berlin, wies darauf hin, dass der ÖGD oft als „Dritte Säule“ des Gesundheitswesens bezeichnet wird. Mit Blick auf die im Vergleich geringen zugeordneten Finanzmittel und Personalressourcen scheint dieses Bild unzutreffend zu sein. Allerdings ist der Sachverhalt, bezogen auf die Auswirkungen auf die Bevölkerungsgesundheit, durchaus ein anderer: hier haben die Interventionen und Bewertungen des ÖGD sehr wohl große Effekte mit erheblicher Hebelwirkung. Von ökonomischer Seite wurden drei Kernfragen aufgeworfen: Was kostet der ÖGD? Was ist sein Nutzen und sind die Potenziale daraus? Gibt es einen materiellen Nutzen des ÖGD? Eine Antwort auf diese Kernfragen setzt eine kritische Aufgabendiskussion voraus, da nur unter Rücksichtnahme auf konsentrierte Aufgaben eine ökonomische Bewertung des Weges, d. h. der eingesetzten Mittel, möglich ist. Tut der ÖGD das Richtige, und wenn ja, geschieht es effizient? Ein freundlicher „Aufschubser“ in Richtung ÖGD, hier die Diskussion nicht zu scheuen, um nicht wie Alice im Wunderland bei der Frage nach dem richtigen Weg nur Achselzucken ernten zu müssen.

„ÖGD und Public Health – zwei Seiten einer Medaille?“ Diese Frage stellte Prof. Dr. Claudia Hornberg/Universität Bielefeld. Ihr Fazit: dem Wandel mit Wandel begegnen. Das Leitziel, einen Wandel weg von interessensgeleiteten Entscheidungen hin zu wissensgeleiteten Entscheidungen im Dienst des ÖGD mit zu begleiten und zu gestalten, führt unweigerlich zu einer Vernetzung von ÖGD und Public Health. Die gegebenen Prozesse und Strukturen wurden von ihr grundsätzlich hoffnungsvoll beurteilt, u. a. durch die zunehmende Integration von Public Health-Absolventen in den Strukturen des ÖGD. Neue Formen und Strategien der Risikokommunikation, wie z. B. der Aufbau von Dialogstrukturen, machen deutlich: Wandel sollte als Herausforderung begriffen werden, als Unterwegssein im besten Sinne.

Diesem Thema, „Neue Handlungsfelder des ÖGD unter veränderten Rahmenbedingungen“, widmete Dr. Dr. Hans-Otto Tropp, Leiter des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Stuttgart, seinen Beitrag. Zentrales Thema seiner Ausführung war die „Sortierung“: Klassifikation und Zuordnung von Information, bezogen auf wachsende gesetzliche Aufgaben, bezogen auf die Entwicklung von Wissen und Technologie und bezogen auf festgestellte Defizite und hoffnungsvolle Wünsche. Ausgehend von der klarsichtigen Diagnose einer Planungs- und Baustellenlandschaft über alle Aufgaben hinweg wurde das Konzept einer dreigliedrigen Verwaltung entworfen: einer Ordnungs-Verwaltung und einer Leistungs-Verwaltung mit ihren jeweils zugehörigen ÖGD-spezifischen Dienstleistungen sowie als drittem Bereich einer Gestaltungs-Verwaltung. Ein Beispiel für die Ordnungsverwaltung sind die staatlichen Eingriffe in Zusammenhang mit In-

tektionsschutzmaßnahmen. Beispiele der Leistungsverwaltung finden sich bei der Schuleingangsuntersuchung und weiterer dadurch ausgelöster diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. In den für den ÖGD neuen Bereich der Gestaltungsverwaltung fallen direkte und indirekte, steuernde, moderierende und strategische Akzente setzende Tätigkeiten, z. B. im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Der Gestaltungsverwaltung kommt in diesem Entwurf besondere Bedeutung zu mit der Aufgabe, Gesundheit in einem gesunden Umfeld zu schaffen – oder mit anderen Worten, um „Bedingungen zu schaffen, in denen Menschen gesund sein können“ (Institute of Medicine, 1986). Der ÖGD sollte dies bei aller gebotenen Rücksichtnahme als selbstbewusst agierende Institution in Angriff nehmen.

„Chief Medical Officer – Modell für den ÖGD?“ – Dr. Andreas Zapf, Präsident des LGL und amtierender Landesarzt in Bayern, stellte anschaulich die Anforderungen eines solchen Berufsbildes vor. Leitthema war die Rolle eines „Chief Medical Officers“ alias Landesarztes als Motor und Moderator: in den Bereichen der Bevölkerungsmedizin, in der Beförderung der Kooperation von Wissenschaft und Praxis, in dem Aufbau von qualifizierenden Ausbildungsstrukturen für den ÖGD wie der Pettenkofer School of Public Health in München und zunehmend auch im Bereich der Versorgungssteuerung und -planung. Dabei wurde ein klares Bekenntnis zu einer systembezogenen New Public Health mit einer zugehörigen passenden Qualifizierung getroffen. Dass sich bei der Entwicklung eines solchen Zukunftsmodells auf Landes- und Kreisebene die Beteiligten in Bayern und Baden-Württemberg gegenseitig die Bälle zugespielt haben, wurde deutlich.

Schließlich wurde von Dr. Gabriele Ellsäßer/Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, ein Modell einer funktionierenden Public Health Surveillance als Bestandteil eines Public Health Aktionskreises vorgestellt. Thematisch an ausgewählten Beispielen – Impfen, Unfallprävention – aufgehängt wurden die in Brandenburg und benachbarten Regionen bereits eingeführten, durchdachten und funktionalen Systeme der Datengenerierung und eines gezielten Feedbacks der erhobenen Daten an die Versorgungsstrukturen vorgestellt. Daten für Taten im besten Sinn, wobei die Bedeutung elektronischer Medien als Kommunikationsplattform betont und unterstützt wurde.

Fazit: Im Rahmen dieses Symposiums wurden die guten und besten Wünsche zum 20-jährigen Bestehen inhaltlich ausbuchstabiert und damit einer breiteren Diskussion zugeführt. Das aktive Zugehen auf und Umgehen mit neuen Technologien und Methoden war erfolgreich, ÖGD! Gehe weiter mit Zuversicht in die Zukunft, LGA! Allen Beteiligten sei gewünscht, dass diese Diskussion fruchtbar in die jeweiligen Institutionen getragen wird, dem LGA darüber hinaus wie auch dem ganzen Ländle Gesundheit, Glück und Segen!

Qualitätssicherung als Auftrag und Selbstverpflichtung

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

Der ÖGD

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

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

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

Das LGA als fachliche Leitstelle für den ÖGD

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

Die Hilfestellung durch das LGA bewährt sich z. B.

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

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

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

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

Jährliche Zielvereinbarungen zwischen dem SM als Fachressort und dem RPS heben gesundheitspolitisch besonders bedeutsame Arbeitsvorhaben heraus. Neben der Wahrnehmung der laufenden Aufgaben ermöglichen LGA-intern festgelegte Projekte die Vertiefung einzelner Arbeitsschwerpunkte. Die Projekte im Jahr 2011 sind im Anhang 6 aufgelistet.

Qualitätssicherung als Auftrag und Selbstverpflichtung

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

Einblicke in die Arbeit

Die Berichte sind folgenden drei Schlagworten zugeordnet:



Analyse

Beobachten, Untersuchen, Beurteilen



Prävention

Vorsorgen, Fördern, Schützen



Qualitätssicherung

Beraten, Fortbilden, Weiterentwickeln

Neuer EHEC-Stamm „O104:H4“ in Baden-Württemberg

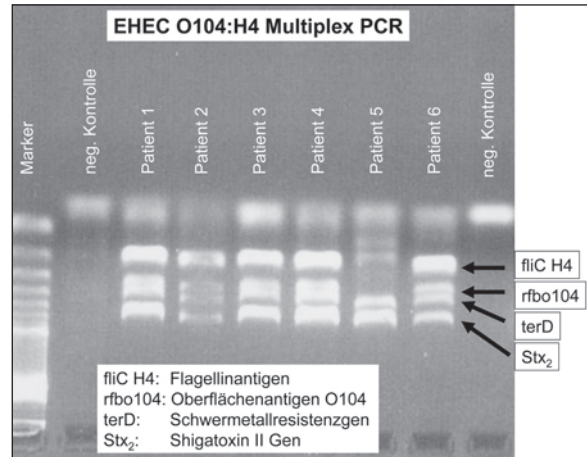
Kathrin Hartelt, Astrid Kirch, Gerda Klittich, Ref. 93

Von Mai bis Juli 2011 kam es deutschlandweit zu einem großen Ausbruch mit Erkrankungsfällen, verursacht durch enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC) des Serotyps O104:H4. Auch in Baden-Württemberg gab es Erkrankungsfälle. Die Untersuchungen hierzu fanden u. a. im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) statt.

Das Bakterium *Escherichia coli* ist Bestandteil der Darmflora und hat eine große Bedeutung für die Darmgesundheit. Durch Gentransfer haben sich zahlreiche genetische Elemente bei bestimmten *E. coli*-Varianten verbreitet, die unterschiedliche Virulenzeigenschaften hervorgebracht haben. Beim EHEC handelt es sich um ein Bakterium, das durch den Kontakt zu Wiederkäuern, über den Verzehr von kontaminierten Lebensmitteln und von Mensch zu Mensch übertragen werden kann. Es besitzt die Eigenschaft zur Bildung von Zytotoxinen, sog. Shigatoxinen (Stx), die zwei Hauptgruppen (Stx₁ und Stx₂) zugeordnet werden. Schwere Erkrankungen wie z. B. das hämolytisch-urämische Syndrom (HUS), welches bisher überwiegend bei Kindern aufgetreten war und durch eine hämolytische Anämie, Thrombozytopenie und Nierenversagen bis hin zur Anurie charakterisiert ist, werden überwiegend durch Stx₂-produzierende EHEC hervorgerufen.

Von Mai bis Juli 2011 kam es deutschlandweit zu dem bisher größten Ausbruch mit HUS-Erkrankungsfällen und/oder blutiger Diarrhö, die vorwiegend bei Frauen mittleren Alters auftraten. Verantwortlich für den Ausbruch war ein EHEC des Serotyps O104:H4, der neben dem Stx₂-Toxin die Virulenzmerkmale eines enteroaggregativen *E. coli* aufwies, mit denen er sich an die Epithelien der Darmzellen anheften kann. Zusätzlich wies er noch besondere Resistenzeigenschaften gegenüber Cephalosporinen der dritten Generation (Extended Spectrum Beta Lactamase [ESBL]) auf. Als Vehikel für den Ausbruchsstamm konnten Bockshornkleesprossen verantwortlich gemacht werden. Auch in Baden-Württemberg traten Erkrankungsfälle auf, die u. a. im LGA diagnostiziert wurden.

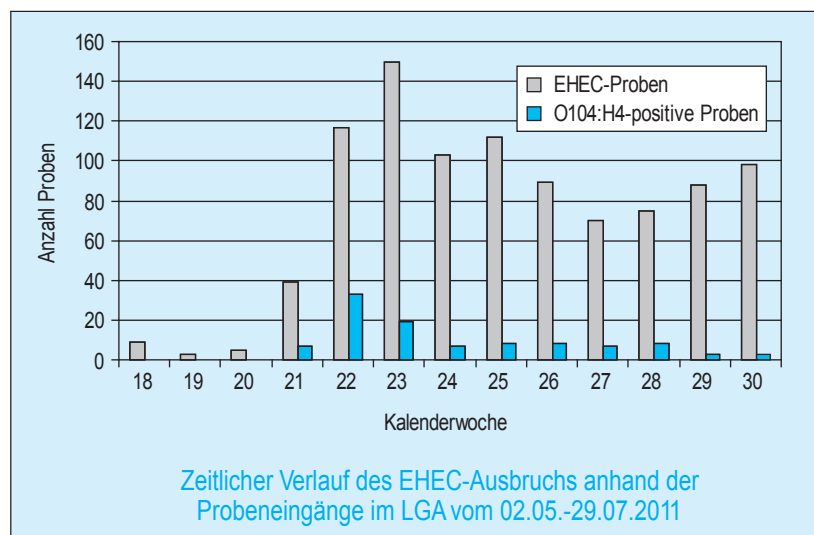
Hierzu wurden die Stuhlproben mikrobiologisch auf *E. coli* und anschließend mit Hilfe einer Real-Time Polymerase-Kettenreaktion (PCR) auf EHEC untersucht, bei der die o. g. Toxine nachgewiesen wurden. Die Typisierung der Stx₂-Toxinbildner erfolgte durch eine



konventionelle PCR, bei der vier EHEC O104:H4-spezifische Gene nachgewiesen wurden (erste Abbildung). Stämme, die nicht alle vier Gene aufwiesen, wurden als O104:H4-negativ bewertet.

Im Rahmen des Ausbruchs wurden im LGA 958 Proben auf EHEC untersucht (zweite Abbildung). Dabei erwiesen sich 141 Proben als Stx₂-positiv. Mit Hilfe der O104:H4-spezifischen PCR konnten 103 Proben von 63 Patienten dem Ausbruchsstamm zugeordnet werden. Anhand von Kontrolluntersuchungen konnte die Ausscheidungsdauer ermittelt werden. Sie betrug zwischen drei und fünf Wochen, jedoch wurden auch drei Langzeitausscheider identifiziert, die zum Teil immer noch ausscheiden. Die vom LGA erhobenen Daten zur Ausscheidungsdauer zeigen nur eine Tendenz an, da die Patientenzahl für eine exakte statistische Auswertung zu gering war.

Nach Abschluss des Ausbruchsgeschehens wurden keine O104:H4-Neuerkrankungen mehr registriert.



Ein aufkeimender Verdacht – Sprossen im Essen

Elisabeth Aichinger, Kirsten Raithel, Günter Pfaff, Ref. 95

Während des EHEC-Ausbruches 2011 traten nach einer Veranstaltung in Baden-Württemberg mehrere Erkrankungsfälle auf. Durch eine Kohortenstudie konnten weitere erkrankte Teilnehmer mit teils langen Ausscheidungszeiten identifiziert werden.

Von Mai bis Juli 2011 traten bundesweit, jedoch vorwiegend in Norddeutschland, vermehrt Erkrankungen an hämolytisch-urämischem Syndrom (HUS) und blutigem Durchfall auf. Ursache waren Infektionen durch enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC) des Serotyps O104:H4. In Baden-Württemberg wurden insgesamt 234 Fälle EHEC und HUS Fälle gemeldet.

14 Personen ohne Reiseanamnese nach Norddeutschland gaben an, dass sie im Mai 2011 an einer gastronomischen Veranstaltung mit Theaterprogramm teilgenommen hatten. Ermittlungen der Veterinärbehörden ergaben, dass die im bundesweiten Ausbruch als Quelle identifizierten Sprossen in der Speisenfolge verwendet wurden.

Im Juli wurden Veranstaltungsteilnehmer telefonisch befragt. Ziel war es, bisher unerkantete Personen und Ausscheider zu identifizieren, sie zu beraten und die Ausscheidungsdauer des Erregers zu ermitteln. Allen Personen wurde eine kostenlose

Stuhlprobenuntersuchung angeboten, die am Universitätsklinikum Heidelberg sowie im Labor des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg erfolgte.

Von 74 Teilnehmern konnten 44 (59 %) befragt werden. Davon erinnerten sich 42 an den Verzehr der mit Sprossen dekorierten Vorspeise (siehe Abbildung). Bei acht Befragten mit bekanntem Erregernachweis wurden bereits wiederholt Stuhluntersuchungen zur Verlaufskontrolle der Ausscheidung eingeleitet. Unter 22 erstmals Beprobten wurden zwei Teilnehmer positiv auf EHEC O104:H4 getestet. Eine Person hatte trotz wochenlanger Magen-Darm-Beschwerden keinen Arzt aufgesucht. Eine zweite Person war beschwerdefrei. Zehn Teilnehmer sandten mehrere Stuhlproben ein: Die mittlere EHEC-Ausscheidungs-dauer betrug 65 Tage (Spannbreite: 24-96).

Diese Untersuchung wurde zwei Monate nach stattgefundener Veranstaltung eingeleitet. Kurzzeitige Ausscheider können daher unerkantet geblieben sein. Bei zehn Personen zeigte sich jedoch eine Ausscheidungs-dauer für EHEC O104:H4 von bis zu drei Monaten. Bei Verzicht auf wiederholte Stuhluntersuchungen erkrankter Personen kann eine Ausscheidung unerkantet bestehen und zu Folgeinfektionen führen.



Quelle: Privat (Teilnehmer)

Resistenzbestimmung von Tuberkulosebakterien

Gerda Klittich, Silke Fischer, Ref. 93

Etablierung und Durchführung von Resistenzbestimmungen von Tuberkulosebakterien im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA)

Im Jahr 2009/10 wurde die Resistenzbestimmung von *Mycobacterium tuberculosis* am LGA etabliert. Fünf verschiedene Tuberkulostatika werden im BACTEC MGIT-Gerät zur Resistenztestung eingesetzt. Mit dem SIRE-Testkit werden Kulturen gegen Streptomycin, Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol und mit dem PZA-Testkit gegen Pyrazinamid getestet.

Resistenzbestimmung von Tuberkulosebakterien

Laut dem Ratgeber für Tuberkulose des Robert Koch-Instituts sollte beim Nachweis von Tuberkulosebakterien auf jeden Fall eine Resistenztestung durchgeführt werden, um Resistenzen gegen Medikamente zu erfassen und hierdurch eine Anpassung der Therapie zu ermöglichen. Für die Resistenztestung stehen zwei Methoden zur Verfügung: die Proportionsmethode und das Verfahren mit Flüssigmedien. Im LGA haben wir uns für das schnellere Verfahren mit Flüssigmedien entschieden.

Testbeschreibung

Bei der Durchführung der Resistenztestung muss exakt nach Vorschrift des Herstellers vorgegangen werden. Die Methode eignet sich ausschließlich zur Testung von Stämmen des *Mycobacterium tuberculosis*-Komplexes und nicht für nichttuberkulöse Mykobakterien. Voraussetzung für einen erfolgreichen Test ist eine Reinkultur von Stämmen des *Mycobacterium tuberculosis*-Komplexes, ohne Kontamination mit Nichttuberkulösen Mykobakterien oder anderen Bakterien. Ferner muss auf eine homogene Suspension ohne Zellaggregate geachtet werden, da das Verklumpen von Mykobakterien zu falsch resistenten Ergebnissen führen kann.

Zur Testung werden der SIRE- und der PZA-Testkit eingesetzt. Es handelt sich um qualitative Tests, deren maximale Testdauer 21 Tage beträgt. Sie basieren auf dem Vergleich des Wachstums eines *Mycobacterium tuberculosis*-Isolats in einem arzneimittelfreien Röhrchen (Wachstumsröhrchen).

Das BACTEC MGIT-Gerät kontrolliert das Wachstum der Tuberkulosebakterien in den Röhrchen mittels Fluoreszenzmessung. Das Gerät interpretiert die Ergebnisse automatisch anhand definierter Algorithmen, die das Wachstum im Arzneimittelröhrchen mit dem Wachstum im Kontrollröhrchen vergleichen, und gibt das Testergebnis als „sensibel“ oder „resistent“ heraus.

Laboruntersuchungen

Während der Etablierungsphase von September 2009 bis November 2010 wurden insgesamt 34 Kulturen bzw. Stämme von drei Ringversuchen getestet. Während dieser Zeit wurden die Tuberkulosekulturen gleichzeitig auch an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Tuberkulose nach Borstel geschickt, so dass Vergleichsdaten vorlagen. Von den 34 durchgeführten Testungen stimmten alle mit den Ergebnissen des NRZ in Borstel überein.

Seit Januar 2011 wird von allen positiven Tuberkulosekulturen eine Resistenztestung durchgeführt, wobei die resistenten Stämme auch an das Nationale Referenzzentrum gesandt werden.

Von insgesamt 1 218 untersuchten Proben wurde bei 19 Patienten *Mycobacterium tuberculosis* nachgewiesen. Da bei einer Probe seit Jahren eine Mehrfachresistenz bekannt ist, wurden nur 18 positive Tuberkulosestämme auf ihre Antibiotikaresistenz geprüft. Zwei davon wiesen eine Multiresistenz auf: In einem Fall lag eine Resistenz gegen Isoniazid und Ethambutol und im zweiten Fall eine gegen Isoniazid und Streptomycin vor, die anderen 16 waren auf alle fünf Tuberkulostatika sensibel.



Quelle: www.manhica.org



Neue Methode zur Differenzierung von *Entamoeba histolytica*

Astrid Kirch, Kathrin Hartelt, Ref. 93

Entamoeba histolytica ist im Gegensatz zu anderen Amöbenarten pathogen. Die Diagnostik stellt bis heute noch eine Herausforderung für die Labordar. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) hat in diesem Jahr eine Methode zum Nachweis von *E. histolytica* etabliert.

Viele Amöbenarten können den Darm des Menschen besiedeln. Sie zählen zu den Protozoen (Einzellern) und sind mit Ausnahme von *E. histolytica* apathogen. *E. histolytica* ist der Erreger der Amöbiasis. Die meisten Infektionen verlaufen subklinisch und heilen spontan ab. In ca. 10 % der Fälle kommt es zu einem klinischen Verlauf mit Invasion der Parasiten in das Gewebe. Die Erkrankung zeichnet sich durch eine Kolitis mit Durchfällen und blutigen Beimengungen (Amöbenruhr) aus. Neben der intestinalen Infektion kann es zu einer invasiven Amöbiasis kommen, bei der die Parasiten die Darmschleimhaut durchdringen und über das Blutssystem in andere Organe gelangen. Dort kommt es häufig zur Bildung von Abszessen, wobei überwiegend die Leber betroffen ist. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt die Erkrankungszahlen auf jährlich ca. 50 Millionen. In etwa 100 000 Fällen führt die Infektion durch Komplikationen, insbesondere durch Leberabszesse, zum Tode. *E. histolytica* ist vor allem in tropischen und subtropischen Gebieten endemisch, spielt aber auch in Deutschland bei Reiserückkehrern und Asylbewerbern eine Rolle. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch, so dass die Gefahr einer Weiterverbreitung vor allem dort gegeben ist, wo Menschen eng zusammenleben wie z. B. in Familien und Asylbewerberheimen.

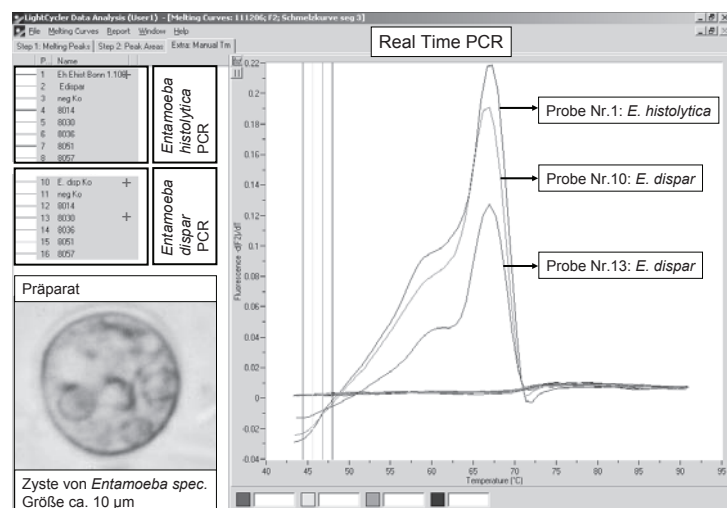
Die Diagnostik einer Amöbiasis erfolgt durch den Nachweis von Amöbenzysten im Stuhl (siehe Abbildung). Zur Konzentration der Parasiten wird die Patientenprobe einem Anreicherungsverfahren unterzogen. Dabei werden Nahrungsreste entfernt und parasitenspezifische Strukturen angefärbt, sodass die Parasiten mikroskopisch sichtbar werden. Da sich *E. histolytica* morphologisch nicht von *E. dispar*, einer apathogenen Amöbenart, unterscheiden lässt, erfolgt die Differenzierung mit weiteren Methoden.

Eine Methode der Wahl stellte jahrelang die Bestimmung von Isoenzymmustern dar. Diese Methode ist sehr aufwändig, da sie mit der Anzucht der Amöben verbunden ist und nur in etwa 50 % der Fälle Erfolg verspricht. Mittlerweile gibt es kommerzielle Testkits,

die auf der Verwendung von monoklonalen Antikörpern beruhen (z. B. Enzyme Linked Immuno Sorbant Assay [ELISA]), die jedoch eine geringe Spezifität aufweisen. Mit der Entwicklung einer Polymerasekettenreaktion (PCR) durch Blessmann et al. (2002) wurde ein zuverlässiger Nachweis etabliert (siehe Abbildung), der *E. histolytica* von *E. dispar* unterscheiden kann.

Da das Asylverfahrensgesetz (AsylVfG gemäß § 62) eine Untersuchung der Stuhlproben von Asylbewerbern zur Abklärung von Parasitosen vorsieht, werden im LGA diese Gesundheitsuntersuchungen durchgeführt. Obwohl eine Differenzierung beim Nachweis von Amöben zwischen *E. histolytica* und *E. dispar* nicht explizit gefordert ist, halten wir eine solche für notwendig. Da nur bei *E. histolytica* und nicht bei *E. dispar* eine Therapie medizinisch indiziert ist, kann durch die Differenzierung eine unnötige Medikation verhindert werden.

Die Etablierung der Methode erfolgte im Jahr 2011. Um diese ausreichend validieren zu können, stellten die Universität Bonn, die Universität Tübingen und das Bernhard-Nocht-Institut in Hamburg positive Patientenproben zur Verfügung. Im Jahr 2011 gingen 3 377 Stuhlproben zur Untersuchung auf Parasiten ein. In 41 Fällen konnte *Entamoeba spec.* nachgewiesen werden. Dabei erwiesen sich mit Hilfe der PCR 11 als *E. dispar*, wohingegen *E. histolytica* in keiner der Proben enthalten war. Trotz der geringen Anzahl an positiven Proben ist es aufgrund der hohen Mobilität und Migration wichtig, Krankheitserreger, die schwerwiegende Erkrankungen mit Todesfolgen hervorrufen können, zu diagnostizieren, um schnellstmöglich eine geeignete Behandlung einzuleiten.



Präparat einer Stuhlprobe und Untersuchungsergebnis der Polymerasekettenreaktion (PCR)

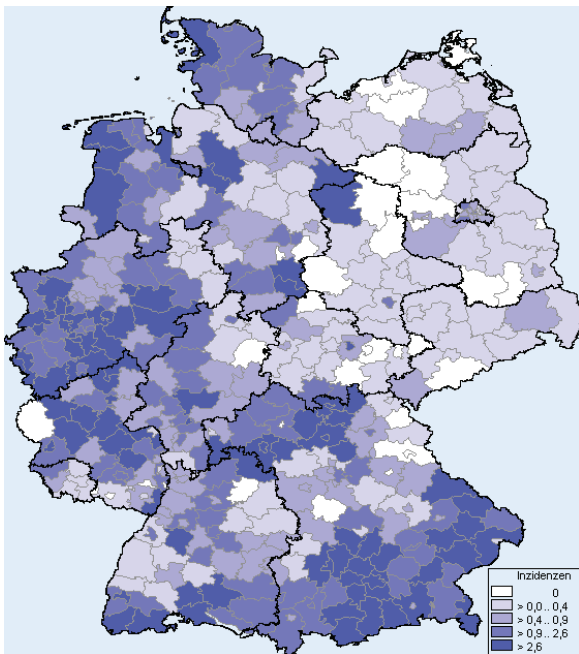
Räumliche Verteilung von Infektionsmeldungen – ausgewählte Karten aus dem Infektionsatlas

Erik Schacht, Universität Mainz; Iris Zöllner, Ref. 95

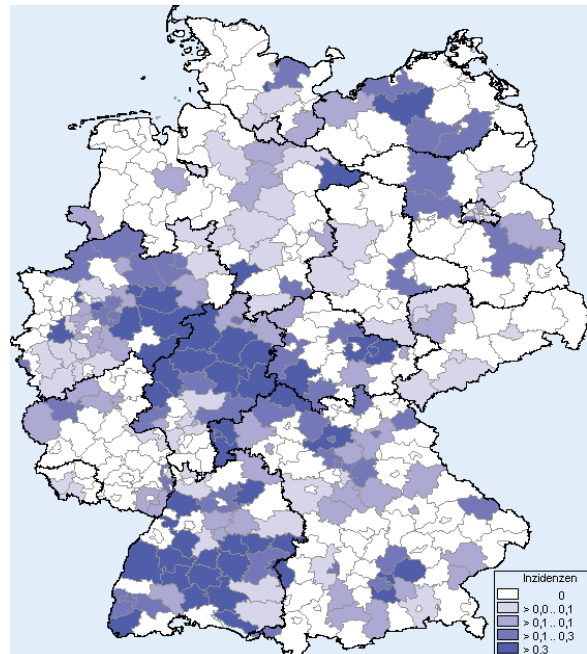
Mit Hilfe von Karten lassen sich Cluster, d. h. Häufungen hoher Melderraten und andere räumliche Muster, gut erkennen.

Im Rahmen einer Masterarbeit in Kooperation mit der Universität Mainz wurden die Meldedaten nach IfSG für die häufigsten Infektionskrankheiten in Deutschland in Bezug auf ihre regionale Verteilung untersucht und mit Hilfe des Programms Survstat die gemeldeten Inzidenzen aus dem Zeitraum 2001-2008 für alle Stadt- und Landkreise Deutschlands ermittelt und kartographisch dargestellt. Um auch die zeitliche Verteilung zu berücksichtigen und einzuschätzen, ob ggf. vorhandene räumliche Verteilungsmuster wiederholt beobachtet werden, wurden die Daten auch für jedes Meldejahr getrennt kartiert (Daten hier nicht dargestellt). Die bundesweite Darstellung erlaubt auch eine Einordnung der in Baden-Württemberg gemel-

deten Inzidenzen im Vergleich zu anderen Regionen Deutschlands. In den Abbildungen sind beispielhaft zwei Karten aus dem Infektionsatlas dargestellt, die unterschiedliche räumliche Verteilungsmuster in den Inzidenzen zeigen. Die erste Abbildung gibt die Verteilung der gemeldeten Maserninzidenzen im Zeitraum von 2001-2008 wieder und weist ein Muster auf, das u. a. mit den in den Einschulungsuntersuchungen beobachteten Durchimpfungsraten korreliert und erklärbar ist. Die gemeldeten Masern-Inzidenzen liegen in den alten Bundesländern höher als in den neuen Bundesländern. Die in der zweiten Abbildung auf Kreisebene dargestellten Q-Fieber-Inzidenzen zeigen Cluster hoher Meldedaten in Baden-Württemberg und Hessen (mit angrenzenden Kreisen in NRW, Bayern und Thüringen). Aus Ausbruchsuntersuchungen ist bekannt, dass Q-Fieber-Erkrankungen oft in der Nähe von Schafweidegebieten auftreten.



In Deutschland gemeldete Masern-Inzidenzen nach Kreisen, 2001-2008



In Deutschland gemeldete Q-Fieber-Inzidenzen nach Kreisen, 2001-2008



Analyse

Bestimmung von Polybromierten Diphenylethern (PBDE) in Humanblut

Volker Mann, Bernhard Link, Guido Fischer, Ref. 96

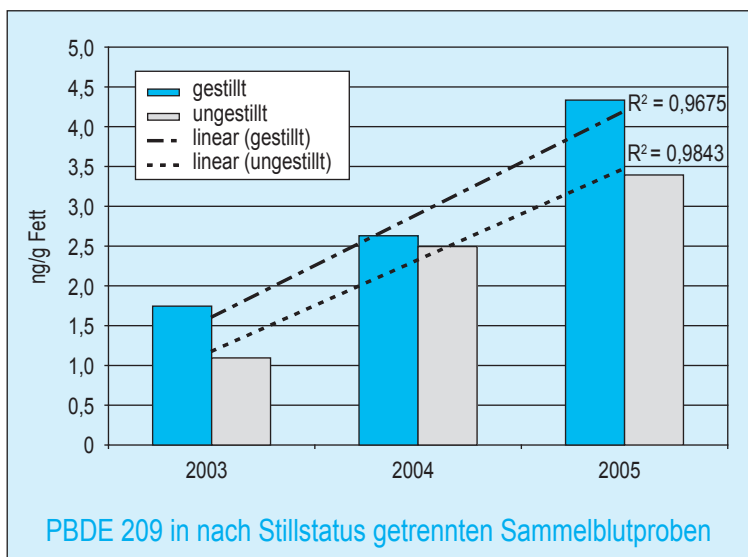
Seit 1992 werden Messungen im Bereich Humanbiomonitoring durchgeführt. Neben den bisherigen Parametern wie Blei in Blut, Quecksilber und Cadmium in Urin oder Polychlorierte Biphenyle (PCB) in Blut werden jetzt auch PBDE im Umweltlabor des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) gemessen.

Die Substanzklasse der PBDE wird als additives Flammschutzmittel bevorzugt in Kunststoffen, z. B. in Polyurethanschäumen für Polstermöbel und Autositze sowie in Polymeren in Elektronikprodukten (Computer, Fernsehgeräte usw.), eingesetzt, wobei bis zu 30 % Massenanteil den jeweiligen Produkten zugesetzt werden. Sie sind chemisch nicht gebunden und können somit leicht in die Umwelt migrieren. Während die PCB-Belastungen im Blut in den letzten Jahren deutlich gesunken sind, steigen bei einzelnen Vertretern (Kongenere) der PBDE die Konzentrationen im Blut noch an. Bisher wurden die Untersuchungen zu dieser Substanzgruppe wegen der aufwändigen Analytik extern vergeben. Wegen der hohen Analysekosten konnten bisher in der Regel nur Sammelblutproben untersucht werden, aus denen sich keine Aussagen zur Streubreite der Belastung ableiten ließen. Aus diesem Grund wurde eine eigene Analytik von PBDE in Humanblut im Labor des LGA entwickelt.

Zuerst wurde an dem hierfür angeschafften Messgerät, eines mit einem Massenspektrometer gekoppelten Gaschromatographen (GC/MS), eine äußerst



nachweisstarke Bestimmungsmethode mit Hilfe der so genannten Negativen Chemischen Ionisierung (NCI) für die acht häufigsten PBDE-Kongenere etabliert. Ausgehend von der bisherigen Probenvorbereitung zur Messung der analytisch ähnlichen PCB wurde anschließend eine Extraktions- und Aufbereitungsmethode für humanes Vollblut entwickelt. Mit dieser Probenvorbereitung sollten zwei Ziele erreicht werden: Die PBDE müssen quantitativ in ein geeignetes Lösungsmittel überführt und Erythrozyten und Lipide entfernt werden, da diese die Analytik stören. Dies wird nach Zugabe eines internen Standards mit Hilfe der Flüssig/Flüssig-Extraktion und anschließender säulenchromatographischer Aufreinigung über schwefelsaures Kieselgel/Florisil erreicht. Die darauf folgende Messung erfolgt an einem Agilent GC/MS-Gerät (7890/5975C) im NCI-Modus. Quantifiziert wird über eine Kalibrierung mit fünf Punkten und einem Korrelationskoeffizienten besser als 0,999. Die Nachweisgrenzen liegen bei dieser Methode – je nach untersuchtem Kongener – zwischen etwa 0,1 und 4 ng pro g Blutfett. Derzeit (Stand: Januar 2012) sind etwa 800 von 1 300 Proben einer Erwachsenenkohorte untersucht worden, so dass mit einem Ende der analytischen Arbeiten für dieses Kollektiv im Sommer 2012 gerechnet werden kann.



Allergieprävalenz und Häufigkeit von Schimmelpilz-Sensibilisierungen in einem Erwachsenen-Kollektiv

Guido Fischer, Ursula Hack, Tina Miljanic, Ursula Weidner, Bernhard Link, Ref. 96; Iris Zöllner, Ref. 95

In der vorliegenden Studie soll u. a. untersucht werden, ob die Sensibilisierungsraten gegenüber innenraumspezifischen Schimmelpilzen sich von denen der Außenluft-relevanten Arten unterscheiden.

Zielsetzung

Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings in Baden-Württemberg wurden die Prävalenzen gegenüber Inhalationsallergenen in einem Erwachsenen-Kollektiv untersucht. Neben den häufigsten Inhalationsallergenen (sx1) wurden Sensibilisierungen gegen *Ambrosia artemisiifolia* (Ambrosie) und *Arthemisia vulgaris* (Beifuß) erfasst. Ziel der Untersuchungen war, die Prävalenzen insbesondere gegen Innenraum-relevante Schimmelpilz-Arten, die bei Feuchteschäden häufig vorkommen, zu ermitteln. Da für die Routinediagnostik nur einzelne Extrakte dieser Arten zur Verfügung stehen, wird angestrebt, in Zusammenarbeit mit den Herstellern von Allergen-Tests Extrakte typischer Feuchte-Indikatoren zu entwickeln. In der vorliegenden Studie wurden zunächst nur drei Feuchteindikatoren, *Aspergillus versicolor*, *Chaetomium globosum* und *Penicillium chrysogenum*, berücksichtigt, die kommerziell erhältlich sind.

Methoden

Der Gehalt an spezifischen Immunglobulinen der Klasse E (IgE) wurden aus dem Serum mittels ImmunoCap (Phadia) bei 1 394 Probanden bestimmt. Zunächst wurde ein Screening-Test auf Inhalationsallergene (sx1: Hausstaubmilbe [d1], Katzenschuppen/-epithelien [e1], Hundeschuppen [e5], Lieschgras [*Phleum pratense*; g6], Roggen [*Secale cereale*, g12], *Cladoporium herbarum* [m2], Birke [t3], Beifuß [w6]) durchgeführt. Das gesamte Kollektiv wurde zudem auf Sensibilisierung gegen Beifuß (*Artemisia vulgaris*, w6), Ambrosie (*A. artemisiifolia*, w1) sowie je ein natives Einzelallergen des Beifuß (n Art v1) und der Ambrosie (n Amb a1) getestet. Nur die sx1-positiven Probanden (n = 545) wurden auf eine Sensibilisierung gegen ein Schimmelpilzgemisch getestet (mx1: *Aspergillus fumigatus* [m3], *Penicillium chrysogenum* [m1], *Cladoporium herbarum* [m2], *Alternaria alternata* [m6]). Das Serum der mx1-positiven Probanden (n = 35) wurde zusätzlich auf Antikörper gegen verschiedene Schimmelpilzarten getestet.

Ergebnisse

Die Sensibilisierungsrate gegen Inhalationsallergene (sx1-Gemisch) lag je nach Landkreis zwischen 31 % und 50 %, gemittelt über alle Probanden bei 40 %. Bei den Gesamtextrakten des Beifuß (w6) lag

die Sensibilisierungsrate zwischen 6 % und 14 %, bei der Ambrosie (w1) zwischen 5 % und 15 %. Sensibilisierungen gegen diese beiden Extrakte korrelierten sehr gut, was auf hohe Kreuzreaktivität zurückzuführen ist. Für native Einzelallergene der beiden Arten ergab sich allerdings ein Unterschied in der Prävalenz (Amb a 1 mit 0-1 % und Art v 1 mit 0-8 %), der durch eine geringe Korrelation zwischen den beiden Gruppen verdeutlicht wird. Von den sx1-positiven Probanden waren 1-7 % (bezogen auf die Gesamtzahl der Probanden eines Landkreises) gegen mindestens eine Art aus dem Schimmelpilzmix (mx1) sensibilisiert. Für den Feuchteindikator *A. versicolor*, der nicht im mx1-Mix enthalten ist, wurde eine Prävalenz von 0,6 %, bezogen auf die sx1-Positiven, gefunden. Am häufigsten kamen Sensibilisierungen gegen *Alternaria alternata* (5,1 %) vor, gefolgt von *P. chrysogenum* (2,2 %) und *A. fumigatus* (2,2 %).

Schlussfolgerung

Der Vergleich der Sensibilisierungsraten für die Einzelallergene des Beifuß und der Ambrosie zeigt, dass primäre Sensibilisierungen gegen die Ambrosie in Baden-Württemberg noch recht selten sind; gegen *Arthemisia* sensibilisierte Personen können auch auf die Mischallergene (w1) von *Ambrosia* reagieren. Interessant wird sein, zu verfolgen, wie sich die Häufigkeit der Sensibilisierungen gegen native Proteine der *Ambrosia* entwickeln, wenn sich diese Pflanzen in Baden-Württemberg weiter ausbreiten. Die Prävalenz der Sensibilisierungen gegen *A. versicolor* (Feuchteindikator) lag, verglichen mit den Ergebnissen des Kinderumweltsurveys (KUS 2,3 %), auf einem sehr niedrigen Niveau (0,6 % bzw. 0,2 %, bezogen auf alle Teilnehmer unter der Annahme, dass von den sx1-negativen Probanden niemand gegen diesen Pilz sensibilisiert ist). *P. chrysogenum*, ein weiterer Feuchteindikator im Innenraum, lag mit 2,2 % ebenfalls unter dem im KUS ermittelten Wert von 5 %. Allerdings waren im KUS ca. 80 % der gegen *P. chrysogenum* Sensibilisierten nicht gegen ein anderes Inhalationsallergen sensibilisiert, d. h. dass der größere Anteil der Sensibilisierten über eine sx1-Selektion nicht erfasst wurde. Interessant wäre, ob diese Unterschiede der Prävalenzen bei Innenraum-spezifischen Schimmelpilzen zwischen Kindern und Erwachsenen in vergleichbaren Untersuchungen bestätigt werden können und ob dies ggf. mit den Expositionsverhältnissen bei den beiden Untersuchungskollektiven in Zusammenhang stehen könnte. Die Prävalenzen der beiden hier untersuchten Außenluft-relevanten Arten, *A. fumigatus* (2,2 %) und *Cladoporium herbarum* (1,8 %), entsprachen den im KUS ermittelten Werten.



Wie sich Maßnahmen für den Klimaschutz auf die Gesundheit beim Wohnen auswirken

Karin Otzelberger, Ref. 96

Investitionen in den Klimaschutz sollten gesundheitliche Aspekte für den Wohnbereich stärker berücksichtigen. Das ist das Ergebnis eines umfassenden Berichts der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über die gesundheitlichen Auswirkungen von Anpassungsstrategien an den Klimawandel. Das WHO-Kooperationszentrum für Wohnen und Gesundheit (WHO CC) am Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg wirkte daran mit.

Der Anteil von Wohngebäuden an den weltweiten CO₂-Emissionen der energetischen Nutzung betrug im Jahr 2008 fast 18 %. Wenn die Weltbevölkerung weiter so stark wächst, kann sich der Ausstoß von Treibhausgasen aus Gebäuden bis zum Jahr 2030 verdoppeln. Die Emissionen der Schwellenländer werden dann diejenigen von Nordamerika, Europa und anderer Regionen übertreffen, die in den derzeitigen Statistiken an der Spitze stehen. Die für das Wohnen benötigte Energie ist demnach ein bedeutender Faktor für den Klimawandel.

Der Sektor Gebäude besitzt aber im Vergleich zu den anderen untersuchten Sektoren wie Transport, Landwirtschaft, Industrie oder Energieversorgung das größte Potential, den Ausstoß von Treibhausgasen kosteneffektiv und innerhalb kurzer Zeit zu verringern. Der Weltklimarat (Intergovernmental Panel on Climate Change „IPCC“, Arbeitsgruppe III) hat solche Anpassungsstrategien an den Klimawandel in Kapitel sechs seines vierten Sachstandsberichts zusammengestellt. Dieser Bericht geht jedoch kaum auf die gesundheitlichen Auswirkungen ein.

Daher legte die WHO im Sommer 2011 eine umfangreiche Analyse des gesundheitlichen Nutzens und eventuell entstehender Gesundheitsrisiken für jede dieser vom IPCC diskutierten Anpassungsstrategien an den Klimawandel für den Wohnbereich vor (Health co-benefits of climate change mitigation – Housing sector).

Einer der wichtigsten Punkte ist die Optimierung der wärmetechnischen Eigenschaften der Gebäudehülle. Der vom WHO CC überarbeitete Bericht kommt zu dem Schluss, dass durch die Isolierung von Gebäuden vielen Formen von Asthma und Allergien, ebenso wie Herzerkrankungen und Schlaganfällen, die bei immer heftigeren Hitzewellen und Kälteperioden gehäuft auftreten, wirksam begegnet werden kann.

Auf der anderen Seite gilt es, ausreichende Frischluftzufuhr zu gewährleisten, wenn Gebäude sehr gut gedämmt werden und sich die Luftwechselrate stark verringert, damit keine neuen Gesundheitsrisiken entstehen: Vor allem bezüglich dieser Risiken einer erhöhten Schadstoff- und Schimmelpilzbelastung brachte das WHO CC seine Expertise ein.

Zusammenfassend stellt der Bericht eine ganze Reihe von Strategien vor, die für den Klimaschutz und gleichzeitig für die Gesundheit förderlich sind. So können Investitionen in energieeffizientere Heiz- und Kochmöglichkeiten ganz entscheidend die Luftverschmutzung vermindern. Das Auftreten von Atemwegs- und chronischen Herz-Kreislaufkrankungen wird stark reduziert. Dadurch ergeben sich immense Einsparungen für das Gesundheitssystem, so dass sich die Kosten der Maßnahmen volkswirtschaftlich durchaus rechnen.

Wohnen spielt eine herausragende Rolle für die Gesundheit von Kindern und von sozial schwachen, älteren und behinderten Menschen, weil sie ganz besonders auf ein gesundes Lebensumfeld angewiesen sind. Mit Verweis auf die Opfer von Erdbeben und Überschwemmungen in jüngster Zeit fordert die WHO im Einklang mit Adil Najam, einem der leitenden Autoren des 4. Weltklimaberichts, geeignete Sanierungsmaßnahmen: „Diejenigen, die bereits arm sind, die bereits schwach sind, spüren die Auswirkungen des Klimawandels automatisch stärker als die anderen, weil der Rest von uns die Fähigkeit hat, sich anzupassen.“



Aktion „Arbeitsbedingte psychische Fehlbelastung in Betrieben“

Elisabeth Härtig, Ref. 96

Aufgrund der bei der Aktion „Psychische Fehlbelastung in Betrieben“ festgestellten Arbeitsschutzdefizite wird die Aktion modifiziert und weiter fortgesetzt.

Die Berücksichtigung von arbeitsbedingten psychischen Belastungen im Rahmen der Überprüfung der Gefährdungsbeurteilung wurde 2009 vom Umweltministerium als wichtiges Thema der Gewerbeaufsicht in Baden-Württemberg festgelegt. Hieraus erwuchs die Schwerpunktaktion der Gewerbeaufsicht für 2010. Im Jahr 2011 konnte der Abschlussbericht fertiggestellt werden.

Zur Vorbereitung auf die Aktion mussten die Beschäftigten der Gewerbeaufsicht in geeigneter Art und Weise geschult werden. Diese Aufgabe fiel der „Fachgruppe Arbeitspsychologie“ zu, der Vertreter des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (SM) sowie von Gewerbeärzten und Mitarbeitern der Arbeitsschutzaufsicht angehören. Das Projekt wurde von einem Arbeitspsychologen begleitet.

Es wurden eintägige Schulungen in den einzelnen Regierungsbezirken durchgeführt. Die Teilnahme war für jeden Gewerbeaufsichtsbeamten Pflicht.

Mit der Aktion sollten drei Ziele verfolgt werden:

- Vorbereitung der Beschäftigten in der Gewerbeaufsicht in Baden-Württemberg für die Abfrage von Indikatoren zur psychischen Belastung am Arbeitsplatz
- Erhalt einer groben Übersicht über den Umgang mit diesem Thema in den Betrieben im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung
- Testung eines von der Fachgruppe Arbeitspsychologie erarbeiteten Fragebogens (Arbeitshilfe)

Der Fragebogen „Arbeitshilfe der Gewerbeaufsicht für Betriebsrevisionen zum Erfassen psychischer Fehlbelastungen“ war von der Fachgruppe erarbeitet worden und sollte von jedem Gewerbeaufsichtsbeamten in zwei Betrieben seiner Wahl Verwendung finden.

Von September 2009 bis Juli 2010 wurde die Aktion in Betrieben im gesamten Landesgebiet von Baden-Württemberg durchgeführt.

Bei regulären Betriebsbesuchen und Revisionen wurden die Fragebögen (n = 742) mit Fragen über

den Umgang mit psychischen Belastungen im Betrieb ausgefüllt. Die Auswertung fand im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg statt.

Die Umfrageaktion lässt erkennen, dass dem Thema „Psychische Fehlbelastungen“ in den Betrieben als Gefährdungsmoment noch nicht die ausreichende Bedeutung zukommt. Einfache Möglichkeiten zur Entschärfung von Situationen, die zur psychischen Fehlbelastung führen können, wie die Kommunikation, werden fast unbewusst überall eingesetzt. Das gilt besonders, wenn bei Konflikten eine unmittelbare Lösung angestrebt wird. Strategische organisatorische Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von psychischen Fehlbelastungen oder zur Lösung von Konfliktsituationen sind noch wenig entwickelt. Große Betriebe haben sich mit der Problematik schon intensiver beschäftigt als kleinere Betriebe. Insgesamt besteht hier noch viel Entwicklungsbedarf.

Die Arbeitshilfe (Fragebogen) könnte durch Optimierung einiger Schwachstellen weiterentwickelt werden. Auch müssen die Fragen besser auf Kleinbetriebe anwendbar sein.

Wegen der Bedeutsamkeit der „psychischen Fehlbelastungen am Arbeitsplatz“ plant das SM eine Weiterführung der Aktion mit weiteren Schulungen und Fragebogenaktionen.

Das Ziel ist es, die Beschäftigten der Aufsichtsbehörden zu befähigen, bei Betriebsbegehungen und Revisionen den Aspekt der „Psyche“ mit einzubeziehen und auch bei konkreten Anfragen Lösungsansätze vorschlagen zu können.



Analyse

Masernwelle im Frühjahr 2011

Dorothee Lohr, Ref. 95

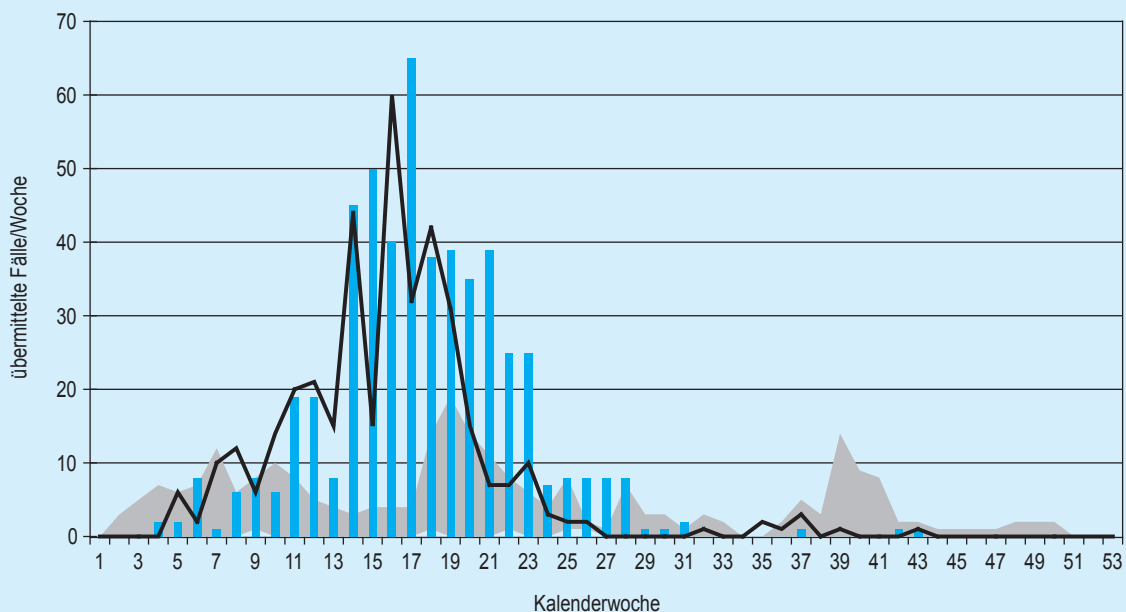
Das Frühjahr 2011 war durch eine hohe Masernaktivität in Baden-Württemberg geprägt. Der größte Ausbruch mit 194 Fällen hielt insgesamt 11 Wochen an.

Während in Zeiten mit geringer Masernaktivität im gesamten Kalenderjahr zwischen 20 und 70 Masernerkrankungen über die Gesundheitsämter an das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) übermittelt werden, verzeichnete die Meldestelle nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) im LGA in den Jahren 2006 (134 Fälle) und 2010 (160 Fälle) eine deutlich stärkere Verbreitung. Spitzenreiter war bisher das Jahr 2008 mit 385 Masernerkrankungen. Das Jahr 2011 übertraf jedoch mit 526 Erkrankungen die Vorjahre. Die häufigste Verbreitung fand mit 26 von 52 Ausbrüchen in Haushalten statt, da Erkrankte die Viren fast immer an empfängliche Familienmitglieder, d. h. ungeimpfte Personen ohne bisherige Masernerkrankung, weitergeben. Ein erheblicher Anteil entfiel auf den größten und längsten Ausbruch mit 194 Fällen in 15 Wochen mit wesentlicher Ausbreitung an einer Schule mit anthroposophischem Hintergrund. Dass man sich nicht nur in Schulen oder Kindertageseinrichtungen anstecken kann, zeigen kleinere Ausbrüche nach Kontakten in einem Skaterpark, in der Tanzstunde oder auch während einer Sportveranstaltung: Teilnehmer eines internationalen Fußballturniers in Italien (Rimini) importierten die Masern nach Baden-Württemberg und verbreiteten diese auf einem großen Musikfestival, so dass letzt-

endlich 13 Fälle in sieben Landkreisen als Masernausbruch zusammengefasst wurden.

Typisierung am Nationalen Referenzzentrum (NRZ)

Letztgenannter Ausbruch wurde durch den in Deutschland selten auftretenden Stamm D8 verursacht, der auch von Masernerkrankten nach Exposition in der Tschechischen Republik, Indien und Italien (Florenz) eingeschleppt wurde. Vermutlich ebenfalls aus dem Ausland importiert und hier in Deutschland im März 2011 erstmals diagnostiziert ist der Stamm G3. Dieser wurde bei Patienten in zwei benachbarten Landkreisen nachgewiesen und verbreitete sich nicht weiter. Bei einem nach Kamerun gereisten Patienten wurde der Genotyp B isoliert, der in Afrika endemisch ist. Die Mehrzahl der typisierten Isolate entfielen auf den in Deutschland kursierenden Stamm D4. Die Typisierung der Masernviren aus Untersuchungsmaterial wie Rachenabstrichen oder Urin erfolgt am NRZ für Masern, Mumps und Röteln/Berlin, das somit einen wertvollen Beitrag zur Überwachung der Masernaktivität und -verbreitung liefert. Neben der Aufklärung von Infektketten durch Typisierung wird am NRZ wie auch bei niedergelassenen Laboren die klinische Masern diagnose bestätigt bzw. verworfen. Klinisch übermittelte Masernfälle, bei denen z. B. Röteln, Ringelröteln oder Scharlach nachgewiesen wurden, konnten folglich gestrichen werden.



Masern 2011 (Säulen) und 2008 (Linie) mit Maxima und Minima 2006, 2007, 2009 und 2010 (Fläche)

Immunstatus in Bezug auf Diphtherie, Tetanus, Masern und Röteln bei Erwachsenen

Iris Zöllner, Christiane Wagner-Wiening (bis 03/2011 Ref. 93), Ref. 95; Doris Reick, Silke Fischer, Ref. 93

Eine Untersuchung bei Erwachsenen in Baden-Württemberg ergab, dass bei über 90 % der Untersuchten ein Immunschutz gegen Tetanus, Masern und Röteln festgestellt werden konnte. Ein ausreichender Schutz bzw. Antikörper gegen Diphtherie wurde nur bei etwa 70 % der Untersuchungsteilnehmer beobachtet.

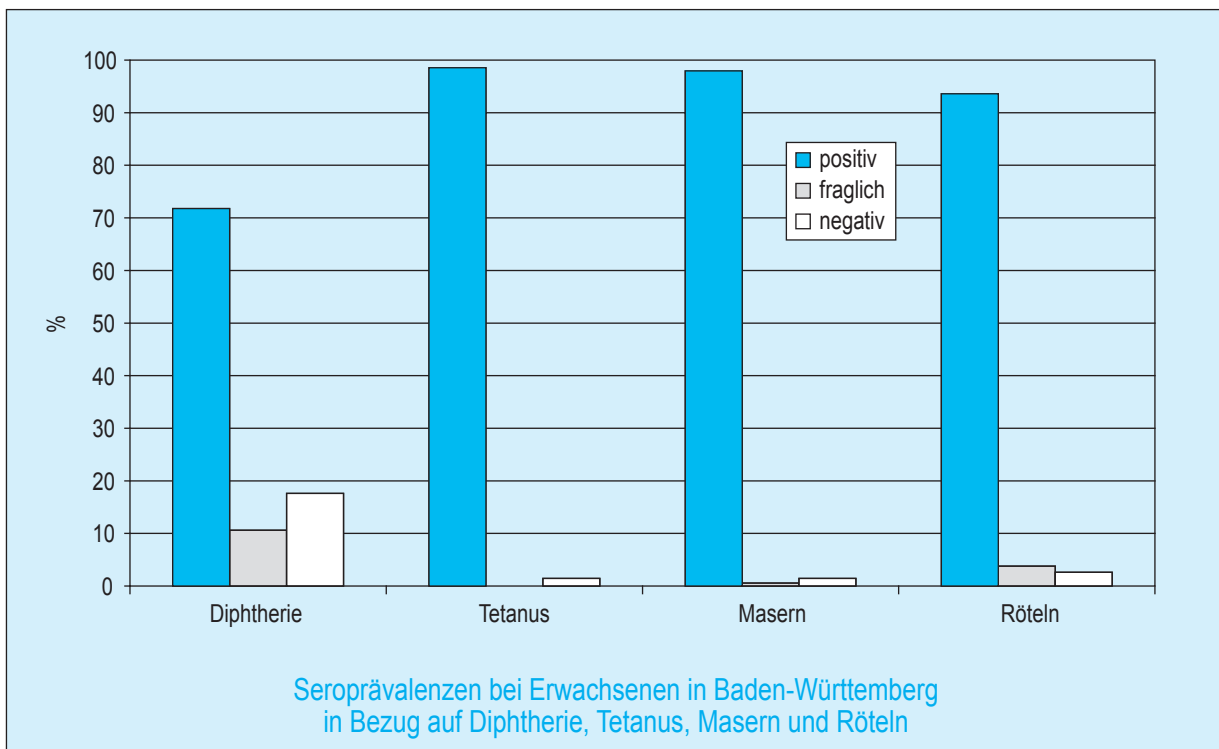
Im Rahmen einer Untersuchung bei Erwachsenen in Baden-Württemberg wurden auch Seroprävalenzen in Bezug auf Diphtherie, Tetanus, Masern und Röteln bestimmt. Teilnehmer an der Untersuchung waren 1 394 Mitarbeiter von zehn Landratsämtern.

Einen ausreichenden Schutz gegen Diphtherie hatten 72 % der Teilnehmer, bei 10 % war die Antikörperkonzentration in einem grenzwertigen Bereich, d. h. der Immunschutz gegen Diphtherie war fraglich, und 18 % hatten keinen ausreichenden Immunschutz (s. Abbildung). Nach eigenen Angaben hatten 57 % der Teilnehmer in den letzten zehn Jahren eine Impfung gegen Diphtherie erhalten.

Gegen Tetanus waren 98,5 % der Teilnehmer geschützt, nur 1,5 % hatten keinen ausreichenden Immunschutz. 78 % der Teilnehmer hatten in den letzten zehn Jahren vor der Untersuchung eine Impfung gegen Tetanus erhalten.

Einen ausreichenden Schutz gegen Masern hatten 98 % der Teilnehmer, bei 0,5 % war die Antikörperkonzentration in einem grenzwertigen Bereich, d. h. der Immunschutz gegen Masern war fraglich, und 1,5 % hatten keinen ausreichenden Immunschutz. Von den Teilnehmern waren 37 % nach eigenen Angaben gegen Masern geimpft worden (6 % in den letzten zehn Jahren).

Gegen Röteln waren 93,6 % der Teilnehmer geschützt, bei 3,8 % war die Antikörperkonzentration in einem grenzwertigen Bereich, d. h. der Immunschutz gegen Röteln war fraglich, 2,6 % hatten keinen ausreichenden Immunschutz. 45 % der Teilnehmer hatten in den letzten zehn Jahren vor der Untersuchung eine Impfung gegen Röteln erhalten (8 % in den letzten zehn Jahren).

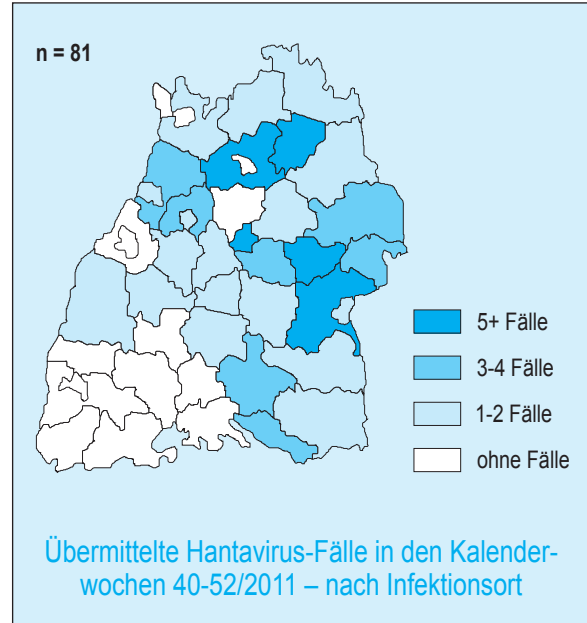


Hantavirus – ein exotisches Virus wird heimisch

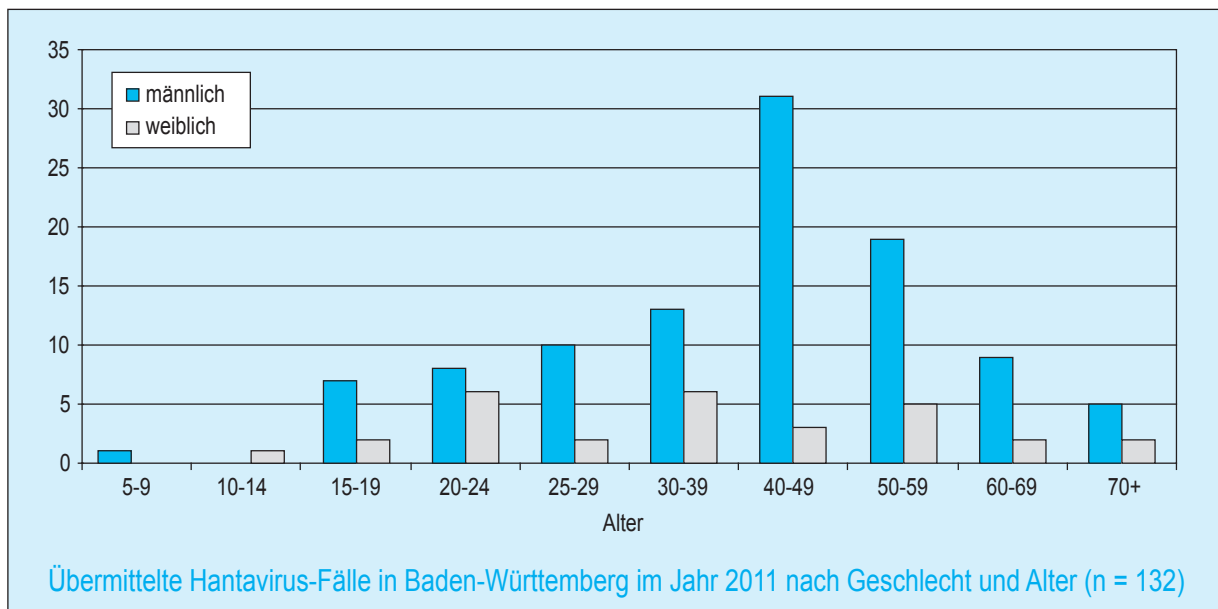
Christiane Wagner-Wiening, Ref. 95

Hantaviren gehörten noch vor wenigen Jahren bei uns eher zu den seltenen „exotischen Viren“. Seit zwei Hantavirus-Epidemien in den Jahren 2007 und 2010 ist dies anders.

Erkrankungen durch Hantaviren haben in den letzten Jahren in Baden-Württemberg stark zugenommen. Epidemien durch den Subtyp Puumala haben in den Jahren 2007 und 2010 zu 1 090 bzw. 998 übermittelten Fällen geführt. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 135 autochthone Hantavirus-Fälle übermittelt, davon allein 81 Fälle von Oktober bis zum Jahresende. Das sind im Vergleichszeitraum deutlich mehr Hantavirus-Erkrankungen als im gleichen Zeitraum der Vorjahre (2008: 15, 2009: 45, 2010: 54 Fälle). Drei von vier Erkrankten waren Männer. Bei 70 % der Patienten lag eine Nierenfunktionsstörung vor. Betroffen waren vor allem Landkreise mit hohem Buchenwaldanteil. Hantaviren werden über Rötelmäuse verbreitet, die das Virus über Kot und Urin ausscheiden. Ihre wichtigste Nahrungsquelle sind Bucheckern. Nach dem trockenen Sommer 2011 waren die Buchen besonders stark mit Bucheckern behangen. Diese so genannte Buchenmast begünstigt die Vermehrung von Rötelmäusen. Den in den letzten Jahren aufgetretenen Hantavirus-Ausbrüchen ging regelmäßig eine Buchenmast im Vorjahr voraus. Ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht dort, wo Rötelmäuse vorkommen und bei Tätigkeiten, bei denen Staub aufgewirbelt wird. Dies betrifft vor allem Holzarbeiten in Wald und Garten und die Reinigung von Kellern, Schuppen, Scheunen und Ställen. Aktuell steht weder ein Impfstoff noch eine Erreger-spezifische Therapie zur Ver-



fügung. Die Vermeidung des Kontakts mit Ausscheidungen von Nagern ist die wichtigste Maßnahme einer Infektionsverhütung. Daneben ist die Bekämpfung von Nagetieren wichtig. Weitere Schutz- und Vorbeugemaßnahmen sollten eingehalten werden. Das Befeuchten von Flächen vor Reinigungsarbeiten bindet Staub. Eine Entsorgung zuvor desinfizierter Nagerausscheidungen vermindert das Expositionsrisiko. Das Tragen von Staubschutzmasken kann das Einatmen und Einmalkittel das Verschleppen von erregertauglichem Staub verhindern.



Mäuse als Haustiere – eine Gefahr für die Gesundheit?

Kirsten Raithel, Ref. 95

Eine junge Frau erkrankte nach einem Mäusebiss schwer an Leptospirose – einer Erkrankung, die auch lebensbedrohlich verlaufen kann.

Die Leptospirose ist eine Infektionskrankheit, die sich vom Tier auf den Menschen übertragen kann und daher als Zoonose bezeichnet wird. Es handelt sich um eine weltweit vorkommende, akut verlaufende Erkrankung, die durch das Bakterium *Leptospira interrogans* verursacht wird. Im letzten Jahrzehnt wurden in Baden-Württemberg pro Jahr 6-29 Leptospirose-Fälle gemeldet. Natürliche Wirte sind vor allem Nagetiere (Ratten und Mäuse), aber auch andere Säugetiere. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt in der Regel über kleine Hautverletzungen durch direkten oder indirekten Kontakt (kontaminiertes Wasser, Schlamm) mit dem Urin infizierter Tiere. Auch der Biss infizierter Tiere und der Genuss von kontaminiertem Wasser können zur Erkrankung führen. Bestimmte Berufsgruppen sind besonders exponiert, wie Kanalarbeiter, Laborpersonal, in der Landwirtschaft und im Veterinärwesen Tätige, ebenso Urlaubsreisende in tropischen oder subtropischen Gebieten (insbesondere Überschwemmungsgebieten) und Wassersportler. Die Inkubationszeit beträgt 5-14 Tage. Nach Ansteckung beginnt ein vielseitig klinisches Bild. Typisch ist ein fieberhafter grippeähnlicher Verlauf. Jedoch treten auch lebensbedrohliche Formen mit Ikterus, Blutungsneigung, Leber- und Nierenversagen (so genanntes Morbus Weil) und Meningitis/Meningoenzephalitis auf. Die Diagnose erfolgt über Antikörpernachweis im Blut oder Nachweis der Erreger im Blut oder im Urin. Eine Behandlung erfolgt mit Antibiotika.

Leptospirose-Erkrankungen durch Farbmäuse/nach Mäusebiss

Eine junge Patientin mit grippeähnlichen Symptomen, Fieber mit Schüttelfrost, Myalgien, Übelkeit und erhöhten Transaminasen im Blut wurde stationär aufgenommen. Im Labor konnte eine Leptospirose nachgewiesen werden. Fünf Tage vor Erkrankungsbeginn wurde die Patientin von einer der insgesamt zehn in der Wohnung gehaltenen Mäuse (Farbmäuse) gebissen. Im Konsiliarlaboratorium für Leptospirose wurde aus dem Blut der Patientin und aus Proben der Farbmaus mittels PCR Leptospiren-DNA der Spezies *Leptospira borgpetersenii*, Serovar hardjo nachgewiesen. Die Isolate stimmten überein. Das Veterinäramt wurde eingeschaltet. Die Mäuse wurden unter Aufsicht eines Veterinärs getötet, der Käfig mit Zubehör entsorgt. Da sich die Mäuse teilweise frei in der Wohnung bewegten, wurde vom Gesundheitsamt eine gründliche Reinigung mit einem chlorhaltigen

Haushaltsreiniger empfohlen, zur feuchten Reinigung sollten Handschuhe getragen werden. Der Lebenspartner der Patientin, der in der gemeinsamen Wohnung lebt, und eine weitere Person, die die Mäuse häufiger versorgte und gebissen wurde, waren nicht erkrankt. Die Patientin ist inzwischen wieder gesund.

In Baden-Württemberg wurden im Jahr 2011 dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 15 Leptospirose-Fälle übermittelt. In fünf Fällen handelte es sich um reiseassoziierte Infektionen. Zehn Fälle wurden autochthon erworben. Bei drei Patienten gelang ein Erregernachweis mittels PCR, und eine weitere Typisierung konnte durchgeführt werden. Dabei wurden Leptospiren der Spezies *Leptospira interrogans*, Serovar copenhageni und Serovar canicola und *Leptospira borgpetersenii*, Serovar hardjo nachgewiesen.

2011 wurden zwei weitere Leptospirose-Fälle übermittelt, die indirekt und direkt mit Haustieren in Verbindung stehen. Eine 42-jährige Frau zog sich bei der Rettung ihres Hundes aus einem Flusskanal eine Verletzung am Unterschenkel zu und erkrankte daraufhin an einer Leptospirose mit dem klinischen Bild einer Meningitis/Enzephalitis. Bei einer 50-jährigen Hundehalterin traten grippeähnliche Symptome auf, nachdem elf Tage zuvor bei ihrem Hund Leptospirose diagnostiziert worden war. Labordiagnostisch wurde dann auch bei der Hundehalterin eine Leptospirose festgestellt.

Nach entsprechender Exposition und dem Auftreten von Fieber, grippeähnlichen Symptomen, Ikterus, Blutungsneigung, Leber- und Nierenversagen und/oder Meningitis/Meningoenzephalitis unklarer Ursache sollte auch an eine Infektion mit Leptospiren gedacht werden.



Junge braunweiße Farbmaus



Metabolisches Syndrom & Diabetes – LGA-Symposium zu aktuellen Aspekten der Prävention

Michael Böhme, Jana Müller, Abt. 9

Lebensstilassoziierte Erkrankungen gewinnen eine zunehmende Bedeutung für die Lebensqualität. Sie lassen sich allerdings häufig durch einen geeigneten Lebensstil und gesunde Lebensbereiche positiv beeinflussen.

Gesundheitsziel Diabetes mellitus Typ 2

Die Folgen des derzeitigen demographischen Wandels mit zunehmender Lebenserwartung sowie Veränderungen des Krankheitsspektrums von Infektionskrankheiten hin zu so genannten Wohlstandserkrankungen wie z. B. Übergewicht, Bluthochdruck oder Diabetes, die zusammen mit Fettstoffwechselstörungen zur Definition des metabolischen Syndroms gehören, sind von langfristiger Bedeutung für die Lebensqualität des Einzelnen und der Gesellschaft. Diese Erkrankungen sind nicht nur häufig und weit verbreitet, sondern betreffen zunehmend auch immer jüngere Menschen. In der Regel handelt es sich dabei um chronische, lebensstilassoziierte Krankheiten, die entscheidend mit durch den „modernen“, „westlichen“ Lebensstil bedingt sind. Dieser ist wesentlich durch Bewegungsmangel, ungünstige Ernährung sowie Stress geprägt. Das bedeutet andererseits aber auch, dass sie sich meist durch einen geeigneten Lebensstil positiv beeinflussen lassen, wenn gesunde Lebenswelten dies unterstützen und Präventionsangebote frühzeitig beginnen sowie nachhaltig wahrgenommen werden. Eine aktive Gestaltung und Anpassung des eigenen Lebensstiles an die „modernen“ Lebensbedingungen von Jugend an ist entscheidend und aus Sicht einer nachhaltigen Prävention dabei vorrangig.

Für den Diabetes mellitus Typ 2 wurde das bestehende präventive Potential in zahlreichen Studien aufgezeigt. Daher wurde 2011 das Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2-Risiko senken und Folgen reduzieren“ von der Projektgruppe „Gesundheitsziele“, die von der AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums hierzu eingesetzt worden war, als eines von acht Zielen mit hoher Priorität vorgeschlagen. Unterstrichen wird die Bedeutung dieses Zieles für Baden-Württemberg z. B. durch die vorliegenden Ergebnisse des derzeit laufenden GEDA-Survey des Robert Koch-Instituts aus den Jahren 2008/09, wonach etwa jeder Zehnte in Baden-Württemberg von Diabetes Typ 2 betroffen ist, etwa jeder Vierte an Bluthochdruck leidet und etwa jeder Zweite übergewichtig oder fettleibig ist. Die Angaben für Diabetes Typ 2 berücksichtigen dabei auch die Dunkelziffer von Menschen mit vorhandenem, aber bislang unerkanntem Diabetes, wie sie sich aus der KORA-Studie ergeben.

Symposium des LGA gibt Impulse

Das Symposium des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) am 07.10.2011 gab einen zusammenfassenden Überblick über den aktuellen Wissensstand zu Primärprävention und Früherkennung des Metabolischen Syndroms und Diabetes Typ 2. Es wurde u. a. in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, der Deutschen Diabetes-Stiftung (DDS), dem Deutschen Diabetiker Bund – Landesverband Baden-Württemberg und der Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW) durchgeführt. Ziel der Veranstaltung war es dabei, thematisch berührten Akteuren sowie den sich derzeit etablierenden Kommunalen Gesundheitskonferenzen Impulse für eigene oder gemeinsame Aktivitäten zu geben. Zusammenfassend wurden durch die unterschiedlichen Beiträge die epidemische Dimension dieser chronischen Krankheiten und bestehende präventive Möglichkeiten aufgezeigt. Es wurde insbesondere auch hervorgehoben, dass der moderne Lebensstil mit Bewegungsmangel, ungünstiger Ernährung sowie Stress zwar chronische Volkskrankheiten wie Diabetes und Übergewicht fördert, dieses aber kein Schicksal sein muss. Ein besonderes Augenmerk in den Workshop-Diskussionen lag zudem auf dem Ansprechen von speziellen Zielgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, sozial Benachteiligten und Arbeitslosen. Diese werden häufig nur sehr eingeschränkt erreicht.

In der abschließenden Zusammenfassung der Veranstaltung wurde hervorgehoben, dass in den Beiträgen die bestehenden vielfältigen Herausforderungen an den Einzelnen und die Gesellschaft durch diese chronischen, lebensstilassoziierten Erkrankungen deutlich aufgezeigt wurden und bereits 30 Minuten tägliche moderate Bewegung viel bewirken kann. Insgesamt wurde ein dringender Handlungsbedarf aufgezeigt, wobei jedoch schon viele Instrumente vorhanden sind, die nur besser, vernetzter und vor allem nachhaltiger genutzt werden müssen. Häufig zielführend ist hierbei nicht nur die Suche nach guten Projekten, sondern auch nach geeigneten Partnerschaften und Vernetzung.

Die Beiträge des Symposiums sind in der Zeitschrift Diabetes aktuell – Schwerpunkttheft Prävention, Heft 8/2011, veröffentlicht.



Symposium Frühförderung Baden-Württemberg 2011

Anette Winter-Nosseck, Ref. 94

„Diagnostik – Segen und Fluch“ lautete das Thema des Symposiums Frühförderung 2011 in Stuttgart. Die Förder- und Therapieplanung für ein Kind erfordert genaues Hinsehen, um auch die Wahrnehmung und die Erwartungen des Kindes mit einzubeziehen. Eine Stigmatisierung des Kindes ist zu vermeiden, um seine Entwicklung nicht zu hemmen.

Am 11.10.2011 trafen sich über 350 Teilnehmer zum Symposium Frühförderung Baden-Württemberg in Stuttgart. Diagnostik bei jungen Kindern aus medizinischer Sicht sowie Selbst- und Fremdsicht von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungserfahrung wurden am Vormittag im Plenum dargestellt. Am Nachmittag wurden Aktivitäten des täglichen Lebens aufgegriffen, deren Störung nicht selten einem als „behinderungsbedingt auffällig“ fehlinterpretierten Verhalten bei sehr jungen oder schwer beeinträchtigten Kindern zugrunde liegen kann.

Das Symposium sollte dazu beitragen, Fachleuten Anregungen zum Perspektivwechsel in der Diagnostik zu geben, Diagnostik mit Augenmaß einzusetzen und bei unverständlich erscheinenden Verhaltensauffälligkeiten nach möglichen zugrunde liegenden körperlichen oder seelischen Auslösern zu suchen.

Plenumsvorträge

PD Dr. Gerhard Niemann, Kinder und Jugendarzt, Neuropädiater und Leiter der Kinderklinik Schömburg, widmete sich der Diagnostik bei jungen Kindern, deren Entwicklung einer großen Variabilität und Individualität unterliegt. Dennoch sind bestimmte „Grenzsteine“ der kindlichen Entwicklung, das sind Entwicklungsstufen, die bis zu einem festgelegten Zeitpunkt erreicht sein müssen, wichtige Anhaltspunkte für die Diagnostik von Entwicklungsstörungen. Bei allen Kindern, insbesondere Kindern mit Entwicklungsstörungen oder Behinderungen, sind diagnostische Maßnahmen besonders sorgsam abzuwägen und auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken, um Förder- und Therapiemaßnahmen darauf begründen zu können.

Prof. Dr. Saskia Schuppener lehrt und forscht am Institut für Geistigbehindertenpädagogik der Universität Leipzig über Selbstwahrnehmung und Selbsterleben von Menschen mit Behinderungserfahrungen. Für Selbstwahrnehmung und Selbstempfinden von Kindern mit Schwierigkeiten im formalen Lernen und verlangsamter Entwicklung spielt die Art und Weise, wie wertschätzend und zugleich selbstverständlich wir mit ihnen umgehen, für die Stärkung der Persönlichkeit eine große Rolle. Jugendliche und Erwachsene,

die in Videosequenzen zu Wort kamen, schilderten retrospektive Erfahrungen im „Behindert-Werden“. Wir als Fachleute in der Frühförderung lernen die Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen von Kindern mit Behinderungen am Besten kennen, indem wir sie selbst fragen, ihnen zuhören und sie an Entscheidungen über sie tatsächlich teilhaben lassen. Allerdings ist hierin für Kinder mit und ohne Behinderungen noch reichlich Forschungsbedarf.

Sieben Themengruppen am Nachmittag

In Gruppe 1 wurde über junge Kinder mit Schluck- und Fütterstörungen sowie Sondenentwöhnung gesprochen. Beispiele machten deutlich, welche konkreten Hilfen es dazu gibt, die den Eltern der betroffenen Kinder vermittelt werden können. Gruppe 2 befasste sich mit Einschätzung und Unterstützungsmöglichkeiten bei Kindern mit Kommunikation ohne Lautsprache. In Gruppe 3 wurde ein Elterntraining zur Förderung lautsprachlicher Kommunikation mit ihren Kindern vorgestellt. Themengruppe 4 informierte die Teilnehmenden über gesunden Kinderschlaf. Chronische Schlafstörungen können ungünstige Einflüsse auf die Entwicklung des Gehirns verursachen. Daher ist die Einhaltung von allgemeinen Regeln für einen erholsamen Schlaf wichtig, z. B. regelmäßige Schlafzeiten, Einhaltung von Ritualen, ausgeglichene Ernährung. Diese werden in die Behandlung der betroffenen Kinder durch Schlafrtraining und Information der Eltern einbezogen. In Gruppe 5 wurde eine Schmerzskaala zur Einschätzung von Schmerzzeichen bei Kindern mit Behinderungen vorgestellt und diskutiert. Schmerzen als eine mögliche Ursache von Verhaltensauffälligkeiten bei behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sind lange Zeit unbeachtet geblieben. Gruppe 6 befasste sich mit dem Einfluss von Strukturen und Tagesabläufen in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung auf Verhaltensauffälligkeiten bei behinderten Kindern und der Notwendigkeit individueller, flexibler Lösungen. Dazu gehören Raumgestaltung und Tagesablauf, im Einzelfall krankheitsbedingt auch medikamentöse Behandlung unter ärztlicher Aufsicht. In Themengruppe 7 wurde die Hochfrequenz-Sequenzierung des menschlichen Erbguts als neue Methode der humangenetischen Diagnostik dargestellt und Erwartungen, Ängste und Bedenken diskutiert.

Hauptvorträge und Beiträge zu den Themengruppen sind im Internet eingestellt unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Gesundheitsthemen/FruehfoerderungIntegration/Seiten/default.aspx>.



Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“

Torben Sammet, Ref. 94

An der Landesinitiative zur kommunalen Gesundheitsförderung beteiligen sich 16 Städte und Gemeinden. Durch die Zusammenarbeit der Akteure vor Ort, der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebensräume und Angebote zu Bewegung, Ernährung und Lebenskompetenz wird die Gesundheit der Bevölkerung gestärkt.

Die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ ist ein Angebot an alle Städte und Gemeinden in Baden-Württemberg, die sich auf den Weg hin zu einem kommunalen Gesamtkonzept zur Förderung der Gesundheit machen möchten. Sie zielt auf die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität von Kindern, Familien und älteren Menschen durch Änderungen im Lebensstil und in den Lebensräumen.

Eine Kommune, die sich an der Landesinitiative beteiligt, gründet eine eigene örtliche Initiative (z. B. „Gesund leben mit St. Georgen“), die als Dach für alle örtlichen Maßnahmen und Angebote dient, die ein gesundes Aufwachsen und Leben fördern und unterstützen – sowohl für bestehende als auch für bedarfsorientierte neue Maßnahmen und Angebote.

Das Vorgehen vor Ort basiert auf der Partizipativen Qualitätsentwicklung (s. Abbildung). Diese ist gekennzeichnet durch die Partizipation (Beteiligung + Teilhabe) der Zielgruppen, die Zusammenarbeit



der kommunalen und regionalen Akteure sowie die Phasen Bedarfsbestimmung, Planung, Durchführung und Evaluation.

Um alle Akteure mit Bezug zu Gesundheit, Bildung und Soziales sowie die Bevölkerung zu beteiligen, wird in der Kommune ein generationenfreundliches Netzwerk zur kommunalen Gesundheitsförderung aufgebaut. Die Koordination und Leitung liegt bei der Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung. Innerhalb des Netzwerkes ermitteln die Akteure gemeinsam, welcher Bestand und Bedarf an Maßnahmen und Angeboten der Gesundheitsförderung vorhanden sind, welche spezielle Risikogruppen bestehen und welche örtlichen Bedingungen ein gesundes Aufwachsen und Leben fördern oder eher behindern. Ausgehend von dieser Analyse wird im Netzwerk gemeinsam ein kommunaler Gesundheitsförderungsplan erstellt, in dem konkrete Zielgruppen und Ziele definiert werden und dargestellt wird, durch welche Maßnahmen diese Ziele erreicht werden sollen.

Unterstützung für Kommunen

Die Initiative unterstützt die beteiligten Kommunen beim Prozess der kommunalen Gesundheitsförderung durch folgende Leistungen:

- Zu Beginn erhalten die kommunalen Verwaltungskräfte, welche die Initiative vor Ort leiten und koordinieren, eine zweitägige praxisorientierte Qualifizierung zu kommunaler Gesundheitsförderung.
- Zudem bietet das Handbuch „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ vertiefende Informationen zu kommunaler Gesundheitsförderung und transparente Empfehlungen zu wirksamen Maßnahmen der Gesundheitsförderung.
- Ein qualifizierter externer Berater begleitet den gesamten Prozess, vom Netzwerkaufbau über die Bestands- und Bedarfsanalyse, die Zieldefinition sowie die Planung und Umsetzung von Maßnahmen bis hin zur Kontrolle des Erfolges und berät jede Kommune ganz individuell und bedarfsorientiert.
- Die Beratung beinhaltet zudem einen Überblick über qualitätsgesicherte Maßnahmen der Gesundheitsförderung (z. B. zu Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz, sozialer Teilhabe und geistiger Aktivität) und am örtlichen Bedarf abgeleitete Empfehlungen.
- Zwei jährliche Netzwerktreffen auf Landesebene ermöglichen den gegenseitigen Austausch der beteiligten Kommunen.

Glücksspiel – hau' dein Geld doch gleich in die Tonne!

Katja Schnell, Ref. 94

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) macht beim ersten bundesweiten Aktionstag in der Stuttgarter Königsstraße auf die Thematik der Glücksspielsucht aufmerksam.

Die Teilnahme an Glücksspielen ist in der deutschen Bevölkerung weit verbreitet. 87 % der Deutschen nehmen mindestens einmal in ihrem Leben an einem Glücksspiel wie beispielsweise Lotto 6 aus 49 oder Spiel 77 teil oder spielen an Spielautomaten in Spielhallen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010). Während dies für die meisten Menschen ohne negative Folgen bleibt, wird das Glücksspiel für 2,4 % der 14- bis 64-jährigen Gesamtbevölkerung in Deutschland einmal in ihrem Leben zum Problem (Page-Studie 2011). Aktuell gibt es in Baden-Württemberg etwa 38 500 pathologische Glücksspieler. Bei weiteren 34 100 wird die Spielsucht als problematisch eingestuft.

Glücksspielsucht ist eine Krankheit. Sie bestimmt den Alltag von pathologischen Spielern. Bei keiner anderen Sucht ist die Gefahr der Verschuldung und Verarmung so groß. Auch die Familien der Betroffenen werden von den Folgen der Sucht tangiert. Arbeitslosigkeit, Verlust der Wohnung, Fehlen von Dingen des täglichen Bedarfs, Vereinsamung, Brüche in Beziehungen und in der Familie sowie Suizid(-versuche) sind mögliche Folgen einer Glücksspielsucht.

Doch Glücksspielsucht ist nicht ausweglos! Beratung und Therapie, aber auch Selbsthilfegruppen, können den Spielern helfen, ihre Sucht in den Griff zu bekommen. Schuldnerberatungsstellen unterstützen die Betroffenen, die eigene finanzielle Lage wieder in den Griff zu bekommen.

Bundesweiter Aktionstag Glücksspielsucht

Am 29.09.2011 fand der erste bundesweite Aktionstag Glücksspielsucht statt. Im Vorfeld wurde im Juli bereits ein vom LGA und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (SM) organisierter Workshop mit dem The-

ma „Öffentlichkeitsarbeit in der Suchtprävention“ durchgeführt. Zahlreiche der dort erarbeiteten und erlernten Methoden wurden am 29.09.2011 an 13 Standorten in Baden-Württemberg in 17 Aktionen umgesetzt. Bodenzeitungen wurden ausgelegt, Pressegespräche veranstaltet, Telefonberatungen angeboten – und vieles mehr. Die Aktivitäten in Baden-Württemberg sowie die Pressearbeit wurden durch das LGA koordiniert.

Das LGA machte gemeinsam mit dem SM in der Stuttgarter Königsstraße auf die Problematik der Glücksspielsucht aufmerksam. Unter dem Motto „Glücksspiel – hau' Dein Geld doch gleich in die Tonne“ wurde mit Hilfe von Mülltonnen, aus denen überdimensionale Geldscheine ragten, das Gespräch mit den Bürgern gesucht, aufgeklärt und wertvolle Informationen vermittelt. Übergroße 10-, 20- und 50-Euro-Scheine, auf deren Rückseite kurze Informationen zum Thema Glücksspielsucht und der Link zur vom LGA gestalteten fünfsprachigen Homepage www.spass-statt-sucht.de abgedruckt sind, regten zum Durchlesen und Mit-nach-Hause-Nehmen an.

Sowohl bei den Bürgern als auch bei der Presse stieß die Aktion auf großes Interesse. In Stuttgart und Baden-Württemberg war der Aktionstag ein großer Erfolg, aber auch bundesweit fand er Beachtung. Daher wird der bundesweite Aktionstag Glücksspielsucht am 25.09.2012 wiederholt.



Applied Behavior Analysis (ABA) – Angewandte Verhaltensanalyse

Claudia Lucka, Birgit Berg, Ref. 94

Die auf langjähriger empirischer Forschung basierende Angewandte Verhaltensanalyse kann bei Anwendung durch qualifizierte Spezialisten zu Entwicklungs- und Lernfortschritten bei Kindern mit einer Autismus-Diagnose beitragen.

ABA ist eine auf vielen Jahrzehnten empirischer Forschung basierende wissenschaftliche Methode, welche die funktionellen Beziehungen zwischen Umwelt und Verhalten untersucht. Ziel ist es, unter Anwendung lern- und motivationstheoretischer Prinzipien sozial bedeutsame Verhaltensänderungen anzustoßen und so eine verbesserte Kommunikation zwischen Individuen zu etablieren. Folgende Grundannahmen sind hierbei zentral: Das Verhalten eines Kindes kann in einer bestimmten Situation konkret beobachtet sowie umfassend und systematisch erfasst werden. So lassen sich häufig Antezedenten (vorausgehende Ereignisse) und Konsequenzen (nachfolgende Ereignisse) bestimmen, die Aufschluss darüber geben, warum ein Verhalten gezeigt (Motivation) und wie es aufrecht erhalten wird (Verstärkung). Weiterhin wird davon ausgegangen, dass jedes Kind in der Lage ist, neue Verhaltensweisen zu erlernen, wenn es entsprechend seiner individuellen, aktuellen Vorlieben und Bedürfnisse motiviert und verstärkt wird. Arbeitsgrundlage in modernen ABA-Programmen ist dabei eine positive, wertschätzende und tragfähige Beziehung zum Kind, deren Aufbau und Aufrechterhaltung fester Bestandteil der Programme ist. Auch dem Lernen durch positive Verstärkung wird zentrale Bedeutung beigemessen.

Ein Pionier im Bereich der Anwendung von ABA auf Kinder mit autistischen Störungen war der 2010 verstorbene amerikanische Psychologe Prof. Dr. Ivar Lovaas. Der Durchbruch gelang ihm im Jahr 1987 mit der Veröffentlichung einer wegweisenden und kontrovers diskutierten Studie. Die eingesetzten Methoden wurden seitdem kontinuierlich weiterentwickelt und verändert. Diese auf dem Lovaas-Modell basierenden Frühinterventionen gelten heute als am besten empirisch abgesicherte Frühinterventionen bei Kindern mit Autismus.

Langfristiges Ziel ist die Etablierung gelingender Kommunikation und sozialer Interaktion, indem das Auftreten förderlicher Verhaltensweisen auf- und/oder ausgebaut und das Auftreten hinderlicher Verhaltensweisen eingeschränkt und/oder abgebaut wird. Verhaltensanalysten wenden dabei Prinzipien und Techniken wie Verstärkung, Prompting, Fading, Shaping, Modifikation von Kontextfaktoren u. a. so-

wie verschiedene Unterrichtsformate wie das Discrete Trial Teaching oder Natural Environment Teaching an. Die Terminologie, Prinzipien und Techniken der ABA können als universal betrachtet werden, da sie auf nahezu jedes Verhalten anwendbar sind – dazu zählen z. B. einfache motorische Fähigkeiten wie Klatschen oder Hüpfen, aber auch komplexere Fertigkeiten wie der Erwerb funktionaler Sprache. Ergänzend ist zu erwähnen, dass das Erlernen für sich genommen abstrakt wirkender Handlungen wie z. B. Mit-dem-Fuß-Stampfen durch Imitation des Gegenübers in der Regel in einen im Vorfeld festgelegten Gesamtkontext wie z. B. das selbstständige Lernen durch Imitation anderer eingebettet ist.

Die Umsetzung von ABA ist komplex und erfordert neben umfangreichem theoretischen Wissen ausreichend Übung und praktische Erfahrung. Um die korrekte Anwendung von ABA in der Praxis sicherzustellen, hat das US-amerikanische Behavior Analyst Certification Board (BACB, <http://www.bacb.com>) ein standardisiertes Verfahren zur Qualifizierung zum Board Certified Behavior Analyst (BCBA) bzw. Board Certified Assistant Behavior Analyst (BCaBA) eingeführt, welches kontinuierlich weiterentwickelt und an den aktuellen Stand der Forschung angepasst wird. Hierzu gehören auch ein verbindlicher Verhaltens-Codex und ein transparentes Beschwerde-Management-System.

Im Gegensatz zur Situation in vielen anderen Ländern ist ABA in Deutschland recht unbekannt und findet hierzulande vor allem im Umgang mit autistischen Menschen Anwendung. ABA-Methoden kommen weltweit, u. a. aber auch bei der Behandlung von Essstörungen, Herz-Kreislaufkrankungen oder in der Gerontopsychiatrie zum Einsatz. Inzwischen gibt es in Deutschland einige BCBA und BCaBA, aber noch keine vom amerikanischen Board anerkannten Universitäten, an welchen eine Ausbildung absolviert werden könnte. In der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensanalyse e. V. (DGVA) haben sich zertifizierte Verhaltensanalysten zusammengeschlossen (<http://dgva.org>), um den Bekanntheitsgrad der Methode zu steigern und Ausbildungsmöglichkeiten in Deutschland zu etablieren.

Einen guten Einblick in die Methode und Prozeduren insbesondere für die Anwendung bei autistischen Kindern gewährt das Buch „A Work in Progress – Behavior Management Strategies and a Curriculum for Intensive Behavioral Treatment of Autism“ von Leaf & McEachin (1999).

HIV- und STI-Prävention in Baden-Württemberg – quo vadis?

Johanna Körber, Ref. 94

Neue Forschungsergebnisse zeigen, dass die seit 2004 bestehenden fachlichen Empfehlungen zum Thema HIV- und STD-Prävention erweitert werden müssen.

US-Außenministerin Hillary Clinton hielt im November 2011 im National Institute of Health in Bethesda eine Rede zum Thema „Creating an AIDS-Free Generation“. Um eine „Aids-freie Generation“ zu schaffen, müsste weltweit folgendes Szenario gelten: Es findet praktisch keine Übertragung von HIV von der Mutter auf das Kind statt. Diese Kinder laufen als Teenager und Erwachsene im Vergleich zu den heute Lebenden in weit geringerem Maße Gefahr, sich mit HIV anzustecken, weil eine breite Palette von HIV-Präventionsmethoden zur Verfügung steht. Falls sie sich dennoch mit HIV infizieren, haben sie Zugang zur Behandlung, womit sowohl der Ausbruch von Aids als auch die Übertragung von HIV auf andere verhindert wird. Drei Schlüssel-Interventionen sind erforderlich, um dieses ehrgeizige Ziel zu erreichen: die Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung während Schwangerschaft und Stillzeit, die freiwillige Zirkumzision bei Männern und die früh einsetzende Behandlung bereits HIV-infizierter Menschen. Dabei stellte Frau Clinton klar, dass mit keinem dieser Interventionen allein eine Aids-freie Generation erreicht werden kann, sondern dass dies nur durch die Kombination aller drei Strategien möglich ist. Die kombinierte Prävention hat dann den größten Erfolg, wenn sie durch die Propagierung von Kondomgebrauch verstärkt wird.

Diese Aussagen stützen sich u. a. auf folgende Forschungsergebnisse: 2010 hat die Mma Bana-Studie zur Mutter-Kind-Übertragung nachgewiesen, dass die konsequente antiretrovirale Therapie während der Schwangerschaft und der gesamten Stillzeit die Übertragung des HI-Virus auf das Kind weitgehend verhindern kann. Die Mutter-Kind-Transmissionsrate lag bei 1,1 %. Die medizinisch fachgerechte Zirkumzision bei Männern senkt das Risiko der HIV-Übertragung bei Männern durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr um bis zu 60 %. Allerdings reduziert die Beschneidung HIV-infizierter Männer nicht die Weitergabe des Virus an ihre Partnerinnen. Ebenso wenig konnte eine Reduktion der HIV-Übertragung durch Zirkumzision bei Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, bestätigt werden. Im Jahr 2011 belegte die HPTN 052-Studie, dass durch antiretrovirale Therapie (ART) die Infektiosität von HIV-Positiven minimiert wird. Es zeigte sich,

dass die ART bei frühem Therapiebeginn das Risiko einer HIV-Infektion des Sexualpartners im Vergleich zur ART bei spätem Therapiebeginn um 96 % senkt. Weitere Studien, insbesondere die Kelley-Studie von 2011, deuten darauf hin, dass unter effektiver ART auch bei einer vorhandenen sexuell übertragbaren Infektion (STI) die Viruslast in der Regel nicht ansteigen scheint. Die Datenlage ist aber keineswegs ausreichend, um die STI-Problematik vernachlässigen zu können. Der zusätzliche Einsatz von Kondomen zur Minimierung des STI-Risikos ist daher in jedem Fall empfehlenswert. Die Kelley-Studie kommt jedoch zu dem Schluss, dass die ART auch für MSM als Präventionsmethode geeignet ist, weil in der Regel bei niedriger Viruslast im Blut auch die Viruslast im Rektum niedrig ist, und das Vorliegen der untersuchten bakteriellen STI die Viruslast nicht steigerte.

Fazit: Um die Übertragung von HIV von der Mutter auf das Kind zu minimieren, wurde im August 2011 in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegt, dass die Durchführung der Beratung zum HIV-Antikörpertest im Mutterpass zu dokumentieren ist. Damit ist diese wichtige Präventionsmaßnahme in Deutschland eingeführt. Die Zirkumzisionsempfehlung kann in Deutschland vernachlässigt werden. Sie ist vor allem in Ländern mit sehr hoher HIV-Prävalenz von Bedeutung. Die ART, die das Risiko einer Infektion des Sexualpartners um 96 % senkt, und die damit genauso effektiv wie regelmäßiger Kondomgebrauch ist, muss in die Präventionsstrategie von Baden-Württemberg integriert werden. Bisher wurde bei der HIV- und STI-Prävention nahezu ausschließlich auf Aufklärung und die Propagierung des Kondomgebrauchs gesetzt. Diese Maßnahmen sind durch eine Test-Motivations-Strategie zu ergänzen. Dies bedeutet, Menschen müssen ermutigt werden, sich nach Risikokontakten testen zu lassen, damit für den Fall einer Infektion die Behandlung rechtzeitig eingeleitet werden kann. Aufklärung und Beratung werden durch die zusätzliche STI-Problematik komplexer. Von dem oft unausgesprochenen, aber von vielen Fachleuten immer noch verinnerlichteten Konzept, Menschen kommen einmal im Leben zur Aids-Beratung, lassen sich auf HIV testen und sind dann für den Rest ihres Lebens versorgt, gilt es, Abschied zu nehmen. Test-Motivations-Strategie bedeutet auch, Menschen zu motivieren, sich risikobezogen auch auf STIs screenen zu lassen, weil STIs die Übertragung von HIV erleichtern. Testen und rechtzeitig behandeln ist damit wesentlicher Teil der HIV-Prävention.



Allergene in der Luft – überall und am Arbeitsplatz

Cornelie Einsele, Ref. 96

Allergene in der Luft sind oft Ursache von Atemwegserkrankungen. Welche Stoffe erweisen sich als Allergene? Gibt es bei den berufsbedingten allergischen Atemwegserkrankungen einen Trend?

Die Nase juckt auf einmal, läuft oder ist verstopft, Niesen, Atembeklemmungen stellen sich ein, Luftnot drängt zu rascher Hilfe. Nicht wenige Menschen leiden unter diesen und ähnlichen Beschwerden. Als Auslöser in Betracht kommen eine Vielzahl eigentlich unschädlicher Stoffe aus der Umwelt, welche, über die Atmung aufgenommen, die Reaktionsfähigkeit des Immunsystems spezifisch verändern, d. h. eine Allergie hervorrufen können. Beim Einatmen von Allergenen vom Sofort-Typ treten dann innerhalb von Sekunden bis wenigen Stunden Krankheitssymptome auf in Form entzündlicher Erscheinungen an den Schleimhäuten von Nase, evtl. den Augenbindehäuten und der äußeren Haut, an den oberen und tiefen Atemwegen bis hin zum lebensbedrohlichen anaphylaktischen Schock. Identifiziert werden oft mehrere Sensibilisierungen vom Sofort-Typ auf ubiquitäre Allergene aus dem großen Spektrum der Pollen, Milben (Kot), Tierhaare, Schimmelpilze.

In der Arbeitswelt ganz im Vordergrund steht das so genannte Bäckerasthma, verursacht durch Mehle verschiedener Getreidesorten, evtl. in Verbindung mit Mehlparasiten wie Reismehlkäfer und Mehlmotte. Zu sonstigen Inhalationsallergenen am Arbeitsplatz als Ursache von obstruktiven Atemwegserkrankungen zählen vor allem Futtermittel- und Getreidestäube, Stäube, welche Schimmel- und Strahlenpilze, Spinn- und Vorratsmilben, Zuckmücken, bestimmte Pflanzen, Naturgummilatex enthalten, Stäube von Nutz- und Labortieren, Stäube von Hölzern wie Rotzeder, Abachi, Limba, chemische Stoffe bei der Herstellung und Verarbeitung von Kunstharzen (wie Dicarbonsäureanhydride, Isocyanate), Cobalt-, Nickel- Platinverbindungen, Enzyme (wie Amylasen, Cellulasen, Papain).

Welche Allergene traten bei den berufsbedingten Atemwegserkrankungen in Baden-Württemberg besonders in Erscheinung? Unter den im Jahren 2009 und 2010 als Berufskrankheit gemeldeten allergischen Atemwegserkrankungen, welche ausgewertet werden konnten, erwiesen sich in 140 Fällen Berufsallegene

als entscheidende Krankheitsursache. Bei 84 dieser 140 Fälle fand man als allergieauslösende Stoffe Mehle und andere bäckertypische Substanzen. Als Inhalationsallergene erwiesen sich ansonsten spezielle Pflanzen/Gewürze (9), Tierhaare (8), Pollen (7), landwirtschaftliche Stäube (4), Schimmelpilze (3), Vorratsmilben (3), Fische (2), Stäube von Holz (1) und Kartonagen (1) sowie chemische Stoffe (18). Unter Letzteren waren neun Fälle mit Allergien auf unterschiedliche Enzyme und fünf auf Ammoniumpersulfat (Haarbleichmittel). Auffallend ist, dass Chemikalien an der Entstehung von berufsbedingten Inhalationsallergien nur zu 12,9 % beteiligt waren, Mehle zu 60 % und andere organische Stoffe natürlichen Ursprungs zu 27,1 %.

Trendwende bei den allergischen Atemwegserkrankungen in der Arbeitswelt?

Durch Ersatz kritischer Arbeitsstoffe durch harmlosere wie Austausch des herkömmlichen Mehls als Trennmittel gegen staubarme Mehle, durch Verbesserungen bei den technischen Einrichtungen und Umstellungen in der Verfahrenstechnik kann der Allergengehalt in der Luft am Arbeitsplatz meist deutlich gesenkt werden. Bei den berufsbedingten allergischen Atemwegserkrankungen führte dies zu einer stetigen Abnahme von anerkannten Berufskrankheiten in den vergangenen Jahren. Wurden im Jahr 2000 bundesweit 1 004 Fälle anerkannt, waren es im Jahr 2008 nur noch 408. Dieser positive Trend zeigt sich auch in Baden-Württemberg. Nach Beurteilung der Staatlichen Gewerbeärzte ist die entsprechende Anzahl hierzulande von 102 auf 38 jährlich gesunken. Dies entspricht einem Rückgang auf 40,6 % bundesweit und 37,25 % in Baden-Württemberg innerhalb von acht Jahren. Erwähnenswert ist, dass bei jenen Beschäftigten, bei welchen bereits Sensibilisierungen auf Berufsstoffe eingetreten sind, versucht wird, durch vielfältige, individuell genau abgestimmte Maßnahmen zu erreichen, sie in ihrem bisherigen Arbeitsumfeld zu belassen. Dies gelingt hin und wieder bei Bäckern mit Mehlstaub-Allergie, wird aber auch anderweitig beobachtet. Gelegentlich zwingt jedoch die angespannte Situation am Arbeitsmarkt vor allem für ältere Arbeitnehmer zum Durchhalten. Trotzdem – erkennbar ist eine erfreuliche Tendenz.

Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung

Kurt Gläser, Ref. 96

Moderne Managementkonzepte und stetige Verbesserungen sind wesentliche Erfolgsfaktoren für ein effektives und effizientes Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist eine durch viele wissenschaftliche Forschungsarbeiten belegte Möglichkeit, die Gesundheit und damit auch die Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu verbessern. Wichtige Erfolgsfaktoren sind die sorgfältige Analyse der Gesundheitsrisiken und -chancen, die Partizipation der Beschäftigten, eine Kommunikationsstrategie und der Dialog unter allen Beteiligten. Soll ein BGM langfristig etabliert werden und z. B. auch Organisationsveränderungen überstehen, ist eine längerfristige strategische Ausrichtung einschließlich regelmäßiger Überprüfungen der Wirksamkeit unerlässlich.

Sichtbare Fehlzeiten sind nur die Spitze des Eisbergs

Studien zufolge (z. B. Booz & Co. im Auftrag der Burda-Stiftung) bringt ein EUR, der in BGM-Maßnahmen investiert wird, dem Unternehmen einen wirtschaftlichen Nutzen von 2,5-10 EUR. Diese rein ökonomische Betrachtung greift aber zu kurz: In diese Ergebnisse gehen maßgeblich Kostenberechnungen ein, die sich auf die Reduzierung von Fehlzeiten beziehen. Krankmeldungen können aber auch nicht-gesundheitliche Ursachen haben, und Beschäftigte können trotz (beginnender) Krankheit am Arbeitsplatz erscheinen, was mit Leistungsminderungen oder Folgeerkrankungen verbunden sein kann. Die für eine Organisation „verlorenen Arbeitstage“ aufgrund von Fehlzeiten (Absentismus) und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit (Präsentismus) verteilen sich laut einer Literaturstudie von Steinke/Badura (2011) im Verhältnis 1:4,7. Das heißt, Kosten durch Präsentismus stellen ein Vielfaches der Kosten durch Absentismus dar. Fehlzeiten sind also ein Problem, aber eben nur die „Spitze des Eisbergs“. Ein gutes BGM muss den gesamten Eisberg im Focus haben: Welche individuellen und organisationalen Ursachen, die die Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit der Menschen im betrieblichen Umfeld beeinflussen, spielen eine Rolle? Welche Chancen gibt es, Arbeitsbedingungen gesundheitsgerecht zu gestalten und zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Gesundheit im Unternehmen beizutragen?

Moderne Managementprinzipien unterstützen die BGM-Weiterentwicklung

Es gibt erfahrungsgemäß viele interessante Handlungsansätze für mehr Gesundheit in Betrieben, aber zu wenig wirksame Handlungsstrategien zur Problemlösung (Weinreich/Weigl 2011). Ein Ziel bei der Weiterentwicklung von BGM-Programmen sollte deshalb die Orientierung an etablierten Managementprinzipien sein: So muss ein strategisches Gesundheitsmanagement zum Beispiel politisch im Unternehmen verankert sein und bedarfs- und nachfrageorientiert funktionieren. Beim Deutschen Institut für Normung e. V. (DIN) wurde im Jahr 2011 mit der Entwicklung einer normähnlichen Leitlinie begonnen, die für eine neue Qualität der strategischen und operativen Umsetzung des BGM eingesetzt werden kann. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) ist in dem Expertenkreis zur Erstellung der „DIN SPEC 91020 BGM“ vertreten. Die Spezifikation kann als Grundlage für eine ständige Verbesserung des BGM in der Landesverwaltung dienen und kommt zur rechten Zeit: Alle Ministerien in Baden-Württemberg sind in einem aktiven Umsetzungsprozess, was das BGM in den Ministerien selbst und in den nachgeordneten Behörden betrifft. Die Vorgehensweisen und die veranlassten Maßnahmen sind aufgrund der jeweiligen Gegebenheiten und Erfordernisse unterschiedlich. Die Zielsetzung der zentralen wissenschaftlichen Begleitung und Unterstützung durch das LGA ist deshalb auch eine formative Evaluation – also der Ansatz, diese Umsetzungsstände qualitativ zu betrachten und stetige Optimierungen der BGM-Strukturen und -Prozesse zu befördern. Synergieeffekte der zentralen Begleitung durch das LGA bestehen auch darin, über den Dialog mit den Hochschulen im Land deren wissenschaftliche Expertise zum Gesundheitsmanagement in die Behördenlandschaft einfließen zu lassen. Zentrale Fragestellungen sind u. a., welche Programme zu positiven gesundheitlichen Effekten und in welchem Zeitraum führen. Wie lässt sich die Akzeptanz von BGM-Maßnahmen verbessern? Welche Kosten-Nutzen-Bilanz wird erzielt? Dieser mittel- und langfristig ausgelegte Dialog zwischen allen Beteiligten am BGM in der Landesverwaltung kann für das Gesamtprojekt nochmals einen Qualitätssprung auslösen und wird deshalb vom LGA zentral koordiniert.



Prävention

Nachhaltige Gesundheitsförderung – wie geht das?

Andrea Schlüter, Ref. 94

Die Nachhaltigkeitsstrategie Baden-Württemberg unterstützt gute Ansätze in der Gesundheitsförderung.

Von 2009 bis 2011 wurden fünf verschiedene Projekte in der Gesundheitsförderung durch die Nachhaltigkeitsstrategie des Landes Baden-Württemberg unterstützt. Ein wesentlicher Aspekt bei der Auswahl der Projekte waren ein hoher Grad an Vernetzung, innovative Ansätze und übertragbare Inhalte. Dies alles sollte die Nachhaltigkeit wesentlich befördern.

Nachhaltigkeit umfasst drei Ebenen: Ökologie, Soziales und Ökonomie. Bei der Gesamtbetrachtung eines nachhaltigen Ansatzes ist daher eine Verbesserung in allen drei Bereichen anzunehmen. Im Projekt „Neuakzentuierung der Prävention“ lag der Schwerpunkt vor allem auf dem sozialen Aspekt.

Zu Beginn des Projektes wurde gemeinsam mit den Beteiligten in den Vernetzungsprojekten Indikatoren erarbeitet, an welchen Punkten man ein nachhaltiges Projekt erkennt. Diese Indikatoren sollten der Projektweiterentwicklung und der Gesamtevaluation dienen. Unter Nachhaltigkeit, Schwerpunkt Soziales, wurden folgende Indikatoren festgelegt:

1) Kooperation und Netzwerkförderung

Konzepte für den Aufbau von Netzwerken bestehen und sind erprobt. Verschiedene Anbieter arbeiten zusammen. Sie haben ihre Maßnahmen abgestimmt und dokumentiert. Es gibt Strukturen, welche die Zusammenarbeit befördern.

Strukturen sind entstanden und bestehen über das Projekt hinaus, z. B. Arbeitskreis, Netzwerk, Koordinationsstelle, Steuerungsgruppe. Verankerung über verschiedene Stellen/Institutionen, Fortbildungen, Interessierte tragen das Projekt oder die Projektidee weiter.

2) Beteiligungsmöglichkeiten

Die Zielgruppen in den Projekten werden aktiv in die Planung eingebunden.

Strukturen zur Beteiligung sind beschrieben, d. h. sie funktionieren über längere Zeit (z. B.

Kommunikationsstrukturen, Entscheidungsstrukturen).

3) Lebensweltbezug

Angebote und Maßnahmen finden in der Lebenswelt der Beteiligten statt. Themen sind an die Zielgruppe angepasst, d. h. es werden auch kulturelle Verschiedenheiten, Geschlecht usw. berücksichtigt.

Die Vernetzungsprojekte finden in den Bereichen Gesunde Schule, Suchtprävention und betriebliche Gesundheitsförderung statt. Die Projekte waren oft schon zu Beginn über Projektpartner und Steuerungsgruppen hoch vernetzt. Die Vernetzung konnte in allen Projekten während der Laufzeit noch weiter ausgebaut werden. Beteiligung zu ermöglichen, ist zeitintensiv, schafft jedoch langfristig gesehen mehr Akzeptanz in der Umsetzung von Gesundheitsanliegen. Die Einbeziehung der Zielgruppe oder von Multiplikatoren ist je nach Projekt sehr unterschiedlich. Alle Projekte finden indes in verschiedenen Lebenswelten statt, so in Unternehmen und Einrichtungen, in Schulen und direkt in der Stadt und in Stadtteilen.

Eine ausführliche Handreichung mit Inhalten und Ergebnissen zum Gesamtprojekt Neuakzentuierung der Prävention und zu den einzelnen Vernetzungsprojekten erscheint im Juni 2012 und wird unter www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Gesundheitsthemen/Gesundheitsfoerderung/Seiten/Neuakzentuierung-der-Praevention.aspx bereit stehen.



Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt

Christine Volk-Uhlmann, Ref. 94

Drei Modellstandorte in Baden-Württemberg erproben Wege, Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt zu verankern.

Der Regionale Knoten Baden-Württemberg initiierte – mit finanzieller Unterstützung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg – drei Modellprojekte zur Verankerung der Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt. Die drei Standorte – alle drei Quartiersgebiete der Sozialen Stadt – sind Karlsruhe-Mühlburg, Mannheim Neckarstadt und Stuttgart-Giebel. Ziel des Programms „Wie geht's? Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt“ war es, die Ressorts Soziale Stadtentwicklung, Gesundheitsförderung und bürgerschaftliches Engagement mit ihren jeweiligen Blickwinkeln, Erfahrungen und Kompetenzen zusammenzubringen. Die Projekte sollten Konzepte entwickeln, die zeigen,

- wie sich Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt strategisch verankern lässt,
- wie sich Gesundheit sozial benachteiligter älterer Menschen in Quartieren der Sozialen Stadt fördern lässt,
- welche Kompetenzen und Qualifikationen dafür geeignet und gefordert sind und wie sie sich vermitteln lassen.

Herangehensweise

Die drei Projektstandorte gingen sehr unterschiedlich vor. Gemeinsam war allen drei Standorten, dass sie sich selbst im Rahmen der Vorgaben Ziele gesetzt und die Zielerreichung beschrieben haben.

Dem Stuttgarter Projekt lagen zwei Leitziele zu Grunde: die Förderung der Gesundheit sozial benachteiligter älterer Menschen durch Bedarfsermittlung im Rahmen eines Netzwerks und die Verankerung von Gesundheitsförderung in den Strukturen und Projekten der Sozialen Stadt.

Das Ziel des Mannheimer Projekts war, dass ältere Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, ihre Wohnung zu verlassen, wieder die Treppe bewältigen und an sozialen Aktivitäten teilnehmen können. Hierzu sollten Nachbarschaftshelferinnen, die schon jetzt Kontakt zu den Betroffenen haben, zum Thema Gesundheitsförderung qualifiziert werden.

Das Karlsruher Projekt hatte zum Ziel, gemeinsam mit allen Akteuren der Seniorenarbeit die Lebensqua-

lität und damit einhergehend die gesundheitliche Situation älterer Menschen im Stadtteil zu verbessern. Ein besonderes Augenmerk galt dabei insbesondere sozial benachteiligten Menschen, Senioren mit nur wenigen sozialen Kontakten sowie Älteren mit Migrationshintergrund.

Ergebnisse

Im Stuttgarter Modellvorhaben ist das Ziel am Deutlichsten strategisch verankert: Das Thema Gesundheit ist in das integrierte Entwicklungskonzept eingegangen. Es besteht ein Runder Tisch Gesundheit. In Karlsruhe existiert eine reiche Angebotslandschaft für ältere Menschen im Stadtteil, die aber nur von Älteren wahrgenommen wird, die bereits vielfältige Aktivitäten pflegen. Isoliert lebende Menschen und sozial Benachteiligte werden kaum erreicht. In Mannheim ist das Thema Gesundheitsförderung nachhaltig in die städtischen Strukturen integriert.

Die Projekte haben gezeigt, dass die Voraussetzungen in Quartieren der Sozialen Stadt sehr günstig für die Gesundheitsförderung sind. Auch die Nähe zur Zielgruppe ist ein Argument: Sozial benachteiligte Menschen sind in Gebieten der Sozialen Stadt überrepräsentiert, oft auch gerade die Älteren. Die Projekte haben nicht nur inhaltlich unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Wesentlich war, dass auch die Träger unterschiedliche Strategien zur Verankerung im Stadtteil verfolgt haben. Damit sind auch die unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereiche vertreten.

Evaluationsbericht: <http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Regionaler-Knoten-BW/Seiten/default.aspx>



Kommunale Bewegungsförderung mit älteren Menschen auch in schwierigen Lebenslagen

Bettina Huesmann, Ref. 94

Fünf Modellprojekte zeigen neue Wege auf, wie kommunale Bewegungsförderung gelingen kann.

Um die Gesundheit älterer Menschen zu erhalten bzw. zu fördern, ist es wichtig, deren körperliche Aktivität anzuregen und im Alltag zu verankern. Wie eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien belegt, trägt regelmäßige Bewegung wesentlich zur Vermeidung chronischer Krankheiten bei.

Das Zentrum für Bewegungsförderung im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, hat 2009/10 die Initiative ergriffen und fünf Modellprojekte gefördert, welche Bewegung im Alltag der älteren Menschen integrieren. Hierbei wurden insbesondere sozial Benachteiligte angesprochen und Netzwerke aufgebaut, mit dem Ziel, Bewegungsförderung in kommunalen Strukturen zu verankern.

Die fünf geförderten Modellprojekte wurden von WEEBER+PARTNER, Institut für Stadtplanung und Sozialforschung evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass optimale Resultate erreicht werden, wenn die Angebote alltagsnah gestaltet und für jeden älteren Menschen zugänglich sind. Von Vorteil sind kurze Wege, eine kostenlose Teilnahme und regelmäßige Termine, damit diese Zielgruppe angesprochen wird. Die älteren Menschen müssen keine besonderen Voraussetzungen und Kenntnisse für die Teilnahme mitbringen. Freude an Bewegung sowie soziale Teilhabe stehen im Gegensatz zu Leistung und Wettbewerb im Vordergrund.

Während der Projektphase und darüber hinaus zeigt sich, dass hauptsächlich die persönliche Ansprache, die Begegnung auf Augenhöhe sowie die Begleitung der älteren Menschen in verschiedenen Alltagssituationen Erfolg versprechend sind, um körperliche Aktivität anzuregen bzw. zu erhalten. Gute Erfahrungen mit generationsübergreifenden Angeboten zeigen die Praxisbeispiele der Mehrgenerationenhäuser. Auch ehrenamtliche Begleiter mit und ohne Migrationshintergrund können einen Teil dazu beitragen, bei allein lebenden älteren Menschen mit Gesprächen und durch Aufforderung zu gezielter Bewegung die geistige und körperliche Aktivität zu

erhalten bzw. zu steigern. Selbst begleitende Spaziergänge, die in einem weiteren Beispiel durchgeführt werden, können eine Möglichkeit darstellen, die Bewegung im Alltag zu fördern. Die Erfahrungen der Praxisbeispiele zeigen, dass Frauen für die Teilnahme an den Angeboten im Gegensatz zu älteren Männern leichter zu gewinnen sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nur die langfristige Begleitung der einzelnen Personen, der Projekte und Programme für eine Implementierung Erfolg versprechend ist. Ein gut funktionierendes Netzwerk von vorhandenen kommunalen Strukturen und bürgerschaftlichem Engagement bildet die Grundlage, um die Bewegungsförderung im Alltag der Älteren zu verankern. Andererseits können die Potenziale und Stärken älterer Menschen sinnvoll in verschiedene Projekte eingebracht werden. Die Qualifizierung der Begleitpersonen sowie der regelmäßige Austausch zwischen allen Beteiligten sind erforderlich.

Die Erfahrungen und Ergebnisse der fünf Modellvorhaben werden im Zentrum für Bewegungsförderung genutzt, um diese flächendeckend zu verbreiten. Alle Praxisbeispiele sind nach Ablauf der Projektzeit in den kommunalen Strukturen etabliert. Sie geben für andere Städte und Gemeinden hilfreiche Impulse, wie kommunale Bewegungsförderung umgesetzt werden kann. Das Thema Bewegungsförderung wird in Zukunft angesichts des demographischen Wandels im Rahmen breit angelegter Gesundheitsförderung noch an Bedeutung gewinnen.



Impulskonferenz Präventive Hausbesuche

Barbara Leykamm, Ref. 94

Impulskonferenz stellt erstmalig in Baden-Württemberg „Präventive Hausbesuche“ in den Mittelpunkt.

Der demographische Wandel fordert eine veränderte Perspektive auf gesundes und aktives Älterwerden. Gefragt sind differenzierte Altersbilder, die die präventiven Potentiale zur Verbesserung der Gesundheit Älterer in den Mittelpunkt stellen. Prävention und Gesundheitsförderung, die sich am konkreten Bedarf der Älteren orientieren, soziale Teilhabe fördern und besondere Lebenslagen mit und ohne sozialer Benachteiligung und Migrationshintergrund einschließen, verbessern die Chance auf möglichst viele Jahre in guter Gesundheit.

Im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg wird eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung gefordert, um die Entstehung chronischer Erkrankungen zu vermeiden oder hinauszuzögern und die Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu fördern. Ein Ziel dabei ist, ältere Menschen bei der Erhaltung bzw. Förderung ihrer Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter möglichst lange zu unterstützen. Verbesserte Rahmenbedingungen im kommunalen Umfeld tragen entscheidend zu einem gesunden Lebensstil im Alter bei. Einen wichtigen Beitrag für ein gutes Miteinander der Generationen in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens in der Kommune leistet das Bürgerschaftliche Engagement, welches in Baden-Württemberg eine lange Tradition hat.

Anlässlich der bundesweiten Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurde erstmalig in Baden-Württemberg das Handlungsfeld Präventive Hausbesuche im Rahmen einer Impulskonferenz näher beleuchtet. Die Konferenz wurde vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) geplant und mit finanzieller Unterstützung der BZgA und dem Zentrum für Bewegungsförderung Baden-Württemberg durchgeführt. Unter Präventiven Hausbesuchen werden in der Regel Angebote verstanden, die ältere Menschen in der häuslichen Umgebung zu Themen rund um Gesundheit, selbstständige Lebensführung und Krankheitsvermeidung informieren und beraten. Dabei wird angestrebt, bedarfsorientiert ein möglichst langes und selbstständiges Leben im Alter führen zu können.

Zur Vorbereitung der Konferenz hat das LGA die Erstellung einer Literaturübersicht zu Theorie und Praxis Präventiver Hausbesuche in Auftrag gegeben mit exemplarischen Erkenntnissen zu Umsetzbarkeit und Wirksamkeit aus Modellprojekten, Studien, Metaanalysen und Handbüchern.

Ziel der Impulskonferenz war es, dieses Handlungsfeld intensiv zu beleuchten und sowohl die wissenschaftlichen Grundlagen als auch die konkrete Praxis der Präventiven Hausbesuche vorzustellen. Mit der Darstellung Erfolg versprechender Praxisbeispiele aus Baden-Württemberg, anderen Bundesländern und der Schweiz sowie möglicher Schwierigkeiten bei der Implementierung und Verstetigung wurde eine Plattform geboten, eigene Erfahrungen weiterzugeben, von anderen zu lernen sowie Kooperationen und Vernetzung anzuregen. In Themeninseln wurden erste Eckpunkte für Qualitätskriterien diskutiert.

Die Konferenz hat deutlich gemacht, dass es derzeit zwar Belege für die grundsätzliche Wirksamkeit Präventiver Hausbesuche gibt, aber keine hinreichenden Belege für spezifische Erfolgsdeterminanten. Die vorgestellten Praxisbeispiele ließen die große Vielfalt der Ansätze erkennen, die gesundheitliche Prävention, körperliche Aktivierung, Hinauszögern von Pflegebedürftigkeit und Förderung von Selbstbestimmung beinhalten und vom bürgerschaftlichen Engagement bis zur professionellen kommunalen Sozialarbeit reichen.

Die Konferenzteilnehmer regten eine systematische Erprobung des Präventiven Hausbesuchs in einem baden-württembergischen Modellvorhaben an, welches die vorliegenden Erfahrungen reflektiert und wissenschaftlich begleitet wird. Zentrale Elemente dabei sind eine neutrale Koordinationsstelle in der Kommune sowie das Einbeziehen vorhandener professioneller Strukturen und Angebote, die die Vernetzung mit quartiersbezogenen, generationenübergreifenden Angeboten des Bürgerschaftlichen Engagements einschließen. Erfolg versprechend ist darüber hinaus, Präventive Hausbesuche in eine breit angelegte gesundheitsfördernde kommunale Strategie zu integrieren.

Die Dokumentation wird im Internet eingestellt unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Zentrum-fuer-Bewegungsfoerderung-ZfB/Seiten/Fachtagungen.aspx>.



Konzeption einer Fortbildung zur Krankenhaushygiene für Ärzte des ÖGD

Peter Weidenfeller, Doris Reick, Ref. 93

Entwicklung einer modulbasierten Fortbildungsreihe zur Krankenhaushygiene für Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Baden-Württemberg

Das Infektionsschutzgesetz sowie das Gesundheitsdienstgesetz des Landes weisen dem ÖGD eine wesentliche Rolle bei der Überwachung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen zu. Im Jahr 2011 hat die Bundesärztekammer infolge der Anforderungen verschiedener Krankenhaushygieneverordnungen der Länder ein eigenes Curriculum zur Fortbildung klinisch tätiger Fachärzte als Krankenhaushygieniker entwickelt, das dem steigenden Bedarf an Hygienekompetenz bei fehlenden Weiterbildungsstellen für Fachärzte in den Gebieten Hygiene und Mikrobiologie Rechnung tragen soll.

Zeitgleich zum Entwurf einer neuen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen plante daher das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) die Durchführung einer curricularen, ca. 160-stündigen Fortbildungsreihe zur Krankenhaushygiene in insgesamt zehn, über das ganze Jahr 2012 verteilten, zweitägigen Modulen, die inhaltlich weitgehend an das Curriculum der Bundesärztekammer angepasst, jedoch in Baden-Württemberg spezifisch für den ÖGD konzipiert sind.

Diese Fortbildung befasst sich mit infektionshygienischen und krankenhaustechnischen Themen, die im Kontakt mit Kliniken und Einrichtungen des ambulanten Operierens sowie bei den periodischen oder anlassbezogenen amtlichen Begehungen von grundsätzlicher Bedeutung sind. Sie dient somit dem Kompetenzerhalt der Ämter und soll auch den neu mit diesen Aufgaben betrauten Kollegen die Einarbeitung in die komplexe Thematik erleichtern. Alle Module finden im LGA statt und bieten neben der Darstellung verschiedener Themen durch Referenten aus dem ÖGD, aus Krankenhäusern und Hygiene-Instituten sowie freiberuflich tätigen Fachleuten (Architekten, Ingenieuren, Klinik- und Praxisplanern, Juristen, Pharmazeuten und Hygienefachpersonal) auch breiten Raum zur Diskussion.

Folgende Themen wurden als obligatorische Kursinhalte aufgenommen:

- Rechtsgrundlagen, Infektionsschutzgesetz, Hygieneverordnung
- Mikrobiologie und Epidemiologie von Krankenhausinfektionen
- Personalhygiene und Arbeitsschutz
- Nosokomiale Infektionen, Infektionsstatistik und Ausbruchmanagement
- Hausreinigung, Desinfektion und Sterilisationsverfahren
- Aufbereitung von Geräten, Instrumenten und Wäsche
- Hygienische Aspekte von Pflegetechniken
- Hygiene der Speisenversorgung im Krankenhaus
- Wasserversorgung, Legionellenprävention
- Hygienische Anforderungen und Hygienepläne für einzelne Funktionsbereiche
- Versorgung infektiöser Patienten
- Prävention der Weiterverbreitung multiresistenter Erreger
- Arzneimittelhygiene, Umgang mit Gefahrstoffen
- Entsorgung und Umweltschutz
- Hygiene in Arzt- und Zahnarztpraxen
- Behördliche Aufsicht, amtliche Begehungen

Die Inhalte werden praxisbezogen vermittelt und zum Teil in Kleingruppen anhand von Fallbeispielen und Planunterlagen besprochen und diskutiert. Die Fortbildung dient dazu, die Sachkunde bei der Durchführung der Überwachung medizinischer Einrichtungen zu verbessern und das bereits erworbene Wissen zu aktualisieren. Einbezogen sind somit auch Vorträge zur Hygiene in der ambulanten Versorgung einschließlich der ambulant operierenden Einrichtungen. Die amtliche Begehung von Kliniken und Praxen wird mittels Beispielen, Protokollen und Checklisten dargestellt. Einzelne Bereiche wie Klimatechnik der Krankenhäuser, Krankentransport und Labordiagnostik werden in Kleingruppen vor Ort besichtigt.

Aus den Rückmeldungen der Organisatoren, Referenten und Kursteilnehmer wird zum Jahresende 2012 eine Evaluation erstellt, deren Schlussfolgerungen bei der Umsetzung des ggf. zu überarbeitenden Curriculums im Jahr 2013 berücksichtigt werden.



Ein Jahrzehnt im Rückblick – Infektionsbericht 2001-2010

Anja Diedler, Günter Pfaff, Ref. 95

Seit Einführung des IfSG im Jahr 2001 werden die Meldedaten vergleichbar. Anlass für einen Überblick.

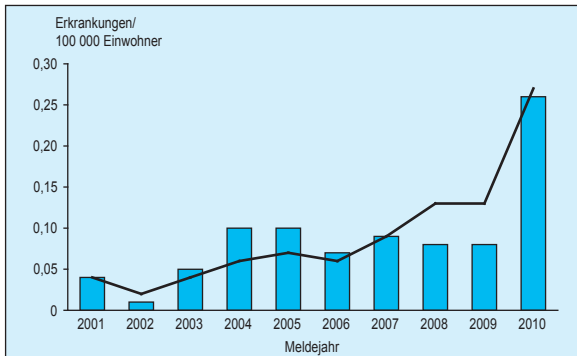
Diesen Überblick verschafft der 2011 erstellte Bericht „Infektionskrankheiten aus 10 Jahren“. Die Übermittlung von Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten aus den Stadt- und Landkreisen über die Landesstelle im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) an das Robert Koch-Institut schafft die Grundlage für die Beobachtung des Krankheitsgeschehens zu Infektionskrankheiten in der Bevölkerung.

Für diesen Bericht wurden Entwicklungen des Infektionsgeschehens in Baden-Württemberg über die

Jahre 2001-2010 analysiert, beschrieben und grafisch aufbereitet. Viele Gründe sorgten in den zehn Jahren für Veränderungen in den Meldedaten: Tatsächlich veränderte Meldezahlen, verbesserte Diagnoseverfahren, neue meldepflichtige Erkrankungen sowie Gesetzesänderungen.

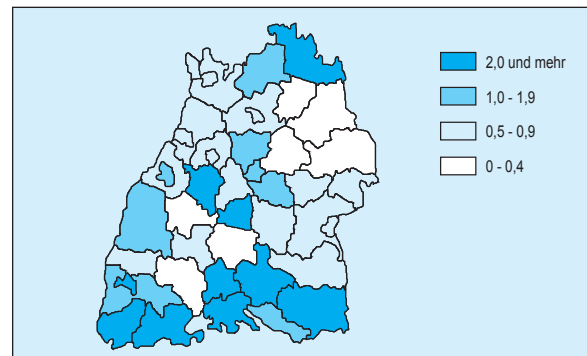
Ausgewählte Häufungen, die in den letzten Jahren in Baden-Württemberg auftraten, werden beschrieben. Die Berichte sind Arbeitsergebnisse des LGA und der Gesundheitsämter vor Ort.

Der Bericht ist unter www.gesundheitsamt-bw.de auf der Startseite im Internet abrufbar.



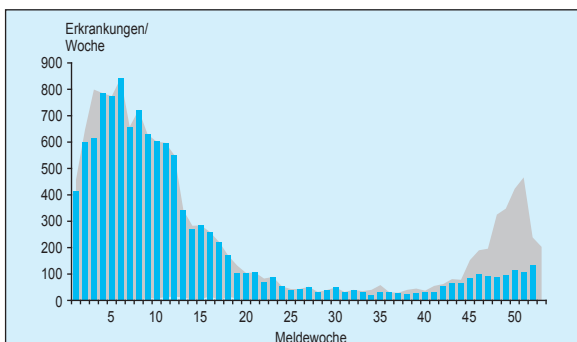
Hepatitis E-Erkrankungen pro 100 000 Einwohner, Baden-Württemberg (Säulen) und Deutschland (Linie)

Die Anzahl der jährlich übermittelten Neuerkrankungen in Baden-Württemberg wird, bezogen auf Fälle pro 100 000 Einwohner, als Säulendiagramm dargestellt. Eine Linie ermöglicht den Vergleich mit der Entwicklung in Deutschland.



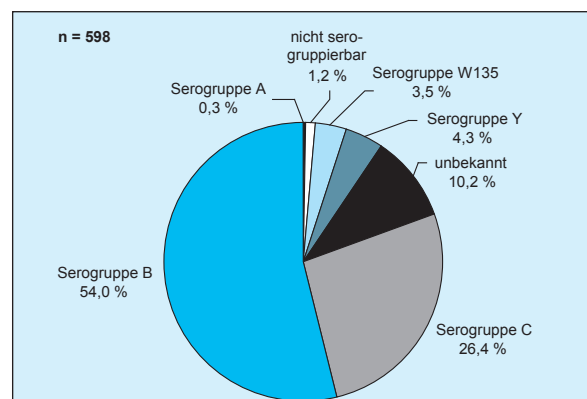
Masernerkrankungen pro 100 000 Einwohner, gemittelt über die Jahre 2001-2010

Zu einigen Erkrankungen veranschaulichen kreisbezogene Karten die geografische Verteilung im Land und zeigen Häufungen, wie sie in den letzten Jahren in Baden-Württemberg auftraten. Die Kreiskarten ergänzen Tabellen zu den Übermittlungen aus den Stadt- und Landkreisen.



Norovirus-Erkrankungen nach Meldewochen; Säulen: Anzahl übermittelter Erkrankungen 2010, graue Fläche: Übermittlungen der Jahre 2001-2010

Viele Erkrankungen folgen einem Jahresgang. Diese Darstellung nach Meldewochen erlaubt den direkten Vergleich von Magen-Darm-Erkrankungen durch Noroviren mit der Streubreite der Häufigkeiten in den Jahren 2001-2010.



Meningokokken-Erkrankungen nach Serogruppen, Baden-Württemberg 2001-2010

Übersichten zu den Anteilen besonderer Merkmale wie Serogruppen, Infektionsländer, Impfungen und Infektionsrisiken werden u. a. als Tortendiagramm dargestellt.



Weniger Früherkennungsuntersuchungen bei Migrantenkindern

Iris Kompauer, Ref. 95

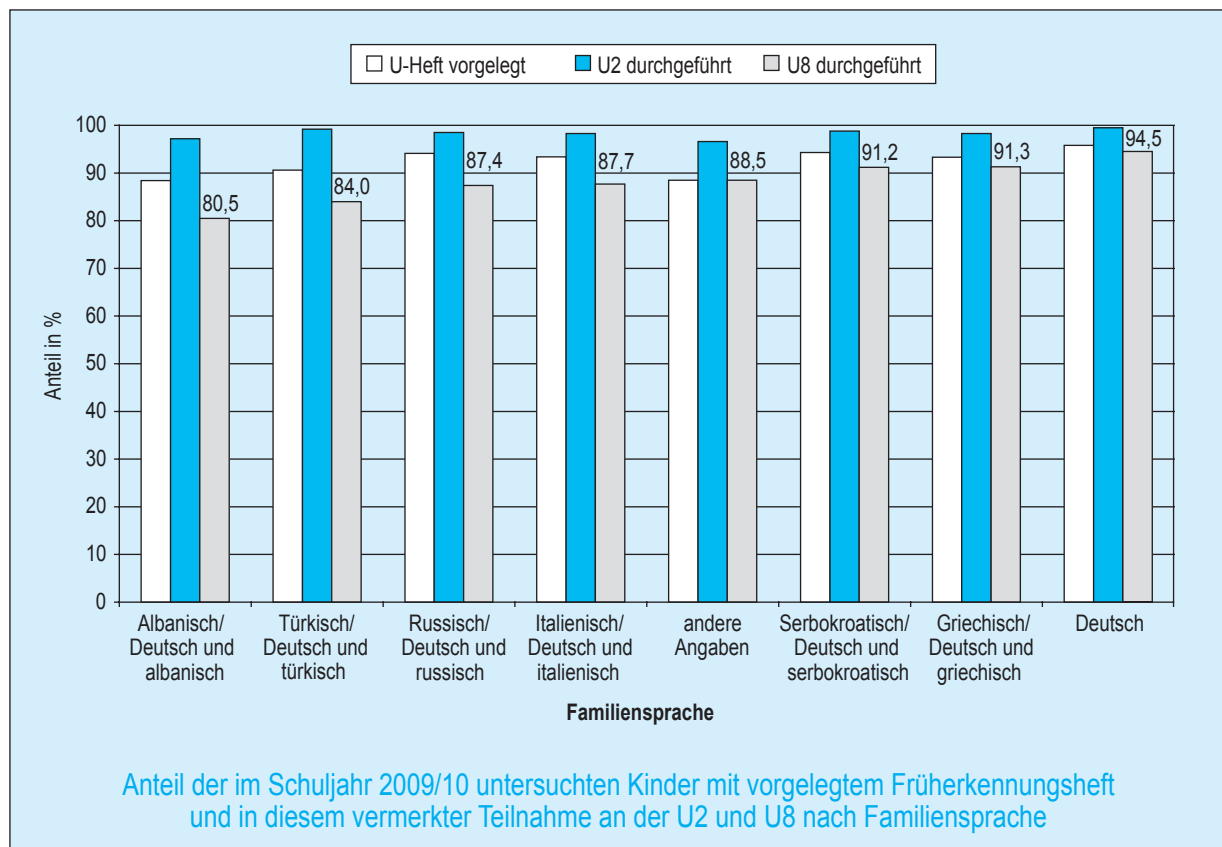
Früherkennungsuntersuchungen werden von Kindern mit Migrationshintergrund seltener wahrgenommen. Dieses Ergebnis der Einschulungsuntersuchungen weist auf einen gezielten Aufklärungs- und Informationsbedarf bei diesen Bevölkerungsgruppen hin.

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder dienen dazu, gesundheitliche Probleme und Auffälligkeiten rechtzeitig zu erkennen. Von den kurz als U1 bis U9 bezeichneten Untersuchungen erfolgt die U8 als vorletzte zwischen dem 46. und 48., spätestens jedoch im 50. Lebensmonat. Bei der Einschulungsuntersuchung sind die zukünftige Schulanfänger im Mittel 60 Monate alt, so dass die U8 bereits bei allen Kindern erfolgt sein sollte.

Eine Auswertung der von den im Schuljahr 2009/10 untersuchten Kindern vorgelegten Früherkennungshefte („Gelbes Heft“) zeigt, dass die U8 deutlich seltener wahrgenommen wurde, wenn das Kind einen Migrationshintergrund hat. Hinweise hierauf gibt die Familiensprache, die mit dem Kind während der ersten drei Lebensjahre vorwiegend gesprochen wurde. Die

zwischen dem dritten und zehnten Lebensstag vorgesehene U2 wird je nach Familiensprache bei 96,6 bis 99,5 % der Kinder durchgeführt. Bei den folgenden Untersuchungen sinkt die Teilnahme von Kindern mit Migrationshintergrund deutlich stärker als bei ausschließlich deutsch sprechenden Kindern. Von diesen waren nach dem Früherkennungsheft 94,5 % bei der U8, während dies nur bei 80,5 % der Kinder mit albanischer und bei 84 % der Kinder mit türkischer Familiensprache der Fall war. Das Früherkennungsheft von Kindern mit Migrationshintergrund wurde auch seltener vorgelegt (s. Abbildung). Es muss damit gerechnet werden, dass die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern ohne vorgelegtem Früherkennungsheft seltener durchgeführt wurden. Dadurch könnte bei Kindern mit Migrationshintergrund eine noch geringere Untersuchungsquote vorliegen, als sich nach Auswertung der Früherkennungshefte ergibt.

Diese Ergebnisse weisen auf einen Aufklärungsbedarf über die Früherkennungsuntersuchungen bei Familien mit Migrationshintergrund hin.



Schulkinder haben immer bessere Zähne

Günter Pfaff, Ref. 95

Die Zähne von Kindern in Baden-Württemberg werden immer besser. Von 1994-2011 hat sich der Anteil der sechs- bis siebenjährigen Erstklässler mit behandlungsbedürftiger Karies praktisch halbiert. Das ergab eine landesweite epidemiologische Untersuchung.

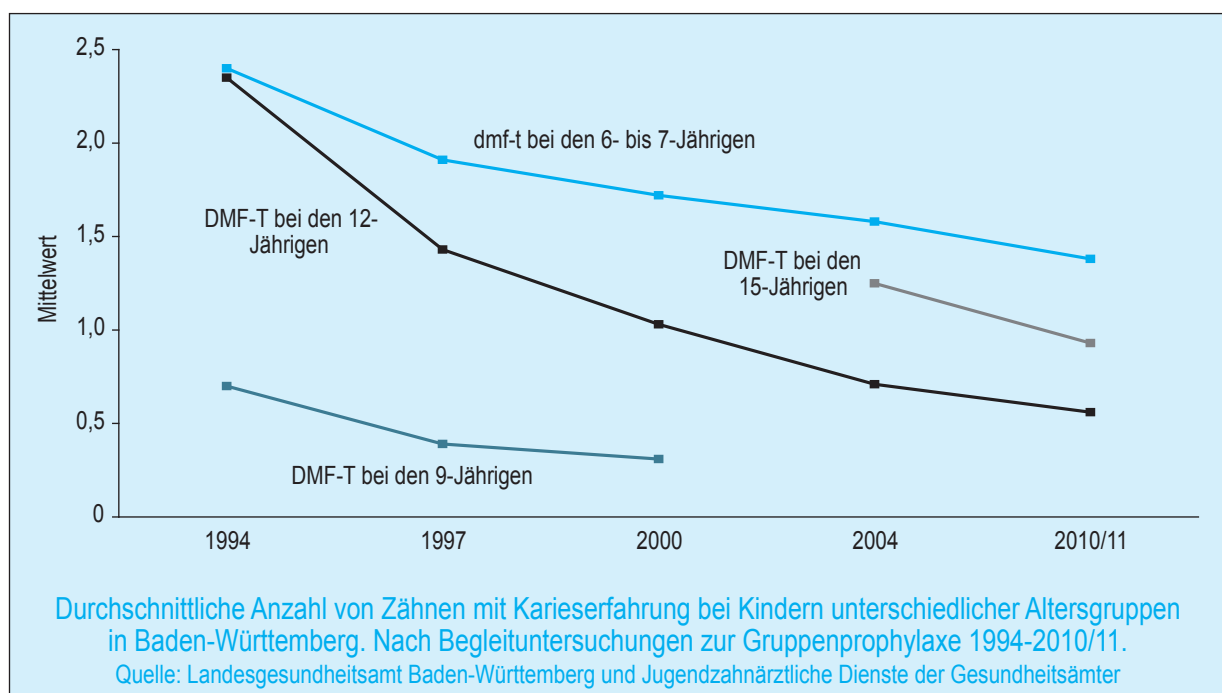
Jugendzahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes untersuchen regelmäßig Schulkinder und klären gemeinsam mit Mitarbeitern regionaler Arbeitsgemeinschaften über Vorsorgemaßnahmen zur Zahngesundheit auf. Zur Erfolgskontrolle dieser Gruppenprophylaxe untersuchten 17 besonders ausgewählte Zahnärzte zwischen Oktober 2010 und März 2011 in 59 Grund- und Sonderschulen insgesamt 2 196 sechs (n=1 544) oder sieben Jahre alte Kinder der ersten Klassenstufe und notierten, wieviele Zähne durch Karies beschädigt (englisch: „decayed“), wegen Karies entfernt („missing“) oder durch Füllung behandelt („filled“) waren. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg wertete die anonym aufgezeichneten Zählungen und deren Summe („total“) zum hieraus abgeleiteten dmf-t-Index aus.

Unter den sechs- bis siebenjährigen Erstklässlern hatten 60,9 % naturgesunde Milchzähne. Durchschnittlich wurden 1,38 in Folge von Karies beschädigte, fehlende oder gefüllte Zähne gesehen. Der Anteil der Schüler mit naturgesunden bleibenden Zähnen stieg seit 1994 von 94,2 % auf 97,9 %.

Neben mehr kariesfreien Kindern gibt es auch weniger Kinder mit vielen Kariesschäden. In den letzten

Jahren verbesserte sich auch der Kariesbefall bei dem Drittel der Kinder mit den höchsten Karieswerten: der Significant Caries Index (SiC_{dmf-t}) sank von 4,54 im Jahr 2004 auf nunmehr 3,97. Der Anteil vollständig sanierter Gebisse stieg auf 16,4 %. In den 16 Jahren seit 1994 hat sich der Anteil der sechs- bis siebenjährigen Kinder mit behandlungsbedürftiger Karies von 46,6 % auf 23,4 % praktisch halbiert. Jedoch bleibt der Anteil der durch Füllung behandelten kariösen Milchzähne mit 63,9 % hinter den Möglichkeiten zurück. Denn auch kariöse Milchzähne sollten behandelt werden. Neben der Kaufunktion sind sie als Platzhalter für bleibende Zähne wichtig. Werden sie wegen Karies zu früh zerstört oder müssen sie gar gezogen werden, kann es zu Platzmangel kommen. Dann wird eine kieferorthopädische Behandlung erforderlich.

Die Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe bestätigen es: Zahnärztliche Präventionsmaßnahmen sind erfolgreich und haben zu einer deutlichen Verbesserung der Zahngesundheit geführt. Dabei sollte eine Steigerung des Sanierungsgrads im Milchgebiss verfolgt werden. Die kontinuierliche und standardisierte Dokumentation der Zahngesundheit ermöglicht es, Risikogruppen zu erkennen und vorhandene Mittel und Ressourcen effizient einzusetzen. Die Abbildung zeigt die Entwicklung des Kariesindex im Milchgebiss von Sechs- bis Siebenjährigen sowie im bleibenden Gebiss (DMF-T) bei älteren Kindern seit 1994.



Änderung der Trinkwasserverordnung 2001

Doris Reick, Ref. 93

Die Änderung der Trinkwasserverordnung vom 21.05.2001 (TrinkwV 2001) ist am 01.11.2011 in Kraft getreten. Die wesentlichen Änderungen werden beispielhaft erläutert.

Seit 1959 gibt es in Deutschland eine „Trinkwasseraufbereitungsverordnung“, die immer wieder dem Stand der Wissenschaft und den allgemein gültigen Regeln der Technik angepasst wurde. Am 01.01.2003 trat die novellierte Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001) in Kraft. Nach mehr als acht Jahren war eine Anpassung an die Vorgaben der EU-Richtlinie, an Regelungen, die sich in der Praxis nicht bewährt haben und eine Klarstellung in einigen Punkten notwendig. Seit dem 01.11.2011 gibt es daher nun eine geänderte geltende Fassung der TrinkwV 2001.

Hausinstallationen sind auch „Wasserversorgungsanlagen“

Während die Trinkwasserqualität in Hausinstallationen bislang nur in öffentlichen Gebäuden von amtlicher Seite ins Visier genommen wurde, wird der aus gesundheitspolitischer Sicht wichtige Parameter Legionellen nun klar geregelt. Insbesondere die jährliche Untersuchungspflichten für den „Unternehmer oder sonstigen Inhaber“ einer Warmwasser-Installation wurden neu definiert. Dies bedeutet eine Untersuchungspflicht auch für gewerblich genutzte Liegenschaften (ab einem Dreifamilienhaus), welche als Wohnraum vermietet sind und deren Warmwas-

seraufbereitung die Definition einer Großanlage erfüllen (> 400 l Warmwasserspeicher oder > 3 l Leitungsvolumen). Außerdem besteht eine Anzeigepflicht für solche Anlagen an das zuständige Gesundheitsamt und eine unverzügliche Anzeigepflicht bei Überschreitung des Maßnahmewertes, der neu eingeführt worden ist und der bei 100 KBE Legionella/100 ml liegt.

Uran, Cadmium

In der jetzt geltenden Fassung wurde Uran erstmals mit einem Grenzwert von 0,010 mg/l belegt, der niedriger als der von der WHO vorgeschlagene Richtwert ist. Außerdem wurde der Grenzwert von Cadmium von 0,0050 mg/l auf 0,0030 mg/l gesenkt.

Auswirkungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Die Wasserversorgungsgebiete wurden neu strukturiert und eine zusätzliche Berichtspflicht für Wasserversorgungsanlagen eingeführt, die > 10 m³ Trinkwasser pro Tag oder an 50 versorgte Personen abgegeben. In der älteren Fassung der TrinkwV galt eine Berichtspflicht erst ab 1 000 m³ abgegebenem Trinkwasser pro Tag oder 5 000 versorgten Personen, wobei an die EU weiterhin nur diese Wasserversorgungen berichtet werden. Außerdem sind vom Gesundheitsamt Probenahmepläne für jedes Wasserversorgungsgebiet im Vorhinein zu erstellen, die die festgelegte Häufigkeit von Analysen, den Untersuchungsumfang und den Untersuchungszeitpunkt sowie die Probenahmestellen festlegen.

Amtliche Untersuchungen durch die Gesundheitsämter sind nun zwingend einmal jährlich durchzuführen von einem Labor, dass nicht die Betreiberuntersuchungen vorgenommen hatte. Bisher konnte die amtliche Untersuchung entfallen und stattdessen eine Prüfung der Niederschriften erfolgen.

In der jetzt geltenden Fassung der TrinkwV2001 wird dem Gesundheitsamt eine Flexibilisierung der Maßnahmen bei einer Grenzwertüberschreitung für Indikatorparameter ermöglicht, da die vorherige 30-Tage-Frist entfällt. Dies gilt auch für die coliformen Bakterien, die als Indikatorparameter neu in die Anlage 3 Teil 1 aufgenommen wurden.



Trinkwasser

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Holger Knebel, Iris Zöllner, Günter Pfaff, Ref. 95; Daniela Krämer, LS (bis 07/2011 Ref. 95/LGA)

Der Gesundheitsatlas erleichtert den Zugang zu Gesundheitsdaten auf Kreisebene via Internet und bietet die Möglichkeit, sich einen Überblick über die Daten zu vielen verschiedenen Themen zur Bevölkerungsverteilung, zum Krankheitsgeschehen, zur Sterblichkeit und zu Versorgungsaspekten in Baden-Württemberg zu verschaffen.

Der Gesundheitsatlas ist eine interaktive, auf Baden-Württemberg bezogene Datenpräsentation im Internet, die für Interessenten in der Bevölkerung und (politische) Entscheidungsträger Informationen zur Gesundheit in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs zur Verfügung stellen soll, und die seit Ende 2011 unter www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Gesundheitsthemen/Gesundheitsberichterstattung/Gesundheitsatlas/Seiten/default.aspx erreichbar ist.

Das Informationsangebot umfasst sowohl die kartographische Darstellung von Daten zu wichtigen Gesundheitsthemen, wie z. B. zur Bevölkerung, Lebenserwartung, Sterblichkeit und Versorgung mit Ärzten in den Stadt- und Landkreisen. Ein Beispiel ist in der Abbildung mit der Verteilung der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, jeweils bezogen auf 100 000 Einwohner, dargestellt. Zu den einzelnen Themenbereichen kann neben der Karte auch die Rangfolge der Stadt- und Landkreise im Hinblick auf das jeweilige Gesundheitsthema betrachtet werden.

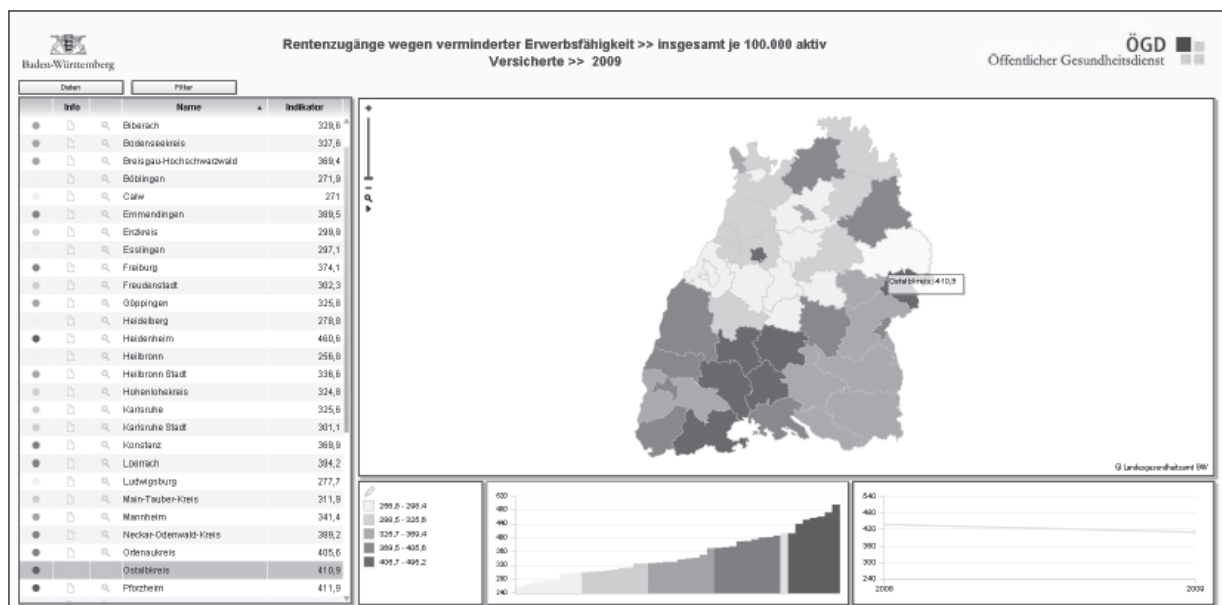
Auch die zeitliche Entwicklung zu einem bestimmten Thema über die vergangenen Jahre kann für jeden Kreis in einem Grafikfeld abgerufen werden. Durch Berühren der einzelnen Kreisgebiete erfährt man den Namen des Kreises und den jeweiligen Zahlenwert zum Thema (s. Abbildung).

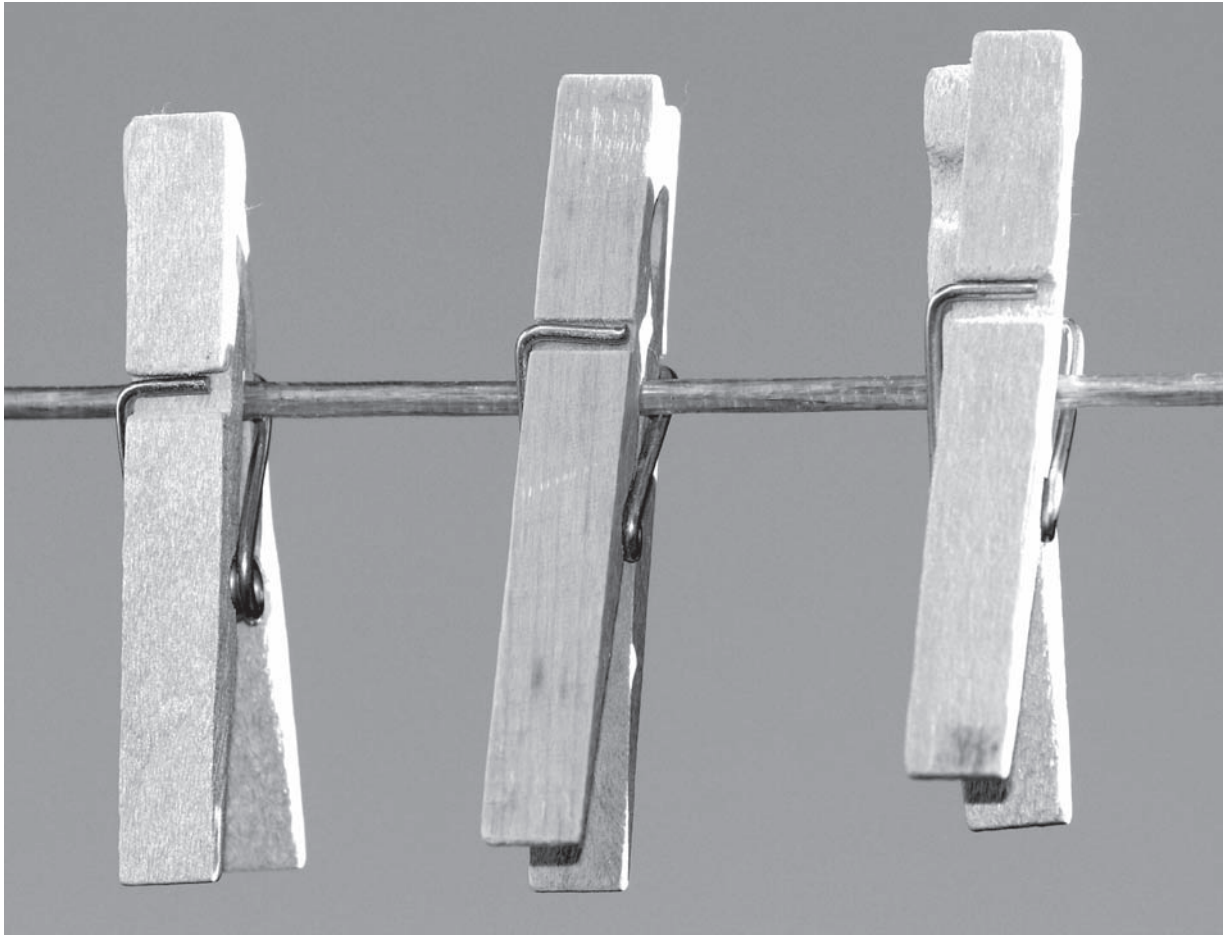
Es besteht außerdem die Möglichkeit, bei Bedarf die dargestellten Daten in Tabellenform im Excel-Format herunterzuladen und z. B. für Vergleichs- oder Bedarfsplanungszwecke zu verwenden. So können u. a. Angaben zu folgenden Themen auf Kreisebene verglichen werden: Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Bevölkerung, Durchimpfungsgrad gegen Masern, vollstationäre Krankenhausfälle je 100 000 Einwohner, Pflegebedürftige je 100 000 Einwohner, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Versorgung mit Hausärzten, Sterblichkeit je 100 000 Einwohner, Suizidsterbefälle oder Sterblichkeit durch Lungenkrebs im Alter unter 65 Jahren.

Die Visualisierung der Daten in dieser leicht zugänglichen Form soll den Dialog zwischen Bürger und Politik über den Gesundheitsstandort Baden-Württemberg sowie den Informationsaustausch anhand von Daten dazu erleichtern und nicht zuletzt den Kommunen Grundlagen zur Gesundheitsplanung an die Hand geben.



Qualitätssicherung





Anhang

Stand: 17.02.2012

ORGANISATIONSPLAN Regierungspräsidium Stuttgart

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

Stabsstelle
RD Hegmann 904-10012
Bürgerreferent
AR Dr. Homoth-Kohls
904-10022

Personelles Büro
RR in Jörn
904-10004

Pressesprecher
RD Dr. Zsar
904-10020

REGIERUNGSPRÄSIDENT
Schmalzli
904-10000/10001

REGIERUNGSVIZEPRÄSIDENT
Dr. Schneider
904-10010/10011

Wirtschaftsbeauftragter
AbD Heckhausen
904-12400

Beauftragte für Chancengleichheit
OAR in Kupler-Maier
904-10050

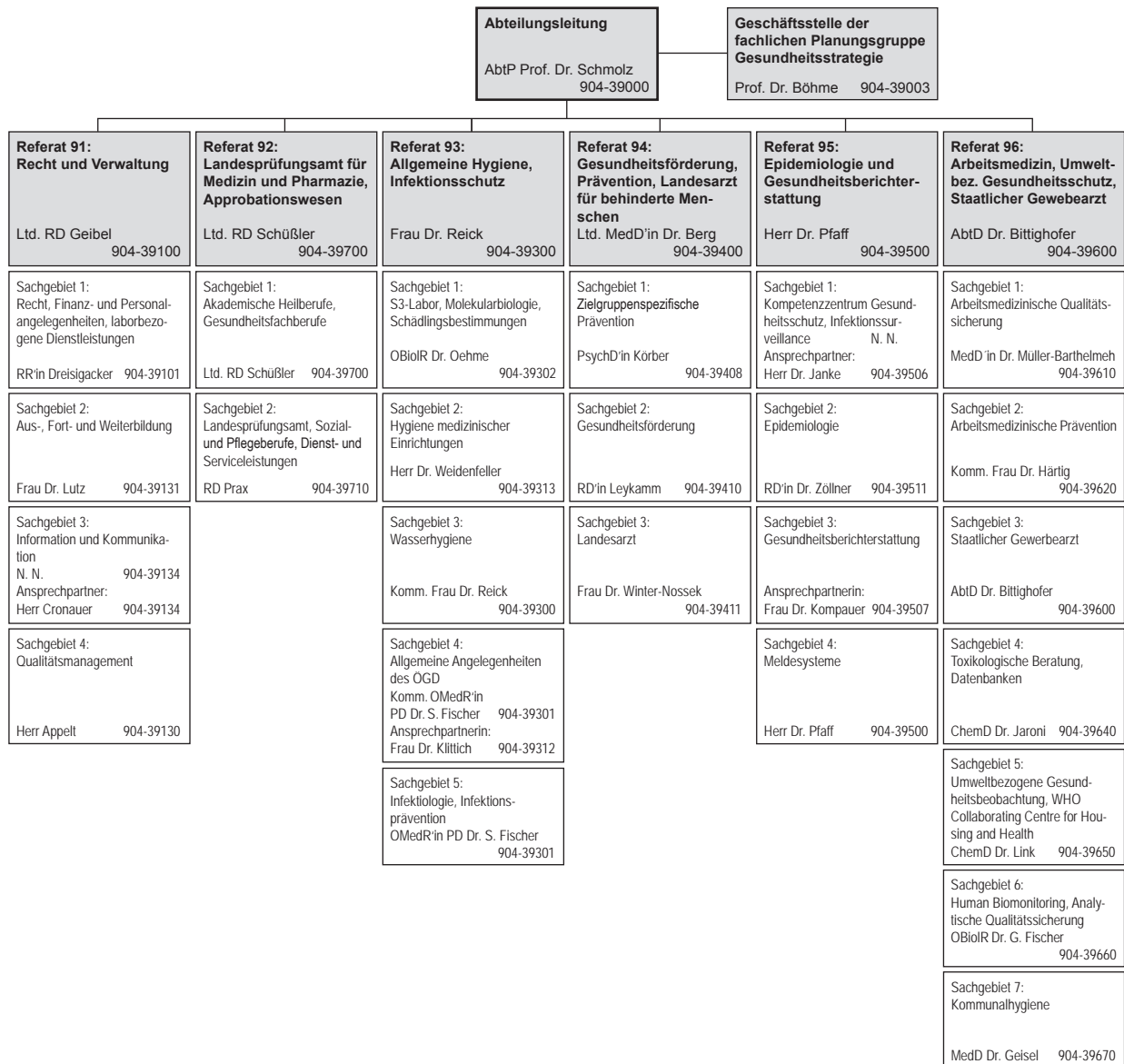
Personalratsvorsitzender
PHK Decker
904-10065

Vertrauensperson der Schwerbehinderten
RA Hahn
904-13114

Abteilung 1 Steuerung und Verwaltung	Abteilung 2 Wirtschaft und Infrastruktur	Abteilung 3 Landwirtschaft, Ländlicher Raum, Veterinär- und Lebensmittelwesen	Abteilung 4 Straßenwesen und Verkehr	Abteilung 5 Umwelt	Abteilung 6 Landespolizeidirektion	Abteilung 7 Schule und Bildung	Abteilung 8 Landesamt für Denkmalpflege	Abteilung 9 Landesgesundheitsamt	Abteilung 10 Landesversorgungsamt
Regierungspräsident Dr. Schneider 904-10010	AR/Pr. Bühler 904-12000	AR/Pr. Dr. Metzger 904-13000	AR/Pr. Heyd 904-14000	AR/Pr. Lürcher 904-15000	AR/Pr. Hill 904-42000	AR/Pr. Eberspächer 904-17000	AR/Pr. Prof. Dr. Wolf 904-45100	AR/Pr. Prof. Dr. Schmels 904-39000	AR/Pr. Fink 904-11000
Lfd. RD Dr. Mayer 904-11100	21 Raumordnung, Baurecht, Denkmalschutz AR/Pr. Nütts 904-12100	31 Recht und Verwaltung, Bildung AR/Pr. Winder 904-13100	41 Recht und Verwaltung, Grundvererb Lfd. RD Schenk 904-14100	51 Recht und Verwaltung RD in Wäppler 904-15100	61 Recht und Verwaltung RD Baumann 90-44100	71 Rechts- und Verwaltungsgelangenheiten der Schulen AR/Pr. Freiser 904-17100	81 Recht und Verwaltung RD Hill 904-45150	91 Recht und Verwaltung Lfd. RD Gebel 904-39100	101 Recht und Verwaltung Lfd. RD Schwamin 904-11010
12 Personal Lfd. RD in Bieger-Schmidt 904-11200	22 Stadtplanung, Gewerbe-recht, Presecht Lfd. RD Reiser 904-12200	32 Betriebswirtschaft, Aparthofe-rung und Strukturentwicklung Lfd. LWD Stark 904-13200	42 Steuerung und Baufinanzen, Verdingungswesen AR/Pr. Schenwälder 904-14200	52 Gewässer und Boden Lfd. BD Hofmann 904-15200	62 Polizeirecht Lfd. RD Groß 904-44000	72 Personal- und Verwaltungsgelangenheiten der Lehrkräfte Lfd. RD Gayer 904-17200	82 Fachliche Grundlagen, Inventarisierung, Bauforschung HKone in Dr. Plate 904-45226	92 Landgesundheitsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen Lfd. RD Scauber 904-39200	102 Ärztliche und pharmazautische Angelegenheiten Lfd. Med/Dr. Dr. Bühn-Kudlbok 904-11020
13 Haushalt, Controlling Lfd. RD Digel 904-11300	23 Kulturelle und soziale Infrastruktur, Krankenhausfinanzierung, Preispolitik für das öffentliche Bildungs- und Kulturwesen Lfd. RD Kobas 904-12300	33 Pflanzliche und tierische Erzeugung Lfd. LWD Ruz 904-13300	43 Ingenieurbau Lfd. BD Frenzl 904-14300	53.1 Gewässer i. Ordnung, Hochwasserschutz, Gebel Süd Lfd. BD Stork 904-15300	63 Polizeiarztlicher Dienst Lfd. MedD Groß 904-42400	73 Lehrereinstellung und Bedarfsplanung N. N. 904-17300	93 Allgemeine Hygiene, Infektionsschutz Frau Dr. Reick 904-39300	103 Verfahren nach dem SGG AR/Pr. Spau 904-11030	
14 Kommunal- und Sparkassenwesen, Feuerwehr und Katastrophenschutz AR/Pr. König 904-11400	24 Recht, Planfeststellung AR/Pr. Heckhausen 904-12400	34 Markt und Ernährung, Futtermittelüberwachung Lfd. VdD Dr. Römer 904-13500	44 Stadtplanung Lfd. BD Holzwarth 904-14400	53.2 Gewässer i. Ordnung, Hochwasserschutz, Gebiet Nord Lfd. BD Siegle 904-15312	64 Führung und Einsatz Lfd. RD Niehng 904-43000	74 Grund-, Weikraut-, Haupt-, Real- und Sonderschulen Lfd. RSD Riefler 904-17400	94 Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behindernde Menschen Lfd. Med/Dr. Berg 904-39400	104 Versorgungszentraler Dienst Lfd. Med/Dr. Dr. Rauch 904-11056	
15 Eingliederung, Ausländerrecht N. N. 904-11500	25 Wirtschaftsförderung, Informationszentrum Patente, Design Center Stuttgart BD Janhke 123-2807	35 Veterinärwesen, Lebensmittelüberwachung Lfd. VdD Dr. Römer 904-13500	45 Straßenbau und Verkehrstechnik BD Kvielsen (komm.) 904-14500	54.1 Industriehilfs- und Schwerpunktluftreinhaltung Lfd. RD Obermüller 904-15400	65 Kriminalitätsbekämpfung KD Tietzow 904-43400	75 Allgemein bildende Gymnasien AR/Pr. Kiper 904-17500	95 Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung Herr Dr. Pfeiff 904-39500	105	
	26 Landesamt für Ausbildungsförderung RD Sammler 904-12600		46 Verkehr Lfd. RD Liesche 904-14600	54.2 Industriehilfs-Kommunen Schwerpunkt Adalid Lfd. GD Mechatra 904-15418	66 Polizeitechnik PD Müller 904-43300	76 Berufliche Schulen Lfd. RSD in Andersen 904-17600	96 Arbeitsmedizin, Umweltschutz, Gesundheitsberichterstattung AR/Pr. Gernhardt AR/Pr. Belpfner 904-39600		
			47.1 Baureferat Nord Lfd. BD Gantenmaier 07131 64-37300	54.3 Industriehilfs-Schwerpunkt Adgangsschicht Lfd. GD Paukstat 904-15480	77 Qualitätsicherung und -entwicklung, Schulpsychologie Lfd. RSD Dr. Rhein 904-43700				
			47.2 Baureferat Ost Lfd. BD Miller 07961 81-600	54.4 Industriehilfs-Schwerpunkt Schwerpunkt Arbeitsschutz Lfd. GD Maxion 904-15457					
			47.3 Baureferat Süd BD Dittmann 07161 857-229	55 Industriehilfs-Schwerpunkt Adgangsschicht Lfd. GD Paukstat 904-15480					
			47.4 Baureferat West Lfd. BD Christopf 904-14721	55 Arbeitsschutz - Recht- Lfd. Strale 904-15500					
				56 Arbeitsschutz und Land-schaftspflege LKone Wolf 904-15600					
				57 Chemikalien- und Produktis-cherheit, Marktüberwachung GD Dr. Graber 904-15700					

Organisationsplan der Abteilung 9/Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart

Stand: 30.04.2012



Aufgaben der Abteilung im Überblick



Abteilung 9: Landesgesundheitsamt

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) ist fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Baden-Württemberg. Schwerpunkte sind bevölkerungsbezogene präventivmedizinische Aufgaben in der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung sowie im Gesundheitsschutz.

Darüber hinaus sind dem LGA die Aufgaben des Landesarztes für behinderte Menschen, des Staatlichen Gewerbearztes und des Landesprüfungsamtes für medizinische Ausbildungen und Berufe zugeordnet. Die Aufgaben werden überwiegend landesweit wahrgenommen.

Das LGA

- berät das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (SM) und andere Landesministerien, Behörden und Institutionen in Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens,
- sammelt dazu wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen,
- wertet Untersuchungs- und Forschungsprogramme aus,
- führt Untersuchungen und Forschungsprojekte durch,
- entwickelt Konzepte und Strategien,
- unterstützt und begleitet Modellprojekte und Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- hält ein Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot vor.

Im Rahmen des Verwaltungsstruktur-Reform-Gesetzes ist das vormals als eigenständige Fachbehörde im Geschäftsbereich des SM angesiedelte LGA seit 2005 als Abteilung 9 in das Regierungspräsidium Stuttgart (RPS) eingegliedert. Die fachlichen Aufgaben blieben dabei in vollem Umfang erhalten. Auch im RPS wird das LGA in der Rechtsform eines Landesbetriebs gemäß § 26 LHO weitergeführt.

Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe Gesundheitsstrategie

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

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

- Bearbeitung von ausgewählten, referatsübergreifenden fachlichen Themen,
- Mitwirkung beim Ausbau des LGA zur fachlichen Drehscheibe der Gesundheitsstrategie,
- fachliche Unterstützungsleistungen bei der Umsetzung der Gesundheitsstrategie.

Die Geschäftsstelle ist der Abteilungsleitung direkt zugeordnet.

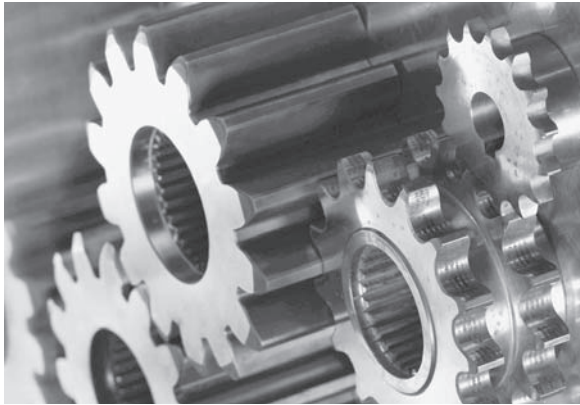
Ansprechpartner

Abteilungsleitung

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

Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe

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



Referat 91: Recht und Verwaltung

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

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

Im Sachgebiet sind zentrale und referatsübergreifende Aufgaben angesiedelt, insbesondere

- allgemeine Rechtsangelegenheiten, Erstellung von Vertragswerken, Abwicklung von Widersprüchen,
- Budgetverantwortung, -planung und -verwaltung mit Darstellung des Jahresabschlusses,
- Personalangelegenheiten der Abteilung 9,
- Vertriebsangelegenheiten,
- Gebührenwesen (LHO, GÖA, GOZÄ),
- Laboreinkauf,
- Medizinische zentrale Labordienste,
- Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- Bauangelegenheiten,
- Organisations- und Koordinationsaufgaben sowie Servicedienstleistungen innerhalb der Abteilung 9,
- Technisches Gebäudemanagement (TGM; in Zusammenarbeit mit Referat 11); durch die hochkomplexe Technik und Anpassung an den modernen Standard sowie die Einrichtung eines S3-Labors für hochkontagiöse Infektionserreger ist im TGM die Gebäudeleittechnik zu einem neuen Aufgabenschwerpunkt geworden.

SG 2: Aus-, Fort- und Weiterbildung

Das Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot gewinnt weiter an Bedeutung. Es umfasst

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

SG 3: Information und Kommunikation

- Technische Beratung
- Technische Unterstützung der fachspezifischen Internetauftritte des LGA (einschließlich der technischen Administration des Contentmanagement-Systems)
- Einrichtung, Betreuung und Weiterentwicklung aller Fachanwendungen in der Abteilung 9 (z. B. Informationssysteme für das Labor und für den Staatlichen Gewerbearzt)
- Telekommunikation (TK-Anlage, Telekommunikationsgeräte)
- Systembetrieb Bürokommunikation
- SAP R/3-Schnittstellen

SG 4: Qualitätsmanagement

- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems im abteilungseigenen akkreditierten Laborbereich
- Unterstützung der abteilungsinternen Steuerung in den Bereichen Produktplan, Jahresarbeitsplanung und Zielvereinbarungen (zwischen SM als Fachressort und dem RPS)
- Abteilungsinterne, referatsübergreifende fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit:
 - Unterstützung der Fachreferate bei der Erstellung von Fachpublikationen
 - Gesamtreaktion der fachbezogenen Internetauftritte
 - Gesamtreaktion des Jahresberichts

Ansprechpartner

Referatsleitung

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

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

Andrea Dreisigacker
Tel. 0711 904-39101
andrea.dreisigacker@rps.bwl.de

SG 2: Aus-, Fort- und Weiterbildung

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

SG 3: Information und Kommunikation

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

SG 4: Qualitätsmanagement

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



Referat 92: Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen

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

- Als Landesprüfungsamt obliegt ihm die verwaltungsmäßige Betreuung der Studiengänge für die akademischen Heilberufe Ärzte, Zahnärzte, Apo-

theker, Psychotherapeuten und Lebensmittelchemiker. Daher erhalten die Studenten dieser Fachrichtungen vom RPS z. B. die Anrechnungen verwandter Studienleistungen, die Zulassungen zu den einzelnen Prüfungen an den jeweiligen Universitäten des Landes und bei Bestehen die staatlichen Prüfungszeugnisse.

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

Ansprechpartner

Referatsleitung

Gerhard Schüßler
Tel. 0711 904-39700
gerhard.schuessler@rps.bwl.de

SG 1: Akademische Heilberufe, Gesundheitsfachberufe

Gerhard Schüßler
Tel. 0711 904-39700
gerhard.schuessler@rps.bwl.de

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

Friedbert Prax
Tel. 0711 904-39710
friedbert.prax@rps.bwl.de



Referat 93: Allgemeine Hygiene, Infektionsschutz

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

Der Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Baden-Württemberg ist eine zentrale Aufgabe des Referates.

Trotz der guten medizinischen Fortschritte treten immer wieder alte oder sogar neue Infektionskrankheiten auf, die erheblich an Bedeutung gewinnen können, u. U. sogar weltweit. Die globale Ausbreitung, die durch eine hohe Mobilität weiter Bevölkerungsschichten beschleunigt wird, erfordert ein schnelles Handeln durch Behörden. Im vergangene Jahr war es z. B. der EHEC-Ausbruch, bei dem es auch in Baden-Württemberg zu Erkrankungen kam.

Aufgaben des Referats:

- fachliche Beratung von Ministerien (insbesondere des SM), der Regierungspräsidien, Gesundheitsämter und anderer Behörden und Verbände im Bereich Gesundheitsschutz. Die Beratung erfolgt sowohl telefonisch als auch vor allem schriftlich, wobei die Anfragen die Themenbereiche Wasserhygiene, Hygiene in medizinischen Einrichtungen sowie lebensmittelbedingte Gruppenerkrankungen umfassen. Im Fachbereich Infektiologie erfolgt die Beratung v. a. 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 Hantaviren-Ausbrüchen genannt, die als Zoonosen u. a. erfasst und bewertet werden. Darüber hinaus gibt das Q-Fieber-Konsiliarlabor zudem deutschlandweit Antwort auf besondere Fragestellungen.

- Entwicklung von Konzepten und Strategien zur Prävention und Reduktion von Infektionskrankheiten der Bevölkerung in Baden-Württemberg; z. B. die Etablierung des MRE-Netzwerks Baden-Württemberg, bei dem das Referat eine koordinierende Funktion der dezentralen Netzwerke innehat.
- im Laborbereich Durchführung vor allem von bakteriologischen, virologischen, parasitologischen und molekularbiologischen Untersuchungen, 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
- Vortragstätigkeiten und die Ausrichtung von Fortbildungsveranstaltungen insbesondere für den ÖGD, aber auch für andere Gruppen wie z. B. Angehörige von Kommunen oder andere im medizinischen oder öffentlichen Bereich Beschäftigte

SG 1: S3-Labor, Molekularbiologie, Schädlingsbestimmungen

Dieses Sachgebiet umfasst so unterschiedliche Bereiche wie

- die Mitwirkung bei der Risikobewertung von bioterroristischen Erregern, wozu auch die Etablierung der entsprechenden Untersuchungsmethoden gehört und die Teilnahme am bundesweiten Netzwerk derjenigen Landesinstitute, die sich mit solchen Fragestellungen beschäftigen,
- die Entwicklung fachlicher Konzepte für Krisensituationen innerhalb von Labornetzwerken,
- Stellungnahmen und Beratung von Ministerien, des ÖGD und anderen Behörden zu vektorübertragenen Erkrankungen, insbesondere auch zu den Erkrankungen, die im Zusammenhang mit dem Klimawandel an Bedeutung gewinnen könnten,
- das Labor Molekularbiologie; es ist Servicelabor für die anderen Labore im Referat 93 zur molekularbiologischen Identifizierung kultivierter Mikroorganismen und dient zur schnellen Diagnostik bei Ausbrüchen insbesondere im Epidemie- oder sogar im Pandemiefall,
- Schädlingsbestimmungen für den ÖGD, aber auch für andere öffentliche Einrichtungen und vereinzelt auch für die Bevölkerung in Baden-Württemberg, wodurch eine Bekämpfung mit geeigneten Mitteln ermöglicht wird,

- Beratung sowie Planung, Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen

SG 2: Hygiene medizinischer Einrichtungen

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

SG 3: Wasserhygiene

- Schutz der Bevölkerung vor wasserbedingten Krankheiten durch Überwachen der Qualität
 - des Trinkwassers (insbesondere der vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg) gemäß TrinkwV 2001
 - der Badegewässer (entsprechend der EU-Richtlinie)
 - von Badebeckenwasser in allen öffentlichen Einrichtungen
 - von Trinkwasser aus Hausinstallationssystemen
- mikrobiologische, virologische und parasitologische Untersuchungen und deren gesundheitliche Bewertung
- Beratung sowie Planung, Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen

SG 4: Allgemeine Hygieneangelegenheiten des ÖGD

In diesem Sachgebiet liegt der Schwerpunkt auf

- dem Erfassen lebensmittelbedingter Gruppenerkrankungen, aber auch auf der Beratung zur Eindämmung oder Prävention solcher Erkrankungen; Zielgruppe sind die Gesundheitsämter. Im Rahmen der Aufklärung solcher Erkrankungen gibt es eine enge Zusammenarbeit mit den Chemisch-Veterinärmedizinischen Untersuchungsämtern (CVUA) in Baden-Württemberg;

- Untersuchungen zu Kontaktpersonen bei Tuberkuloseerkrankungen mittels mikrobiologischer und/oder molekularbiologischer Methoden und der Ermittlung von Resistenzen durch eine zentrale Surveillance. So können früh Entwicklungen erkannt und auf diese seitens der Behörden reagiert werden;
- der bakteriologischen Diagnostik von humanen Proben aus Justizvollzugsanstalten;
- der Planung, Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen.

SG 5: Infektiologie

Das Sachgebiet beschäftigt sich vor allem mit

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

Ansprechpartner

Referatsleitung

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

SG 1: S3-Labor, Molekularbiologie, Schädlingsbestimmungen

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

SG 2: Hygiene medizinischer Einrichtungen

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

SG 3: Wasserhygiene

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

SG 4: Allgemeine Hygieneangelegenheiten des ÖGD

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

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

SG 5: Infektiologie, Infektionsprävention

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



Referat 94: Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

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

Zu den Aufgaben gehören

- die fachliche Beratung des SM und weiterer Landesministerien, der Gesundheitsämter sowie weiterer Behörden und Institutionen bei Fragestellungen aus den drei Bereichen,
- der Medizinische Bereich der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg, der an der Umsetzung der Rahmenkonzeption Frühförderung Baden-Württemberg, der fachlichen Weiterentwicklung des interdisziplinären Systems der Frühförderung und der Fortbildung der Fachkräfte in der Frühförderung mitwirkt,

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

SG 1: Zielgruppenspezifische Prävention

Arbeitsschwerpunkte:

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

SG 2: Gesundheitsförderung

Arbeitsschwerpunkte:

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

SG 3: Landesarzt

Arbeitsschwerpunkte:

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

Ansprechpartner**Referatsleiterin**

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

SG 1: Zielgruppenspezifische Prävention

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

SG 2: Gesundheitsförderung

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

SG 3: Landesarzt

Dr. Anette Winter-Nossek
Tel. 0711 9043-39411
landesarzt@rps.bwl.de

**Referat 95: Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung**

Das Referat umfasst vier Sachgebiete.

SG 1: Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz, Infektionssurveillance

Das Sachgebiet

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

- unterstützt den ÖGD bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten,
- begleitet die Umsetzung von Seuchenalarmplan und Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV).

SG 2: Epidemiologie

Das Sachgebiet

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

SG 3: Gesundheitsberichterstattung

Das Sachgebiet

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

SG 4: Meldesysteme

Das Sachgebiet

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

Ansprechpartner

Referatsleitung

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

SG 1: Kompetenzzentrum Gesundheits- schutz, Infektionssurveillance

N. N.

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

SG 2: Epidemiologie

Dr. Iris Zöllner
Tel. 0711 904-39511
iris.zoellner@rps.bwl.de

SG 3: Gesundheitsberichterstattung

N.N.

Ansprechpartnerin:
Dr. Iris Kompauer
Tel. 0711 904-39507
Iris.kompauer@rps.bwl.de

SG 4: Meldesysteme

Dr. Günter Pfaff
Tel. 0711 904-35060
ifsg@rps.bwl.de



Referat 96: Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheits- schutz, Staatlicher Gewerbearzt

Das Referat befasst sich mit den Auswirkungen von chemischen, physikalischen, biologischen und

psychologischen Faktoren aus der Umwelt und der Arbeitswelt auf die menschliche Gesundheit.

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

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

Für Betriebsärzte und andere im Arbeitsschutz tätige Personen werden arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Fortbildungen sowie betriebsärztliche Qualitätszirkel angeboten.

Tradition haben das „Arbeitsmedizinische Kolloquium“ und das „Colloquium ergodermatologicum“.

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

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

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

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

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

SG 1: Arbeitsmedizinische Qualitäts- sicherung

Im Sachgebiet werden

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

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

SG 2: Arbeitsmedizinische Prävention

Das Sachgebiet

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

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

SG 3: Staatlicher Gewerbearzt

Schwerpunkte sind die

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

SG 4: Toxikologische Beratung, Datenbanken

Zum Sachgebiet gehören die

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

- Mitarbeit an der Datenbank „Noxen-Informationssystem“ für den ÖGD sowie im Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz.

SG 5: Umweltbezogene Gesundheitsbeobachtung

Das Sachgebiet befasst sich mit

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

SG 6: Humanbiomonitoring, Analytische Qualitätssicherung

Das Sachgebiet nimmt laborunterstützende Aufgaben wahr bei

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

SG 7: Kommunalhygiene

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

Dies betrifft vor allem folgende Bereiche:

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

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

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

Ansprechpartner

Referatsleitung

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

SG 1: Arbeitsmedizinische Qualitätssicherung

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

SG 2: Arbeitsmedizinische Prävention

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

SG 3: Staatlicher Gewerbearzt

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

SG 4: Toxikologische Beratung, Datenbanken

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

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

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

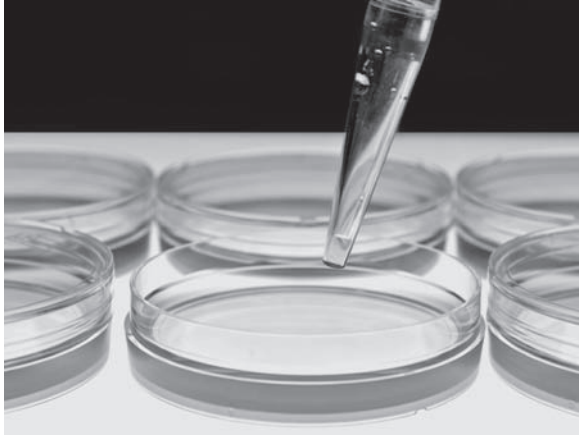
SG 6: Humanbiomonitoring, Analytische Qualitätssicherung

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

SG 7: Kommunalhygiene

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

Laborunterstützter Gesundheitsschutz



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

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

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

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

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

Übersicht

Hygiene medizinischer Einrichtungen	62
Wasserhygiene	63
Hygieneangelegenheiten des ÖGD	68
Infektionsschutz	70
Medizinisch-chemische Analytik	73

Hygiene medizinischer Einrichtungen

Zu den Aufgaben dieses Sachgebietes zählen die Beratung und Unterstützung einer Vielzahl von Einrichtungen des Gesundheitswesens in sämtlichen Fragen der allgemeinen und der Krankenhaushygiene. Ansprechpartner des Referates sind

- Gesundheitsämter und andere Behörden in Baden-Württemberg,

- Krankenhäuser, Fach-, Kur- und Rehabilitationskliniken,
- ambulant operierende Arztpraxen,
- sonstige Arzt- und Zahnarztpraxen,
- Pflege- und Hygienefachkräfte,
- Heilpraktiker,
- medizinische Fußpfleger (Podologen),
- ambulante und stationäre Einrichtungen der Alten- und Langzeitpflege sowie zur Betreuung behinderter Menschen,

- andere medizinische Dienstleistungs- und Produktionsbetriebe,
- hauswirtschaftliche Dienstleister,
- Klinikwäschereien,
- Reinigungsfirmen,
- mit der Bauplanung und Ausstattung medizinischer Einrichtungen beauftragte Betriebe.

Dies beinhaltet zahlreiche Einzelberatungen und Termine vor Ort, ferner die Durchführung von oder Teilnahme an Informationsveranstaltungen im LGA und in den Landkreisen.

Zu den Aufgaben des Sachgebietes zählen ferner die Beteiligung an der Fort- und Weiterbildung von Hygienefachkräften und medizinischem Fachpersonal, Desinfektoren, Krankentransportdiensten, Hygienebeauftragten in Krankenhäusern und anderen medizinischen Betrieben einschließlich ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen. Die Gesundheitsämter werden bei der hygienischen Überwachung von Kliniken, Alten- und Pflegeheimen, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Einrichtungen des ambulanten Operierens unterstützt, u. a. durch Besichtigungen vor Ort mit Protokollen zu Organisation und Betriebsabläufen, baulich-technischem und hygienischem Status sowie Bewertungen und Empfehlungen bezüglich des Hygienemanagements. Zusätzlich werden gutachterliche Stellungnahmen zu bautechnisch-hygienischen Fragen bei Neu- und Umbaumaßnahmen von Krankenhäusern und Pflegeheimen in Baden-Württemberg erstellt.

Zu den weiteren Aufgaben gehören Texte und Broschüren zu Fragen der Hygiene in Kliniken, Praxen und Heimen und die Mitarbeit in Qualitätszirkeln zur Weiterentwicklung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen.

Im Labor der Krankenhaushygiene werden hygienisch-mikrobiologische Untersuchungsproben aus Kliniken, Arztpraxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens verarbeitet, die der innerbetrieblichen hygienischen Qualitätskontrolle dienen. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 14 758 Einsendungen zur Beurteilung von maschinellen Instrumenten- und Gerätaufbereitungsverfahren untersucht und bewertet, davon 10 584 Proben zur Untersuchung der Dampfsterilisation, 2 582 zur Heißluftsterilisation und 1 592 Proben zu maschinellen Desinfektionsverfahren. Die größte Einsendergruppe stellten die Zahnarztpraxen in Baden-Württemberg mit 7 531 Einsendungen aus insgesamt 4 553 Betrieben dar.

Da nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung Revalidierungen der Aufbereitungsprogramme nur noch vor Ort durchgeführt werden, wurde das Verfahren mittels Bioindikatoren für medizinische Betriebe im Jahr 2011 letztmalig angeboten.

Wasserhygiene

Das Sachgebiet ist mit seinem Labor bestellte Stelle für die amtliche Untersuchung von Trinkwasser der vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg und für die Überwachung der Badegewässer des Landes Baden-Württemberg. Darüber hinaus ist es in die Liste der anerkannten Labore zur Untersuchung von Trinkwasser nach der Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001) des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz aufgenommen. Das Untersuchungsspektrum umfasst Trinkwasser einschließlich Legionellen, Badewasser, Oberflächenwasser und Abwasser gemäß nationaler oder europäischer Richtlinien sowie Sonderuntersuchungen zu speziellen Fragenstellungen wie z. B. Viren oder Parasiten.

Untersuchungsspektrum

Mikrobiologische Untersuchungen von:

- Trinkwasser (Trinkwasserverordnung)
- Mineral- und Tafelwasser
- Badebeckenwasser (UBA-Empfehlungen; DIN 19643)
- Wässer aus Dentaleinheiten (RKI-Richtlinie)
- Wässer aus raumlufttechnischen Anlagen (VDI-Norm)
- Oberflächenwasser (EU-Richtlinie; BadegVO Baden-Württemberg)
- Regenwasser, Beregnungswasser (DIN 19650)
- Viren und Parasiten

Begutachtungen, Besprechungen und Begehungen erfolgen bei:

- Trinkwasserversorgungs- und Aufbereitungsanlagen
- Mineral- und Heilwassergewinnungsanlagen
- Schwimmbadaufbereitungen im Rahmen von Neubau und Sanierung
- Oberflächenbadegewässern
- Anlagen zur Beregnung von Pflanzen
- Abwasserbehandlungsanlagen

Trinkwasser

Insgesamt wurden im Jahr 2011 im LGA 3 528 Trinkwasserproben gemäß TrinkwV 2001 untersucht (Anlage 2). 131 Proben wurden beanstandet; die Beanstandungsrate lag damit insgesamt bei 4,1 % (ohne Rohwässer). Die Fernwasserversorger zeigten hier-

Anlage 1: Wasseruntersuchungen – Gesamtübersicht 2011

Probenmaterial	Probenanzahl
Trinkwasser insgesamt	6 601
Fernwasserversorgungen	2 309
Ortwasserversorgungen	244
Einzel-/Eigenwasserversorgungsanlagen	94
Hausinstallationen (Wasser aus Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, Dentaleinheiten oder raumlufttechnischen Anlagen)	654
Sonstige Wasserproben	227
Erwärmtes Trinkwasser (Duschwasser o. Ä.)	3 073
MTVO insgesamt	12
Mineral- und Tafelwasser, Heilwässer	12
Oberflächenwässer und EU-Badegewässer insgesamt	2 406
Bodensee	609
Baggerseen	585
Flüsse	69
Naturseen	794
Stauseen	235
Kleinbadeteiche (keine EU-Badegewässer)	107
Sonstige Oberflächenwässer (keine EU-Badegewässer)	7
Badebeckenwasser insgesamt	2 953
Freibäder	855
Freizeitbäder	104
Hallenbäder	824
Hotelbäder	251
Krankenhausbäder	202
Privatbäder	19
Schulbäder	254
Thermalbäder	366
Sonstige Bäder	78
Sonderuntersuchungen insgesamt	61
Viren	20
Parasiten	6
Cyanobakterien (Blualgen)	35
Probenzahl insgesamt	12 033

bei einer Beanstandungsquote von 0,5 %, die Ortswasserversorgungen 10,9 % Beanstandungen und die Übrigen¹ 8,7 % für die eingesandten Proben. Die Einzelwasserversorger verzeichneten mit 24,4 % die meisten Beanstandungen.

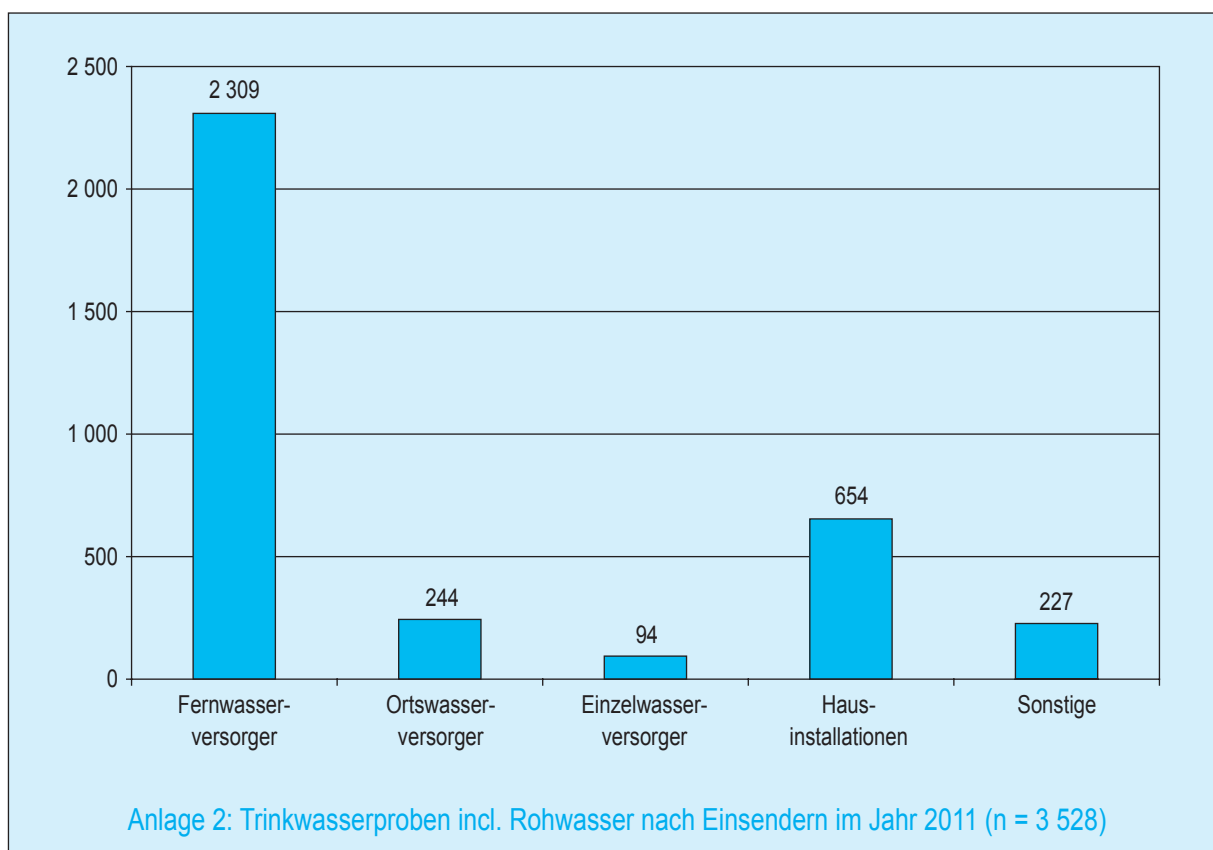
Mineral- und Tafelwasser, Heilwasser

Im Jahr 2011 wurden zwölf Heilwasserproben gemäß Mineral- und Tafelwasser-Verordnung bzw. Arz-

neimittelgesetz untersucht; keine der untersuchten Proben war zu beanstanden.

Badebeckenwasser

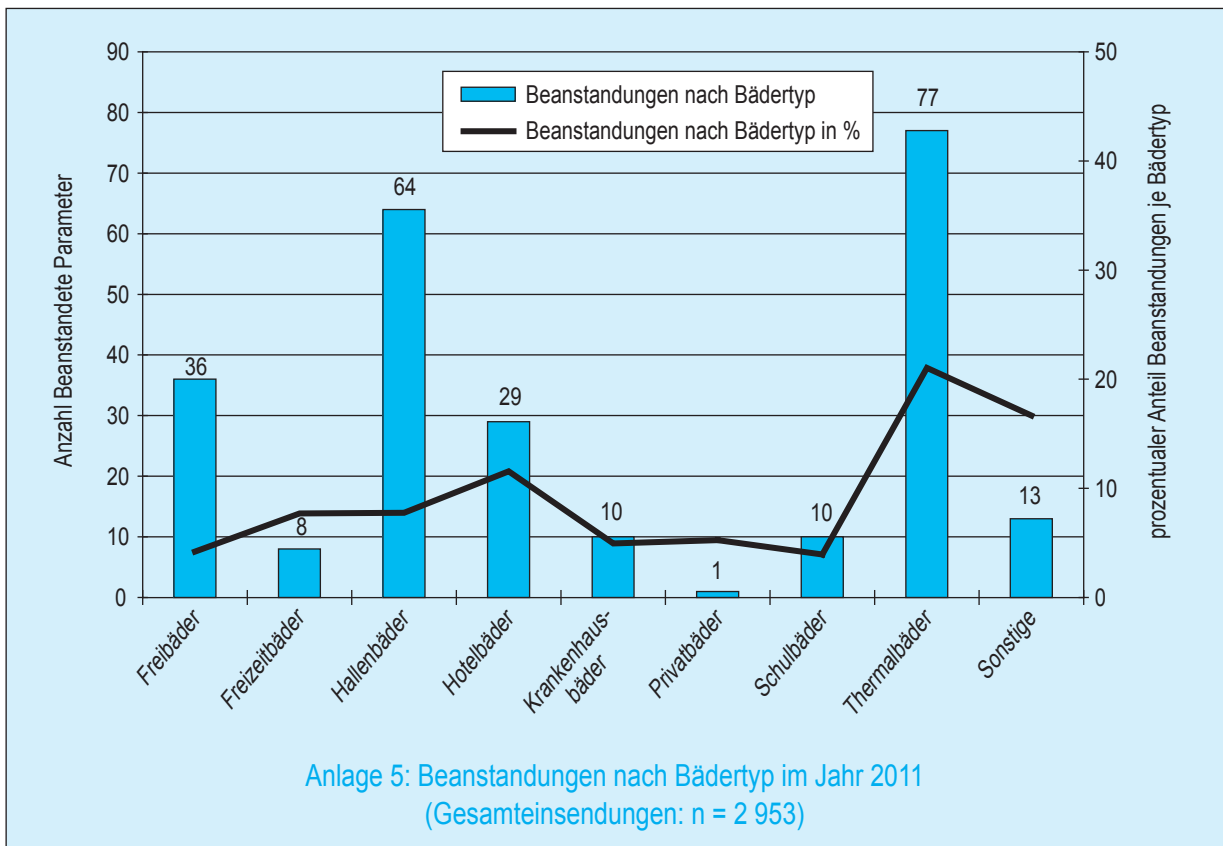
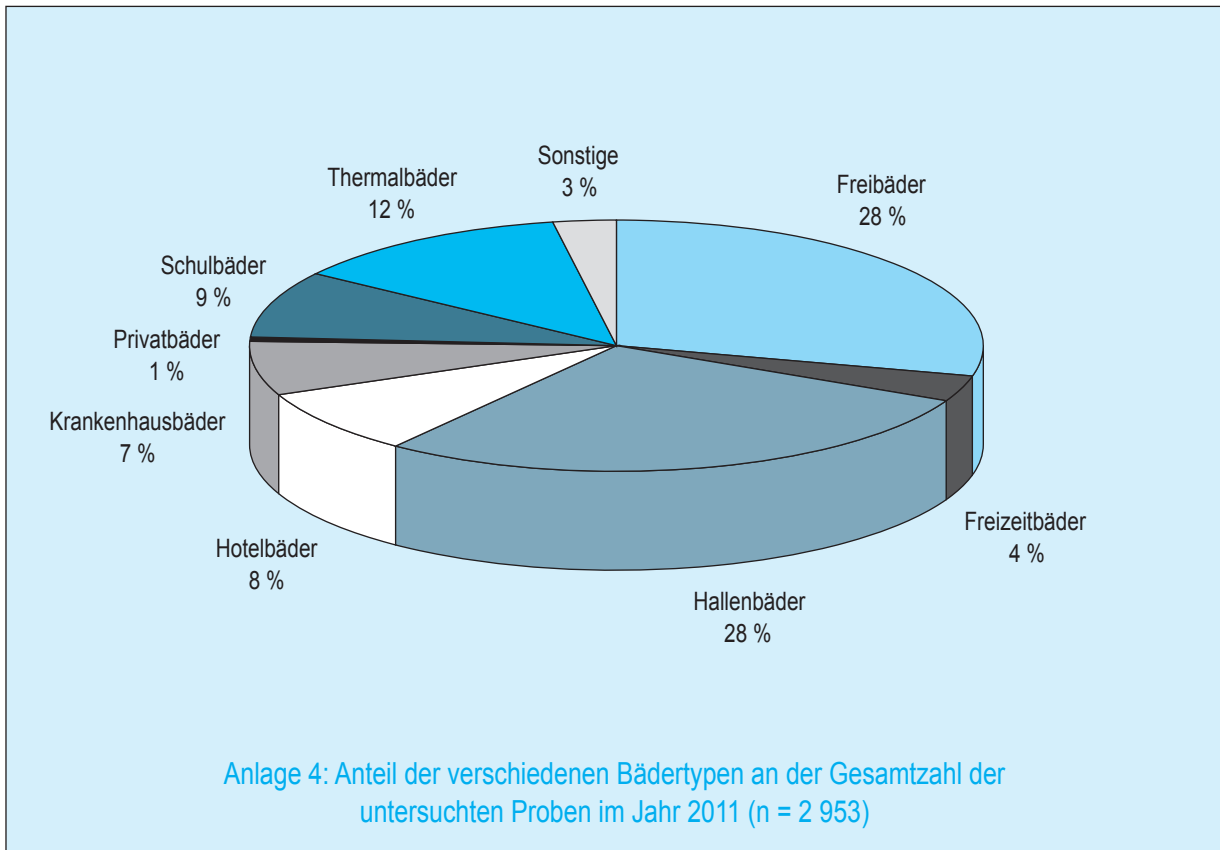
Im Jahr 2011 wurden dem LGA 2 953 Proben aus öffentlichen Bädern durch die Gesundheitsämter überbracht und gemäß UBA-Empfehlung und DIN 19643 untersucht. Hierbei wurden z. B. Frei- und Freizeitbäder, Hallenbäder und Thermalbäder sowie



Anlage 3: Anzahl der eingesandten und davon beanstandeten Trinkwasserproben 2011 (ohne Rohwasser; n = 3 197)

Einsender	Trinkwasserproben insgesamt	Trinkwasserproben ohne Rohwasser ¹	davon ¹ mit Beanstandungen	Anteil ¹ [%]
Fernwasserversorger	2 309	2 014	10	0,50
Ortswasserversorger	244	220	24	10,91
Einzelwasserversorger	94	82	20	24,39
Hausinstallationen	654	654	39	5,96
Sonstige	227	227	38	16,74
Summe	3 528	3 197	131	

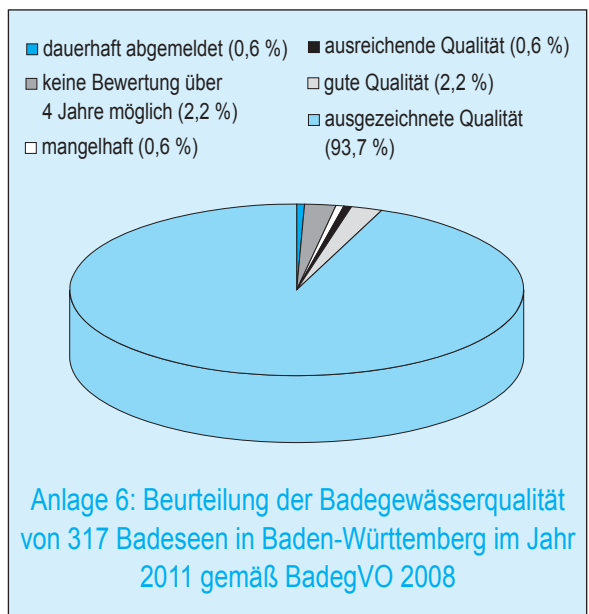
¹ Einsender, welche nicht unter die anderen Kategorien fallen



Bäder in Krankenhäusern und Schulen, Hotelbäder und Privatbäder untersucht. Untersucht wurden die Koloniezahlen bei 36 °C, E. coli und Pseudomonas aeruginosa in 100 ml Probe sowie Legionellen aus 1 ml Probe (Beckenwasser) bzw. 100 ml Probe (Filtrat). Insgesamt waren 248 Proben zu beanstanden, dies entspricht 8,4 % der untersuchten Proben (Anlagen 4 und 5). Die höchsten Beanstandungsquoten verzeichneten Thermalbäder mit 21,0 % Beanstandungen, gefolgt von sonstigen Bädern und Hotelbädern mit 16,7 % bzw. 11,6 % Beanstandungen.

Oberflächenwasser und EU-Badegewässer

Im Jahr 2011 wurden im LGA 2 406 Oberflächenwasserproben untersucht, wovon 2 292 von EU-Badepätzen stammen. Zum Ende der Badesaison 2011 flossen entsprechend der Verordnung erstmals die Untersuchungsergebnisse aus vier Jahren in die Bewertung mit ein. Von den 317 offiziellen EU-Badestellen in Baden-Württemberg entsprachen danach 306 (96,5 %) den Qualitätsbestimmungen der Richtlinie hinsichtlich der zwei ausschlaggebenden Kriterien: Belastung mit E. coli und Enterokokken. 297 (93,7 %) der Badestellen erfüllten sogar die Kriterien für eine Einstufung in die höchste Qualitätskategorie ("ausgezeichnet"). Sieben Badestellen (2,2 %) wurden in die Kategorie "gut" eingestuft. Zwei Badestellen (0,6 %) erhielten die Bewertung „ausreichend“. Weitere zwei Badestellen (0,6 %) konnten die Anforderungen der Richtlinie nicht erfüllen und wurden daher mit „mangelhaft“ bewertet (Anlage 6).

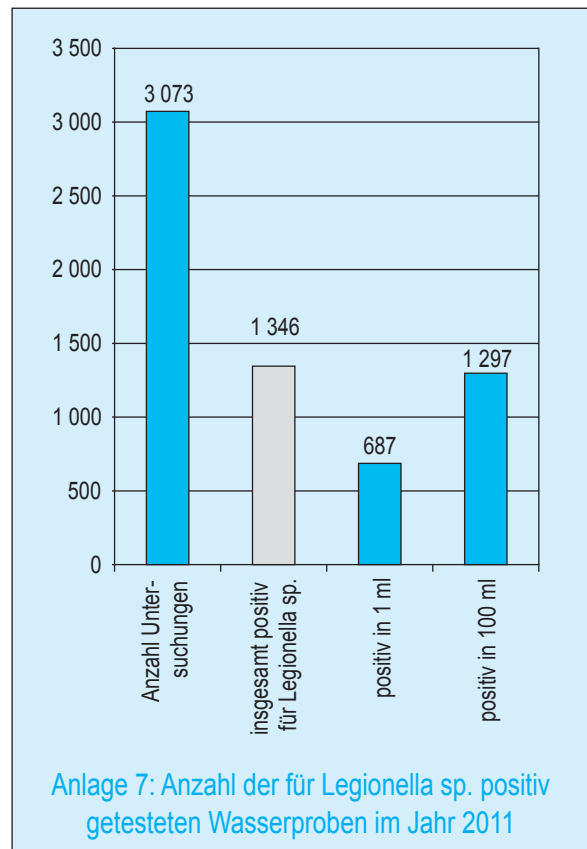


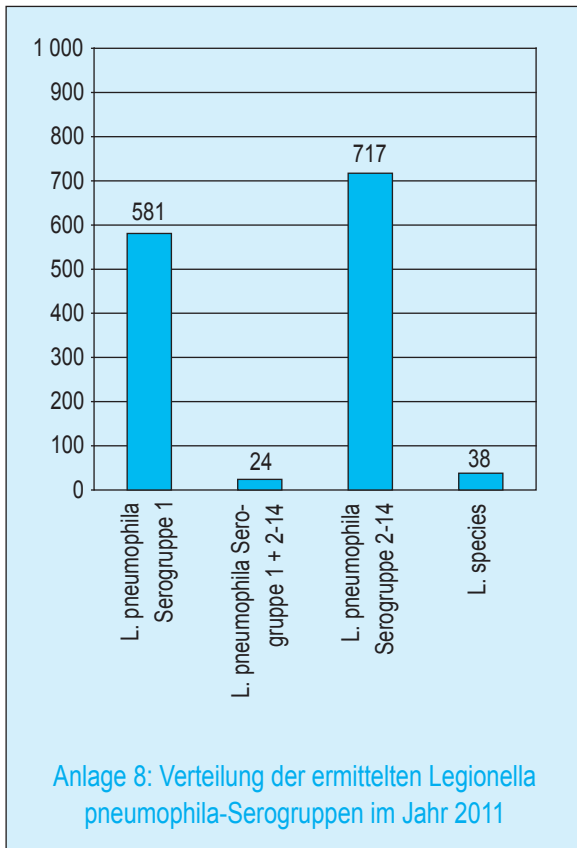
Trinkwasseruntersuchungen (erwärmtes Trinkwasser) auf Legionellen

Insgesamt wurden 3 073 Proben erwärmtes Trinkwasser (vorwiegend Duschwasser) untersucht. In 687 Fällen (22,4 %) konnten in 1 ml Probe, in 1 297 Fällen (42,2 %) in 100 ml Probe Legionella nachgewiesen werden. (Anlage 7). Aus den positiv getesteten Wasserproben wurden in 581 Fällen Legionella pneumophila Serogruppe 1 isoliert, in 717 Fällen Legionella pneumophila Serogruppe 2-14, in 24 Fällen wurden die Serogruppen 1 und 2-14, und aus 38 Proben wurden andere Legionella species isoliert (Anlage 8). Grundlage für die Beurteilung der Konzentrationen von Legionella sp. sind die im DVGW-Regelwerk, Arbeitsblatt 551 (April 2004) aufgeführten Bewertungen von Legionellenbefunden in Trinkwassererwärmungs- und Leitungsanlagen sowie die UBA-Empfehlungen von 2006.

Sonderuntersuchungen

Neben den Routineproben wurden im Jahr 2011 insgesamt 61 Wasserproben auf Viren und Parasiten sowie auf spez. Mikroorganismen wie z. B. Cyanobakterien untersucht.





Hygieneangelegenheiten des ÖGD

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

Gastroenterologie

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

Aus den Gesundheitsämtern werden Kontroll- und Umgebungsuntersuchungen angefordert sowie in zunehmendem Maße Untersuchungen zur Abklärung von Gruppenerkrankungen im Rahmen der aktiven Surveillance (Ermittlungen nach § 25 IfSG). Seit Einführung des IfSG sind routinemäßige Kon-

trolluntersuchungen bei gesunden Personen, die im Lebensmittelbereich arbeiten, entfallen. Stuhluntersuchungen werden in diesem Bereich daher ausschließlich anlassbezogen bei Erkrankungsfällen (Diarrhoe) durchgeführt.

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

Bakterielle Enteritiserreger

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 5 234 Stuhlproben bakteriologisch untersucht. Bei den hierbei nachgewiesenen Erregern handelte es sich in erster Linie um EHEC (enterohämorrhagischer E. coli), verursacht durch den deutschlandweiten O104:H4-Ausbruch Mitte des Jahres (siehe Kapitel „Einblicke in die Arbeit“). Im Vergleich zum Jahr 2010 gingen 2011 insgesamt 1 308 EHEC-Proben mehr ein. An zweiter Stelle folgten die Salmonellen. Insgesamt wurden 62 verschiedene Salmonellen-Serovare isoliert. Erwartungsgemäß lagen die S. Enteritidis-Isolierungen an erster Stelle, gefolgt von S. Typhimurium, monophasischen S. Typhimurium-Stämmen (O 4,5:i:-), S. Saintpaul und S. Newport. S. Enteritidis und S. Newport traten im Zusammenhang mit Ausbrüchen auf. Andere Serovare wurden nur in wenigen Einzelfällen nachgewiesen. Das Spektrum der seltenen Serovare ist von Jahr zu Jahr unterschiedlich.

Weitere bakterielle Enteritiserreger waren Campylobacter spp., Shigella spp., Yersinia enterocolitica und EPEC (enteropathogener E. coli).

Gruppenerkrankungen

Zur Infektkettenaufklärung im Rahmen von Gruppenerkrankungen werden Patienten- und Umgebungsproben zusätzlich zu den Routineverfahren (konventionelle Mikrobiologie) auch molekularbiologisch weiter identifiziert, wobei im Rahmen von epidemiologischen Fragestellungen durch das Referat 95 (Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung) ggf. weitergehende Untersuchungen veranlasst werden.

Im Jahr 2011 wurden dem LGA insgesamt 247 Gruppenerkrankungen nach IfSG von den Gesundheitsämtern gemeldet, jedoch nur bei 235 auch Stuhlproben zur mikrobiologischen und virologischen Untersuchung zugesandt.

Die 235 untersuchten Gruppenerkrankungen waren vorwiegend durch Noroviren (58,1 %) verursacht, gefolgt von Rotaviren (6,4 %), EHEC/EPEC (2,5 %) und Salmonella species (2,1 %). Staphylococcus aureus war bei vier und Bacillus cereus, Campylobacter

species und Clostridium perfringens bei je einer Gruppenerkrankung die Ursache. Bei 28 % konnte kein Erreger nachgewiesen werden, weil entweder die Probenahme zu spät erfolgte bzw. die Proben dem LGA zu spät übermittelt wurden oder der eingereichte Untersuchungsauftrag den verursachenden Erreger nicht einschloss.

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

Da bei Gruppenerkrankungen nur eine repräsentative Anzahl von Stuhlproben untersucht werden, wurden zwar insgesamt 3 393 Personen als Erkrankte gemeldet, aber nur 1 194 Einzelproben untersucht.

Von den 247 gemeldeten Gruppenerkrankungen wurden zehn Gruppenerkrankungen aus privaten Haushalten gemeldet. Hierbei konnten in fünf Fällen Noroviren und in zwei Fällen Salmonellen nachgewiesen werden. In Altenheimen wurden 64,7 % und in Kliniken 70 % der gemeldeten Gruppenerkrankungen durch Noroviren verursacht, hingegen nur eine durch Salmonellen in einem Altenpflegeheim. In Gaststätten und Lebensmittelverkaufsstätten betrug der Anteil an durch Salmonellen verursachten Gruppenerkrankungen (5 %), jedoch 52,5 % bei Noroviren. In diesen Bereichen wird deutlich, dass die Präventionsmaßnahmen in Bezug auf Salmonellen-Infektionen sehr gut gegriffen haben.

Die erhobenen Daten sind in Anlage 9 aufgeführt

Darmparasiten

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

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 3 377 Proben parasitologisch-mikroskopisch untersucht, 188 Proben mehr als im Jahr 2010. Dabei konnten in 429 Stuhlproben (12,7 %) Darmparasiten nachgewiesen werden.

Kooperation mit dem CVUA S

Im Rahmen der Kooperation mit dem CVUA S wurden zudem bis Ende September 2011 insgesamt 107 Salmonellenisolate von 28 verschiedenen Serotypen, die aus Lebensmitteln und Untersuchungsmaterialien tierischen Ursprungs isoliert wurden, untersucht bzw. für die Salmonellen-Stammsammlung des LGA eingeschickt. Hier dominierten S. Typhimurium (35) vor S. Enteritidis (14), monophasische S. Typhimurium O 4,5:i- (8), S. Derby (6) und S. Hadar (3). Diese von der CVUA S übersandten Isolate werden auch zur Infektkettenverfolgung bei Erkrankungshäufungen verwendet.

Humane Proben

Neben den Stuhluntersuchungen fanden im Jahr 2011 kulturelle mikrobiologische Verfahren in anderen Untersuchungen Anwendung wie z. B. Abstriche von verschiedenen Körperregionen, Sputen, Urine und Blutkulturen. U. a. kamen von elf Patienten Abstrichproben mit der Fragestellung auf Methicillin-/Oxacillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA). In der Regel werden hierbei mindestens zusätzlich zum schon bekannten Infektionsort (wie z. B. Ulcus cruris) zwei weitere Stellen abgestrichen. Bei drei Patienten konnte mittels PCR (Polymerasekettenreaktion) das mecA-Gen nachgewiesen werden.

Im Rahmen der Listerien-Surveillance, die in Zusammenarbeit mit dem Referat 95 seit mehreren Jahren durchgeführt wird, erhielten wir 47 Stämme von verschiedenen Laboren in Baden-Württemberg. Da der Nachweis von>Listereia nach IfSG meldepflichtig ist, werden durch eine aktive Surveillance entweder

Anlage 9: Infektionsorte, Zahl der Gruppenerkrankungen und Infektionserreger im Jahr 2011

Infektionsort	Summe	Norovirus	Salmonella	Sonstige	Unbekannt
Altenpflegeheime/Wohnheime	101	66	1	8	26
Gaststätten/Lebensmittelverkaufsstätten	40	19	2	7	12
Krankenhäuser/Rehakliniken	10	7	0	1	2
Schulen/Kindergärten/Tagesstätten	62	34	0	6	22
Private Haushalte/Feste	10	5	2	3	0
Freizeiten/Sonstige	12	4	0	2	6
Gesamt	235	135	5	27	68

vom Referat 95 oder von den Gesundheitsämtern die meldenden Labore veranlasst, die isolierten Stämme an das Labor des LGA zu schicken. Im Labor werden diese Stämme noch einmal angezchtet, eine Serovarbestimmung durchgeführt und anschließend zur weiteren Identifizierung mittels Pulsfeldgelelektrophorese an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) in Wernigerode gesandt, die einen Abgleich mit anderen bundesweit isolierten Listerienstämmen durchführen.

Aus Küchenbereichen und Gemeinschaftseinrichtungen sowie aus dem Bereich der Krankenhaushygiene wurden 240 Abklatsch- und Abstrichproben untersucht.

Infektionsschutz

Bakteriologie

Zu den Einsendern humaner Proben auf Tuberkulose im Labor Bakteriologie zählen fast ausschließlich Gesundheitsämter und JVs (siehe Anlage 10).

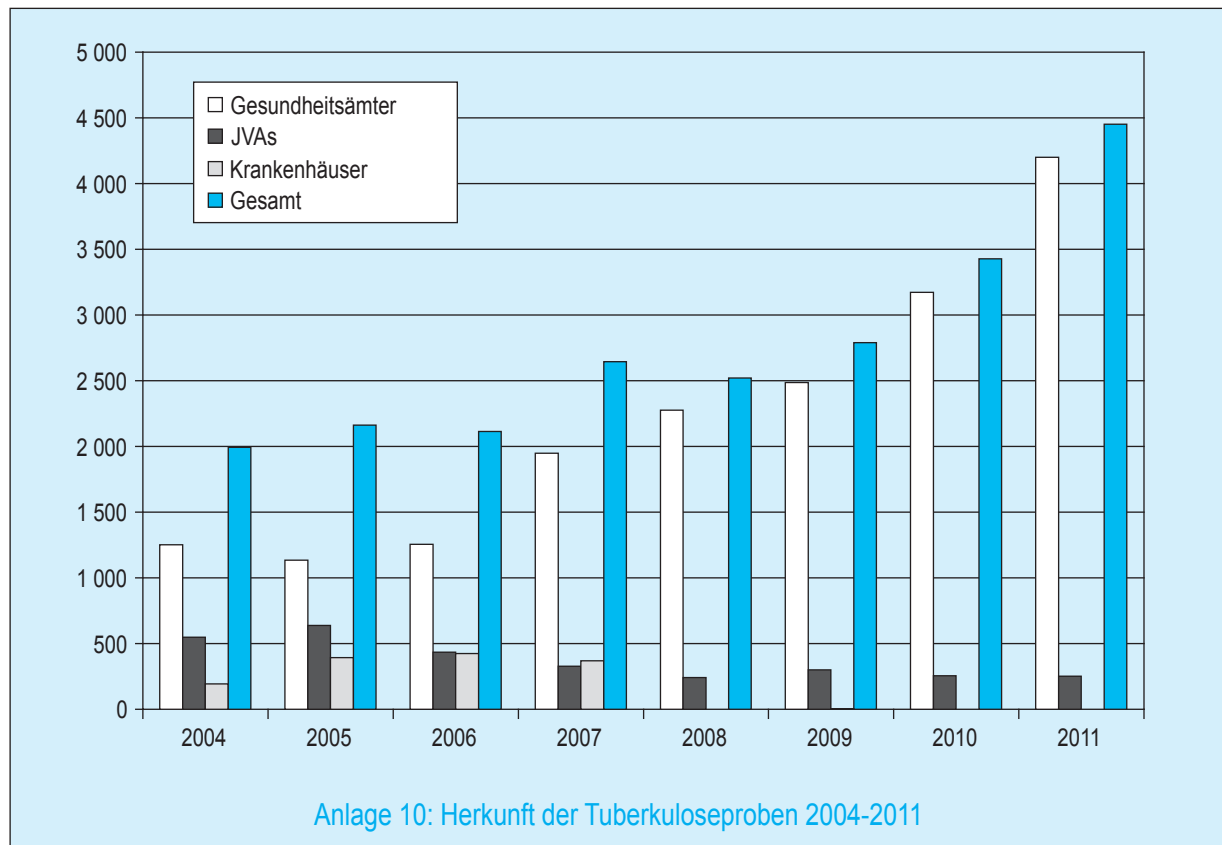
Im Jahr 2011 wurde bei 19 Patienten von insgesamt 1 218 kulturell untersuchten Proben (vorwiegend Sputum- und Urinproben) *Mycobacterium tuberculosis* mittels GenoType *Mycobacterium*-Test nachgewiesen. Die Resistenzbestimmungen von 18 Patienten erfolgte im LGA. Bei 16 Patienten ergab

sich kein auffälliges Resistenzmuster. Zwei Patienten wiesen eine Mehrfachresistenz auf. Einmal lag eine Resistenz gegen Isoniazid und Ethambutol vor und im zweiten Fall eine gegen Isoniazid und Streptomycin. Die Testung von einem Patient, der schon seit mehreren Jahren als multiresistent bekannt ist, wurde nicht durchgeführt. Eine Darstellung zur Resistenzbestimmung von Tuberkulosebakterien erfolgt im Kapitel „Einblicke in die Arbeit“.

Außerdem konnten in 14 Fällen Nichttuberkulöse Mykobakterien nachgewiesen werden: Am häufigsten wurde *M. gordonae* (5) nachgewiesen, je zweimal *M. avium*, *M. fortuitum* und *M. species* sowie je einmal *M. abscessus*, *M. intracellulare* und *M. xenopi*.

438 Proben wurden mittels *Mycobacterium tuberculosis*-Direkttest (Amplifikation/PCR) untersucht, insbesondere wenn der Verdacht auf eine frische Infektion vorlag. Das Ergebnis der PCR fiel bei elf Patienten positiv aus, wobei nur bei neun Patienten auch aus der Kultur *Mycobacterium tuberculosis* anzüchtbar war. Positive Ergebnisse in der Amplifikation ohne Keimnachweis in der Kultur bestätigen die Aussage, dass diese Methode nur eingesetzt werden sollte, wenn der Abstand zur letzten floriden Tuberkulose-Erkrankung länger als ein Jahr zurückliegt.

Bei einer Amplifikation werden einzelne Nukleinsäureabschnitte und nicht das gesamte Genom von Mykobakterien nachgewiesen. Da mit diesem Ver-



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

Interferon-Gamma-Test

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

Im Jahr 2011 wurden im LGA 3 234 Blutproben auf Interferon-Gamma untersucht, davon 2 668 mit negativem (82,5 %) und 517 (16 %) mit positivem Ergeb-

nis. Bei 49 Patienten war der Test nicht auswertbar. Im Vergleich zum Vorjahr wurden 915 Proben mehr untersucht (siehe Anlage 11).

Infektionsserologie

Im Labor Infektionsserologie wurden im Jahr 2011 insgesamt 24 903 Seren auf 25 verschiedene Infektionskrankheiten untersucht. Hierzu wurden 52 198 Untersuchungen bzw. Bestimmungen von Antikörpern oder Antigenen durchgeführt. Schwerpunkte waren die von den Gesundheitsämtern und den JVA's zur Erkennung von Infektionen mit den viralen Erregern HIV, Hepatitis-B-Virus und Hepatitis-C-Virus.

Infektionsserologische Untersuchungen

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

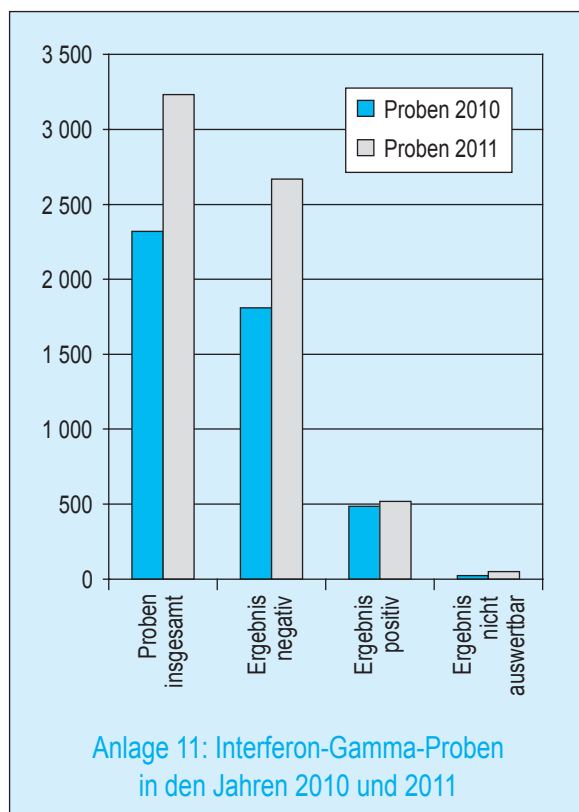
Hepatitis-Diagnostik

Im Jahr 2011 gingen insgesamt 1 057 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis A, 8 559 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis B und 7 248 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis C ein.

Hepatitis-A-IgG-Antikörper wurden in 619 Fällen positiv getestet. Dies bedeutet, dass die Betroffenen die Infektion entweder durchgemacht oder eine Impfung gegen Hepatitis A erhalten haben. Nur in elf Fällen wurde IgM zum Nachweis einer frischen Infektion angefordert. Eine akute Hepatitis A konnte bei einem Patienten nachgewiesen werden.

Das HBs-Antigen, das Virushüllen-Antigen, das in der Regel sowohl bei einer akuten als auch einer chronischen Hepatitis B positiv getestet wird, wurde aus 1 619 Proben bestimmt. In 141 Fällen war das HBs-AG positiv. Aufgrund der anderen Hepatitis-Marker muss bei 128 Personen von einem chronischen HBs-AG-Trägertum ausgegangen werden. In 176 Fällen wurde eine zurückliegende Hepatitis-B-Erkrankung, in einem Fall eine akute Hepatitis B diagnostiziert.

Antikörper gegen das Hepatitis-C-Virus wurde bei 886 Fällen nachgewiesen. Dies erfordert jedoch noch weitere Bestätigungsteste, so dass letztendlich bei 842 Fällen eine Hepatitis-C-Infektion nachgewiesen wurde.



Die Untersuchungen der Seren auf Hepatitis A, B und C werden mit Enzymimmunoassays (EIA) durchgeführt. Hierzu ist die Bestimmung verschiedener Antigene/Antikörper notwendig, die überwiegend in einer Stufendiagnostik angewandt werden. Beispielsweise werden bei Verdacht auf Hepatitis B sechs verschiedene Parameter untersucht. Die Befundung ist nur durch die gemeinsame Bewertung der Einzelergebnisse möglich. Zur Bestimmung der Viruslast (Grad der Infektiosität) bei nachgewiesener Hepatitis C wird zusätzlich eine PCR durchgeführt. Die Einsendungen für die Untersuchungen auf die Hepatitiden stammen vor allem aus den JVs. Ebenso senden die Gesundheitsämter viele Proben zur Diagnostik auf HIV und Hepatitis ein. Hier liegt der Schwerpunkt auf Untersuchungen, die im Rahmen der Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit, ehemals Beratungsstellen für Aids, durchgeführt werden.

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

HIV-Diagnostik

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 20 198 Seren auf HIV untersucht. Von diesen Seren, die überwiegend anonym untersucht werden, waren 270 Proben positiv. Durch die anonymen Einsendungen und die Vorgabe, dass ein Serum, das positiv auf HIV getestet ist, durch eine zweite Blutprobe bestätigt werden muss, kann nicht auf die Anzahl der positiv getesteten Patienten rückgeschlossen werden.

Untersuchungen im Konsiliarlabor für Q-Fieber

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

Im Jahr 2011 wurden im Labor Infektionsserologie 728 Seren für das Konsiliarlabor auf spezifische Antikörper gegen *Coxiella burnetii* untersucht.

Virusnachweis in Zellkulturen

Schwerpunkt des Zellkulturnachweises im Labor Infektionsserologie ist die Untersuchung von Rachenabstrichen auf Influenza-Viren während der Influenza-Saison. Im Rahmen der Influenza-Surveillance wurden im LGA in der Influenza-Saison 2010/11 Rachenabstriche von Patienten auf Influenza A und B untersucht. Die Zusammenarbeit erfolgt hierbei seit

Jahren mit Sentinel-Praxen, die die Materialien an das LGA senden. Im Labor Molekularbiologie werden die Rachenabstriche zunächst mittels PCR auf Influenza A/B untersucht. Die in der PCR positiv getesteten Rachenabstriche werden auf Zellkultur gegeben. Nach erfolgreicher Anzucht erfolgt eine weitere Typisierung der Isolate am NRZ für Influenzaviren am Robert Koch-Institut (RKI). Die Ergebnisse der Untersuchungen stellen einen wichtigen Beitrag zur nationalen Influenza-Surveillance dar. Die Untersuchungen geben Aufschluss über den Verlauf von Influenza-Epidemien und ermöglichen mittels Feintypisierung der isolierten Influenza-Stämme im NRZ die frühzeitige Erkennung von Virustypveränderungen im Verlaufe einer Influenza-Epidemie.

Anlage 12: Untersuchungen im Labor Infektionsserologie im Jahr 2011

Untersuchungen insgesamt	52 198
Amoebiasis	17
Borreliose	290
Chlamydia pneumoniae	12
Chlamydia psittacii	12
Chlamydia trachomatis	12
Diphtherie	1 026
Echinococcus	34
FSME	69
Hantavirus	22
Hepatitis A	1 098
Hepatitis B	11 109
Hepatitis C	8 439
Hepatitis E	22
HIV	20 446
Influenza	923
Legionellen	2
Masern	1 069
Mumps	17
Q-Fieber	2 055
Röteln	1 045
Syphilis	3 396
Tetanus	1 026
Tularämie	9
Varizella zoster	10
Zystizerkose	38

In der Saison 2010/11 wurden 121 Zellkulturisolate zur Typisierung an das NRZ für Influenzaviren geschickt.

Kooperationen

- NRZ für Influenzaviren
- HIV-Inzidenzstudie am RKI

Molekularbiologie

Molekularbiologische Untersuchungen mit Hilfe der Polymerasekettenreaktion (PCR)

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

Das Molekularbiologielabor untersucht die verschiedensten Materialien mittels Polymerase Kettenreaktion (PCR) auf Infektionserreger. Eingesandt werden u. a. Blut, Urin, Stuhl, Bakteriensuspensionen, Organe, Abstriche, Zecken u. v. m.

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

Zudem besteht eine weitere Aufgabe dieses Labors darin, in einer Ausbruchssituation (wie z. B. im Falle der Neuen Influenza 2009 und des EHEC O104:H4-Ausbruchs im Frühjahr 2011) möglichst umgehend neue Testverfahren zu etablieren, um eine sichere Diagnostik zur aktiven Surveillance zu gewährleisten und dadurch angepasste Präventionsmaßnahmen zur Eindämmung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu ermöglichen.

Zusammengefasst fanden insgesamt 5 269 molekularbiologische Untersuchungen statt. Im Vergleich mit denen des vergangenen Jahres entspricht dies einer Steigerung der Untersuchungszahlen von 1 877. Allein durch den deutschlandweiten EHEC-Ausbruch wurden im LGA 1 307 mehr EHEC-Erreger identifiziert als im Jahr zuvor. Der Anteil positiv getesteter EHEC lag bei 37,3 %. Auch bei den Untersuchungszahlen von *Borrelia burgdorferi sensu lato* war eine leichte Steigerung von 210 Untersuchungen zum Jahr 2010 festzustellen, wobei in 19,2 % *Borrelia burgdorferi sensu lato* nachgewiesen werden konnte. Von den insgesamt 1 150 Untersuchungen auf Noroviren betrug der positive Anteil 35 %. Bei der Fragestellung Influenza wird im LGA auf Influenza A, Influenza B sowie auf die neue Variante der Influenza A getestet. Hierbei zeigte sich in der überwiegenden Mehrzahl der Nachweis von Influenza A neue Variante mit 50,6 % bezo-

Anlage 13: Erregernachweise im Labor Molekularbiologie im Jahr 2011

<i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i>	1 392
<i>Coxiella burnetii</i>	74
Enterohämorrhagischer <i>Escherichia coli</i> (EHEC)	1 878
Influenza spec.	575
Norwalk-like-Viren	1 150
Enteroviren	42
Adenoviren	12
Rotaviren	34
Hantaviren	6
Hepatitis A	14
<i>Entamoeba spec.</i>	41
Sonstige ¹	51

¹ Ehrlichia spec., Rickettsia spec., Babesia spec., MRSA, FSME-Viren, Leptospira spec., Echinococcus spec., Entamoeba spec.

gen auf alle 575 Untersuchungen. Außerdem wurden 34 Noroviren zur Infektkettenabklärung sequenziert.

Schädlingsbestimmungen

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

Im Jahr 2011 wurden 59 Schädlinge eingesandt.

Medizinisch-chemische Analytik

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

Die im Herbst 2010 begonnenen Untersuchungen für eine Längsschnittstudie mit Erwachsenen wurde 2011 fortgeführt. Das Blut von 1 298 Erwachsenen wurde auf spezifische Antikörper gegen Inhalations-

allergene und halogenorganische Flammschutzmittel untersucht. Die analytischen Untersuchungen konnten noch nicht abgeschlossen werden; dies wird im Laufe des ersten Halbjahres 2012 geschehen.

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

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

Die externe analytische Qualitätssicherung (AQS) behält weiter ihren herausragenden Rang, insbesondere im Hinblick auf die Bewertung von Schimmelpilzen und Umweltschadstoffen im Lebensumfeld des Menschen. Das Labor Medizinisch-chemische Analytik leitet und richtet den Ringversuch „Identifizierung von Innenraum- und lebensmittelrelevanten Schimmelpilzen“ aus, der zweimal im Jahr stattfindet und an dem ca. 120 Labore teilnehmen.

Ein wichtiges Element der AQS sind die Fortbildungsveranstaltungen „Analytische Qualitätssicherung im umweltmedizinischen Bereich“ und die „Umwelttoxikologischen Kolloquien“ (4-5 pro Jahr) sowie die Kurse „Nachweis, Identifizierung und Bewertung von Schimmelpilzen in Innenräumen und Lebensmitteln“ (Grund- und Fortgeschrittenenkurs), die in Zusammenarbeit mit dem Centraalbureau voor Schimmelcultures (CBS, Utrecht/Niederlande) durchgeführt werden. Ein neuer Kurs zur Qualitätssicherung in der mykologischen Labordiagnostik infektiologisch relevanter Fadenpilze wurde im Herbst 2011 in Zusammenarbeit mit der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft erstmals durchgeführt und soll in Zukunft jedes Jahr mit wechselnden Themen stattfinden.

Insgesamt wurden im Jahr 2011 im Labor 9 300 Proben im Bereich der biologischen Agenzien (Anlagen 15-18) und 5 364 Proben in der chemischen Analytik (Anlage 14) untersucht.

Anlage 14: Humanbiomonitoring

Parameter	Probenanzahl
Polychlorierte Diphenylether (PBDE 28, 47, 100, 99, 154, 153, HBCDD, 183, 209) im Blut	5 364

Anlage 15: Badewasseruntersuchungen

Parameter	Probenanzahl
Harnstoff in Badewasser	227

Anlage 16: Ringversuche Schimmelpilze

Parameter	Probenanzahl
Differenzierung von innenraum- und lebensmittelrelevanten Schimmelpilzen	924
Mischproben	488
Summe	1 412

Anlage 17: Allergie-Screening

Parameter	Probenanzahl
sx1 Inhalationsallergene	1 298
Amb a 1 Majorallergen von Ambrosia artemisiifolia	1 298
Art v 1 Majorallergen von Beifuß	547
mx 1 Dermatophagoides pteronyssinus, Katzenschuppen, Lieschgras, Roggen, Cladosporium herbarum, Birke, Beifuß	547
w1 echte Ambrosie	547
w6 Beifuß	547
gm25 Aspergillus versicolor	1 298
m6 Alternaria alternata	35
m228 Aspergillus flavus	35
m3 Aspergillus fumigatus	35
m207 Aspergillus niger	35
m36 Aspergillus terreus	35
m202 Acremonium kiliense	35
m12 Aureobasidium pullulans	35
m208 Chaetomium globosum	35
m1 Penicillium chrysogenum	35
m2 Cladosporium herbarum	35
Summe	6 432

Anlage 18: Amtshilfe für Gesundheitsämter und sonstige Institutionen

Parameter	Probenanzahl
Luftprobenahme direkt	390
Abklatschproben	4
Klebefilmproben	83
Materialproben	720
Staubproben	20
Wasserproben	12
Summe	1 229

Staatlicher Gewerbearzt



Berufskrankheiten

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

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

Der Staatliche Gewerbearzt in Baden-Württemberg übt die zweite Aufgabe nur noch eingeschränkt aus. Das liegt an der sich kontinuierlich verschlechternden Personalsituation. Die Vereinbarung zwischen dem Landesverband Südwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren über die Bearbeitung von BK-Feststellungsverfahren erlaubt es aber den Gewerbeärzten, entsprechend ihren zeitlichen Möglichkeiten BK-Fälle zu bearbeiten.

- **Anlage 1:** Die Anzahl der erstmalig angezeigten und vom Gewerbearzt 2011 abschließend zur Kenntnis genommenen BK-Fälle betrug insgesamt 4 353.

Davon waren 4 230 BK entsprechend der BK-Liste (Fälle nach § 9[1] SGB VII) und 146 „sonstige“ nicht in der BK-Liste aufgeführte Fälle, z. B. so genannte „Quasi-BK“ (Fälle nach § 9[2] SGB VII). Bei diesen Fällen handelt es sich nur um diejenigen Anzeigen oder Mitteilungen über BK, die dem Staatlichen Gewerbearzt 2011 bekannt geworden sind. Siehe dazu auch Anlage 3.

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

- **Anlage 2:** Sind die gemeldeten Krankheiten berufsbedingt oder sind die Ursachen woanders zu suchen? Die Frage nach der Kausalität der gemeldeten Krankheiten steht im Vordergrund. Der Anteil derjenigen gemeldeten Erkrankungen, die als berufsbedingt angesehen werden, beträgt 43,5 %. 56,5 % wurden abgelehnt, davon konnte in 7,1 % der BK-Fälle eine Entscheidung über die Kausalität mangels Mitwirkung des Erkrankten oder mangels ausreichender Beweise nicht getroffen werden.

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

- **Anlage 3:** Die fünf häufigsten angezeigten BK sind die gleichen wie in den Vorjahren und machen zusammen zwei Drittel aller BK-Fälle aus (3a, c). Die Liste wird wie im Vorjahr von den Lärmschwerhörigkeiten angeführt. Die Hautkrankheiten folgen in deutlichem Abstand. Das entspricht aber für die angezeigten BK-Fälle in Baden-Württemberg nicht der Realität (siehe unten). Die LWS-Krankheiten stehen an dritter Stelle, mit weiterhin abnehmender Tendenz. Die Asbest-Staublunge ist jetzt auf dem vierten Rang der häufigsten BK vorgerückt, die allergisch bedingten obstruktiven Atemwegskrankheiten stehen auf dem fünften Rang.

Nicht jede BK wird als berufsbedingt angesehen. Im Durchschnitt sind es gerade einmal 44 %. Von den allergisch bedingten obstruktiven Atemwegskrankheiten sind es 43 %, bei den Hautkrankheiten 73 % und 53 % bei den Lärmschwerhörigkeiten und Asbestosen. Der Anteil der im Sinne des BK-Rechts

berufsbedingten LWS-Krankheiten beträgt mit 5,8 % der angezeigten Fälle nur einen Bruchteil des Anteils bei anderen BK (3b).

Die Anzahl der in Baden-Württemberg gemeldeten BK liegt wesentlich höher, als die Zahl, die dem Gewerbearzt mitgeteilt worden ist. Der Länderindikator 3.32 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für das Jahr 2010 gibt für Baden-Württemberg 6 827 angezeigte BK an. Dem Staatlichen Gewerbearzt wurden im gleichen Jahr nur 3 983 BK-Fälle mitgeteilt. Insbesondere der größte Teil der angezeigten Hautkrankheiten ist dem Staatlichen Gewerbearzt verborgen geblieben. Nur 601 von 2 749 Fällen wurden ihm vorgelegt (3d). Damit wird der gesetzliche Auftrag an die Unfallversicherungsträger, der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle des jeweiligen Bundeslandes alle angezeigten BK-Fälle bekannt zu machen, nicht erfüllt.

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

- **Anlage 4:** Die Zahl der abgeschlossenen BK ging seit dem Maximum 1996 kontinuierlich zurück und erreichte 2008 ihr Minimum. Seitdem ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Die Anzahl der gemeldeten Fälle fluktuiert entsprechend den von den Unfallversicherungen vorgelegten Fällen. In den Zahlenverhältnissen der einzelnen BK zueinander kommt es nur zu geringen Verschiebungen.
- **Anlage 5:** Die Entwicklung von BK, deren Verursachung erst kurze Zeit zurückliegt oder bei welchen die schädigende Exposition zum Zeitpunkt der Entscheidung über die BK noch besteht, ist besonders interessant. Hier manifestieren sich in der Gegenwart bestehende Arbeitsschutz-Mängel. Bei den Hautkrankheiten zeigt sich in den letzten zehn Jahren eine tendenzielle Abnahme um 66 % (5a und b; siehe aber Anmerkung bei Anlage 3). Bei den obstruktiven Atemwegskrankheiten lag der Höhepunkt 1996, die Abnahme seitdem beträgt ca. 70 % (5a und c).
- **Anlage 6:** Die Beobachtung der Statistik bei den durch Asbest bedingten BK ist von besonderem Interesse. Asbest ist seit vielen Jahren als Arbeitsstoff verboten und spielt nur noch bei der Sanierung von Bauten und der Beseitigung von Baumaterialien eine Rolle. Die Anzahl der gemeldeten BK nimmt – entgegen dem allgemeinen Trend bei BK – nicht ab. Die angezeigten Asbestosen stehen an vierter Stelle der am häufigsten angezeigten BK in Baden-Württemberg. Bei der Asbest-Staublung und dem Bronchialkarzinom lässt sich keine klare Tendenz feststellen. Die Zahl der angezeigten Mesotheliome hat trotz der Schwankungen von Jahr zu Jahr langfristig eine leicht zunehmende Tendenz. Die Validität der Daten muss aber in Zweifel gezogen werden, da

dem Gewerbearzt möglicherweise nicht alle Fälle von den Unfallversicherungen mitgeteilt werden.

- **Anlage 8:** Die Anlage 8 entspricht der Tabelle 8 im Jahresbericht der Gewerbeaufsicht. Hier sind die Zahlen aller im Jahr 2009 bearbeiteten BK zusammengestellt. Der Bergbau ist bei den BK in Baden-Württemberg traditionell „schlecht“ vertreten. Nach Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes wird nicht mehr zwischen einem gewerblichen und nicht-gewerblichen Bereich unterschieden. Verfahren nach dem Fremdrentengesetz werden auftragsgemäß ebenfalls vom Gewerbearzt begutachtet, soweit sie ihm vorgelegt werden. Zur Entwicklung der BK-Zahlen s. o. Von den Gewerbeärzten werden aus Personalmangel seit einigen Jahren keine Zusammenhangsgutachten mehr erstellt.

Dienstgeschäfte

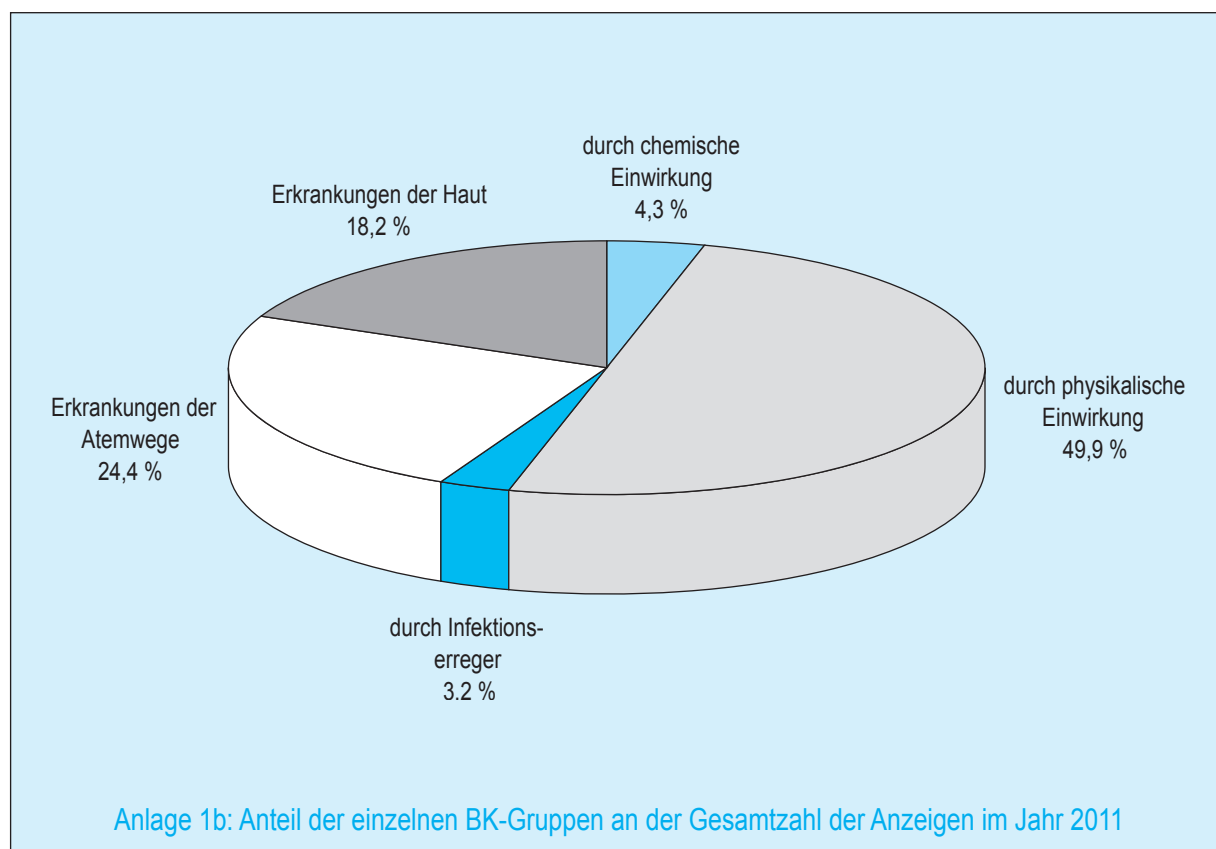
- **Anlage 7:** Die Anlage 7 entspricht der Tabelle 7 im Jahresbericht der Gewerbeaufsicht. Hier sind Zahlen zu den Dienstgeschäften der Gewerbeärzte aufgeführt, soweit sie statistisch erhoben werden. Die Zahl der Dienstgeschäfte hat gegenüber dem Vorjahr weiter abgenommen. Die in 2.3 aufgeführten Untersuchungen wurden vom Staatlichen Gewerbearzt bei Strahlenschutzuntersuchungen ausgeführt. Die in 2.1.4 genannten Beratungen in arbeitsmedizinischen Fragen betreffen Anfragen der technischen Gewerbeaufsicht sowie schriftliche und fernmündliche Anfragen von Betriebsärzten und anderen Personen.
- **Anlage 9:** Anlass für Betriebsbegehungen des Staatlichen Gewerbearztes sind das BK-Verfahren, Anfragen der technischen Gewerbeaufsicht, Nachfragen aus Betrieben und Projekte. Die Zahl der Begehungen ist wegen des damit verbundenen Zeitaufwandes bei geringer Personalkapazität rückläufig und hat einen absoluten Tiefstand erreicht. Die Begehungen umfassen Besichtigungen wie auch Gespräche mit den für den Arbeitsschutz Verantwortlichen im Betrieb.

Ermächtigungen

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

Anlage 1a: Anteil der einzelnen BK-Gruppen an der Gesamtzahl der Anzeigen im Jahr 2011

Nr.	BK	angezeigte Anzahl	%
1	durch chemische Einwirkung	181	4,3
2	durch physikalische Einwirkung	2 110	49,9
3	durch Infektionserreger	137	3,2
4	Erkrankungen der Atemwege	1 031	24,4
5	Erkrankungen der Haut	771	18,2
Summe		4 230	100,0
Sonstige		123	2,8
Gesamtsumme		4 353	



Anlage 2: Kausalität in den BK-Hauptgruppen – Entscheidungen der Gewerbeärzte im Jahr 2011¹

BK-Gruppe	% in den Klassen						% in Gruppen		
	1	2	3	4	5	6	1-2	1-3	1-6
1 chemische Einwirkung	3,3	3,3	0,0	87,3	1,1	5,0	6,6	6,6	100,0
2 physikalische Einwirkung	1,3	33,6	0,8	57,0	0,2	7,0	35,0	35,8	100,0
3 Infektionen	8,8	44,5	8,0	35,0	2,9	0,7	53,3	61,3	100,0
4 Atemwegserkrankungen	17,8	16,1	7,9	52,9	1,0	4,4	33,9	41,8	100,0
5 Hautkrankheiten	1,4	7,8	63,2	17,6	1,4	8,6	9,2	72,4	100,0
Durchschnitt (1-5)	5,7	23,7	14,1	49,4	0,8	6,4	29,4	43,5	100,0

1	BK rentenpflichtig anerkannt	5,7							
2	BK anerkannt ("dem Grunde nach")		23,7						
3	berufsbedingt, keine BK-Anerkennung			14,1					
4	BK abgelehnt, kein Zusammenhang				49,4				
5-6	keine Entscheidung möglich					7,1			
1-2	anerkannt						23,7		
1-3	berufsbedingt							43,5	

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

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

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

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

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

Klasse 6: Mangels Mitwirkung des Versicherten keine Entscheidung möglich

Zusammenfassende Bezeichnungen (siehe auch Anlage 8):

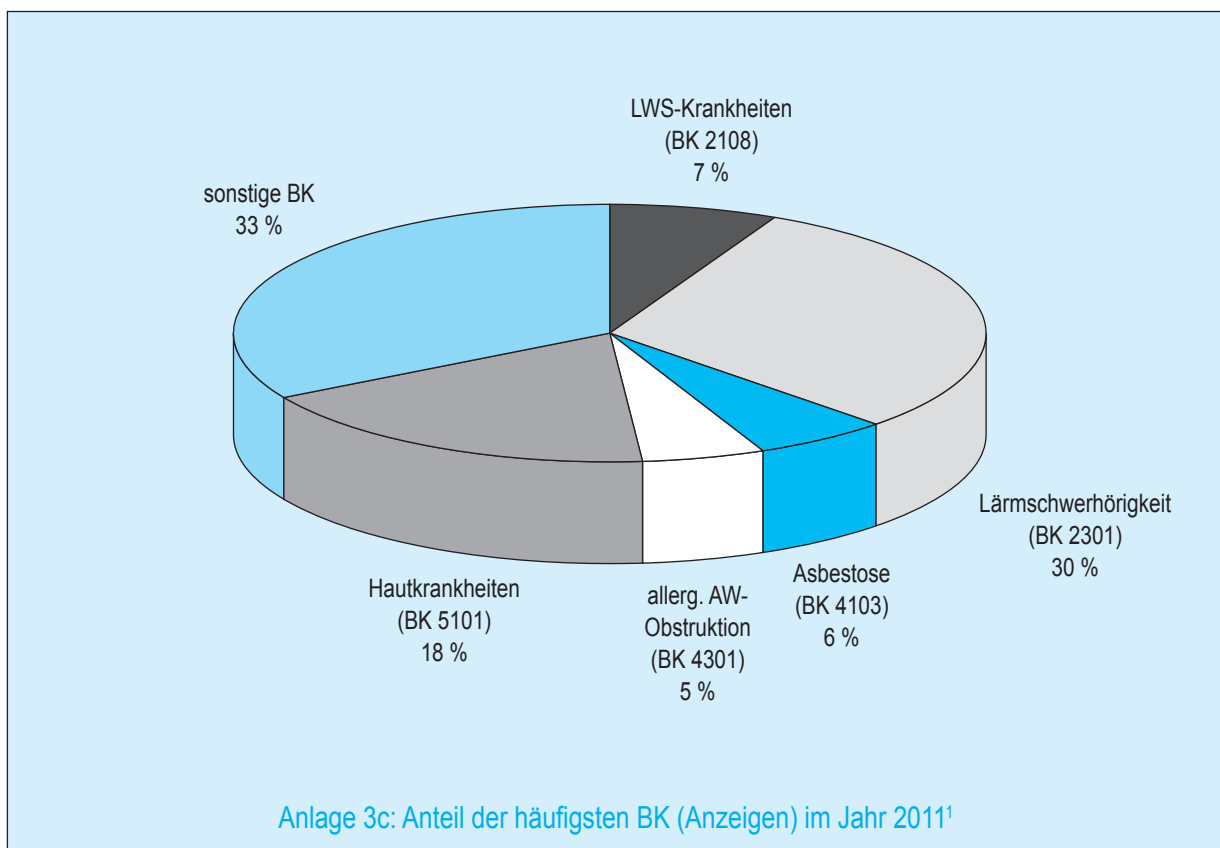
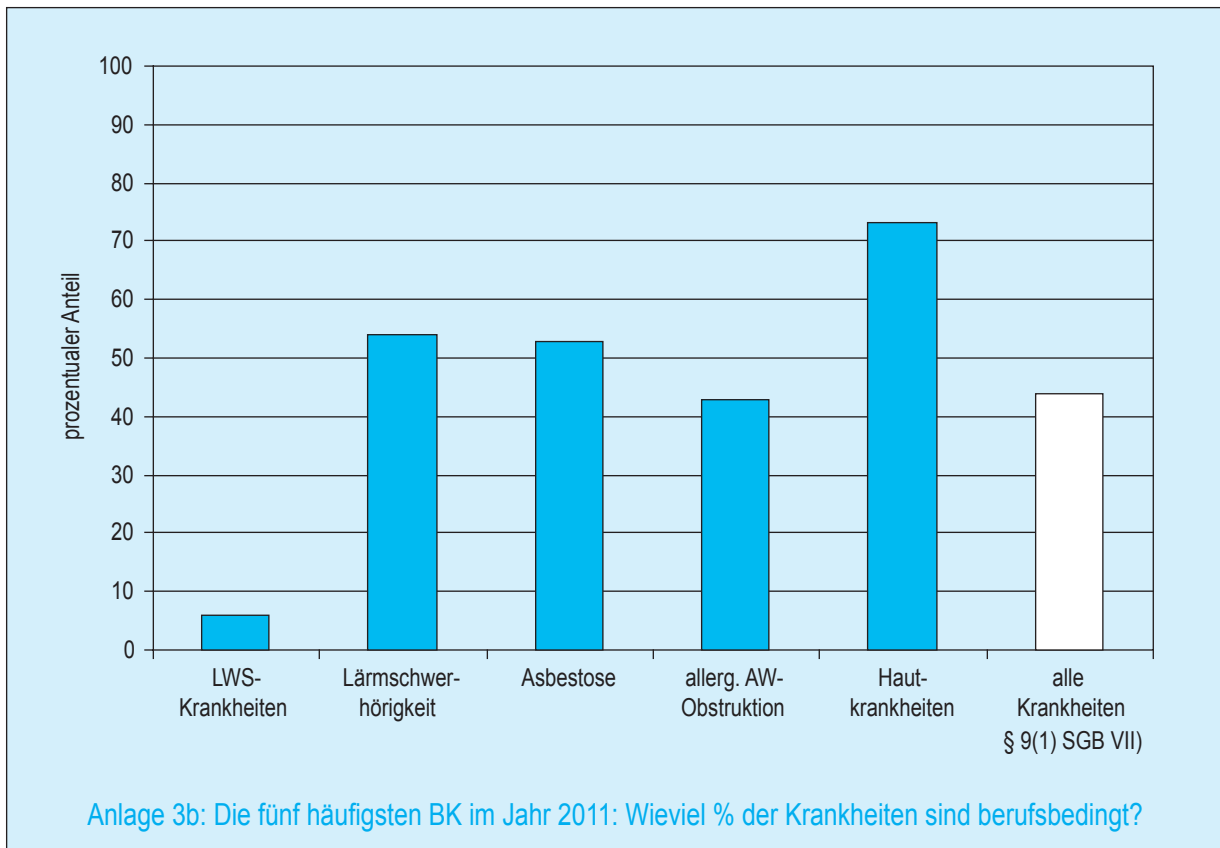
Klasse 1 = "bestätigt", die Klassen 1-3 = "berufsbedingt", die Klassen 1-6 = "begutachtet"

Anlage 3a: Die fünf häufigsten BK – Ergebnisse der Feststellungsverfahren im Jahr 2011¹

BK-Nr.	Krankheit	n	%	% -Anteile in den Klassen						
				1	2	3	4	5	6	bb (1-3)
2108	LWS-Krankheiten	312	7,4	2,6	1,9	1,3	88,1	0,0	6,1	5,8
2301	Lärmschwerhörigkeit	1 285	30,4	0,9	52,6	0,2	37,2	0,2	8,9	53,7
4103	Asbestose	243	5,7	8,6	43,2	0,8	41,6	0,0	5,8	52,7
4301	allerg. AW-Obstruktion	220	5,2	3,6	13,6	25,9	50,5	0,5	1,8	43,2
5101	Hautkrankheiten	761	18,0	1,4	7,6	64,0	16,8	1,4	8,7	73,1
alle Krankheiten (§ 9 Abs. 1 SGB VII)		4 230	100,0	5,7	23,7	14,1	49,4	0,8	6,4	43,5

bb = berufsbedingt

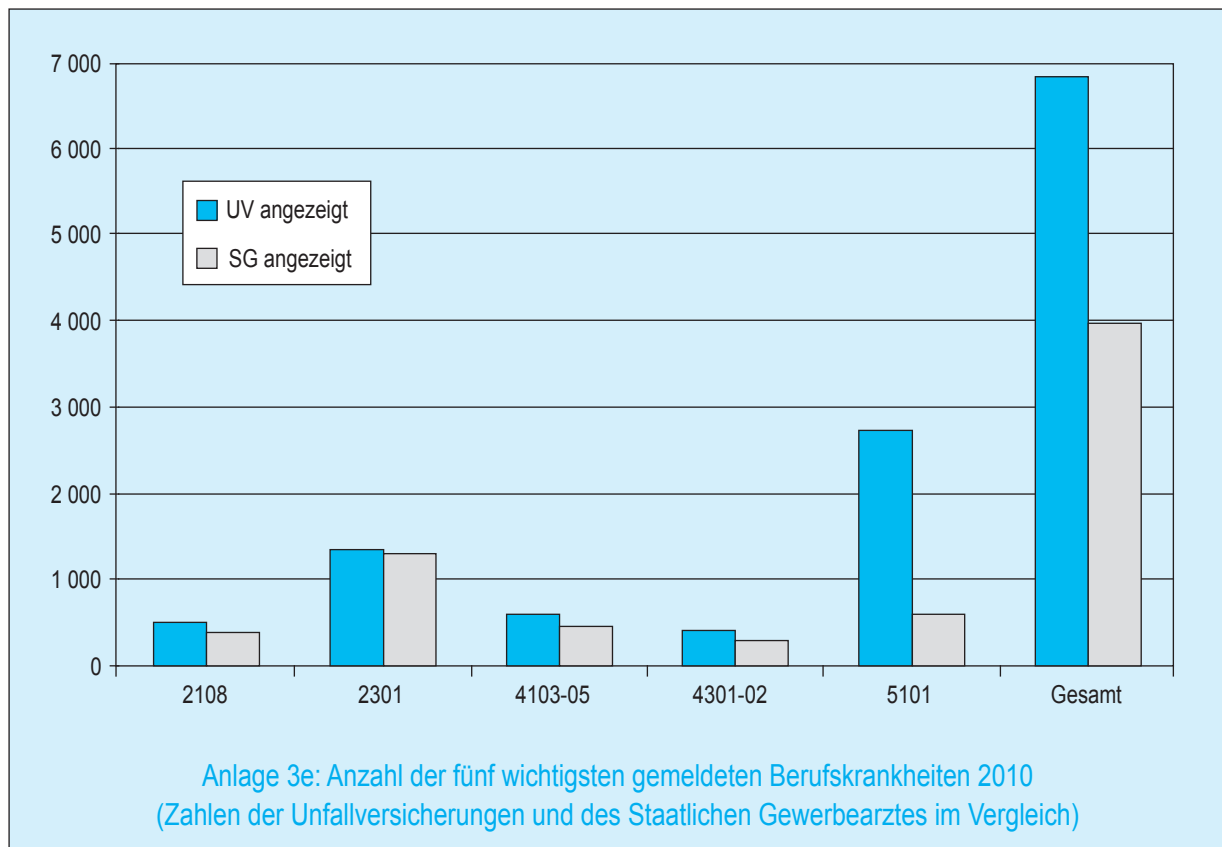
¹ Rundungsfehler sind nicht vermeidbar.



¹ Rundungsfehler sind nicht vermeidbar.

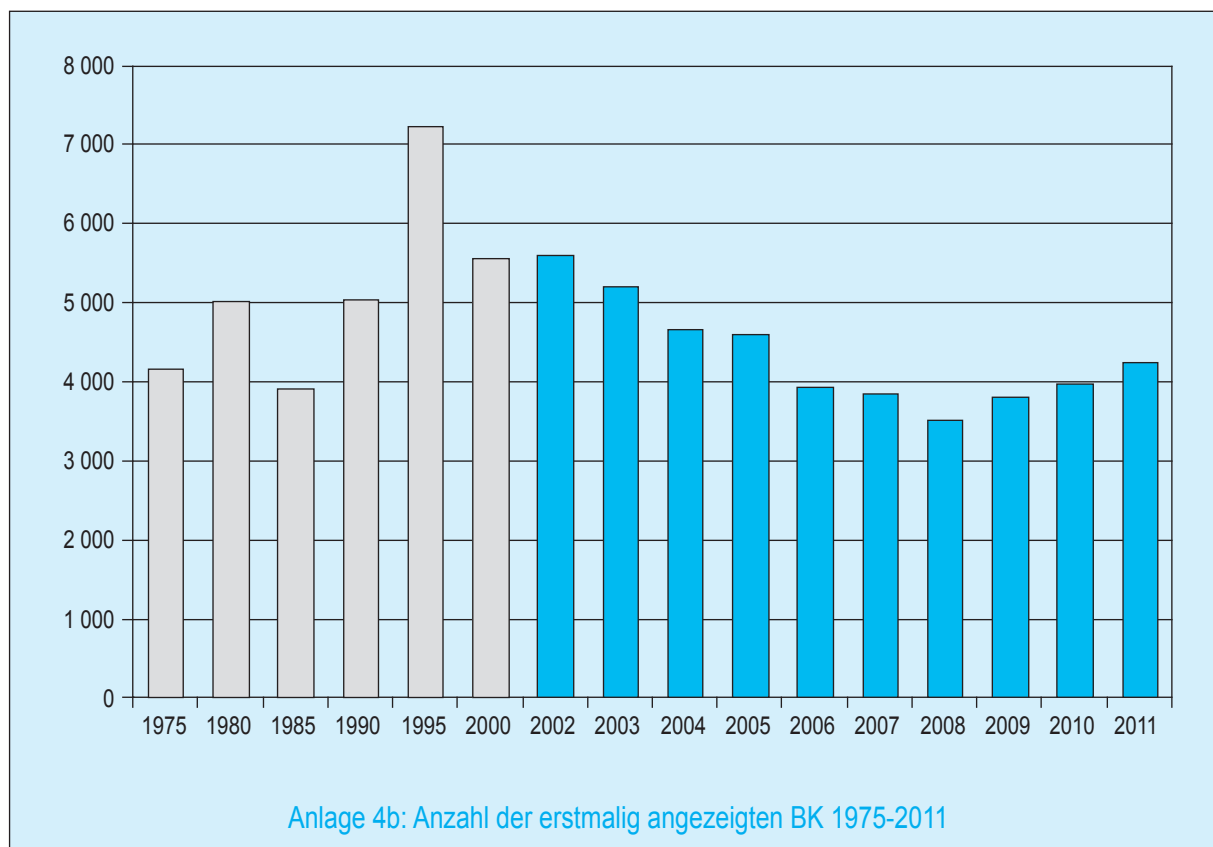
Anlage 3d: Anzahl der fünf wichtigsten gemeldeten BK 2010
(Zahlen der Unfallversicherungen und des Staatlichen Gewerbearztes im Vergleich)

BK	UV		SG		% SG/UV
	angezeigt	anerkannt	angezeigt	anerkannt	angezeigt
2108	508	23	389	17	77
2301	1 351	680	1 300	691	96
4103-05	617	274	478	204	77
4301-02	425	49	311	99	73
5101	2 749	76	601	397	22
Gesamt	6 827	1 253	3 983	1 614	58



Anlage 4a: Entwicklung der dem Gewerbearzt mitgeteilten BK (§ 9 Abs. 1 SGB VII) 1975-2011

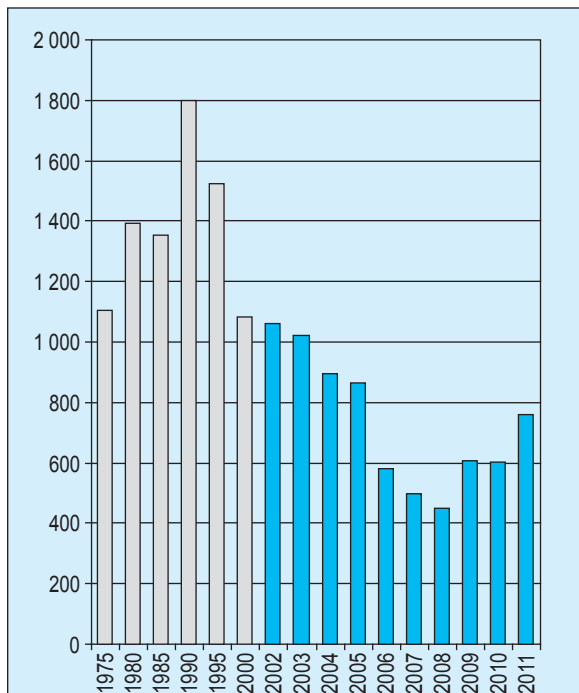
Jahr	Abschlüsse (n)	%	
		berufsbedingt	entschädigungs- pflichtig
1975	4 175		30,3
1980	5 033		14,3
1985	3 907	61,6	20,5
1990	5 048	65,9	31,4
1995	7 231	46,5	8,5
2000	5 562	44,3	6,8
2002	5 617	41,9	5,7
2003	5 210	43,7	6,4
2004	4 676	43,7	6,9
2005	4 612	42,6	5,4
2006	3 944	42,9	7,4
2007	3 847	43,0	6,4
2008	3 510	41,2	5,4
2009	3 819	43,8	5,5
2010	3 981	40,0	5,1
2011	4 247	43,5	5,7



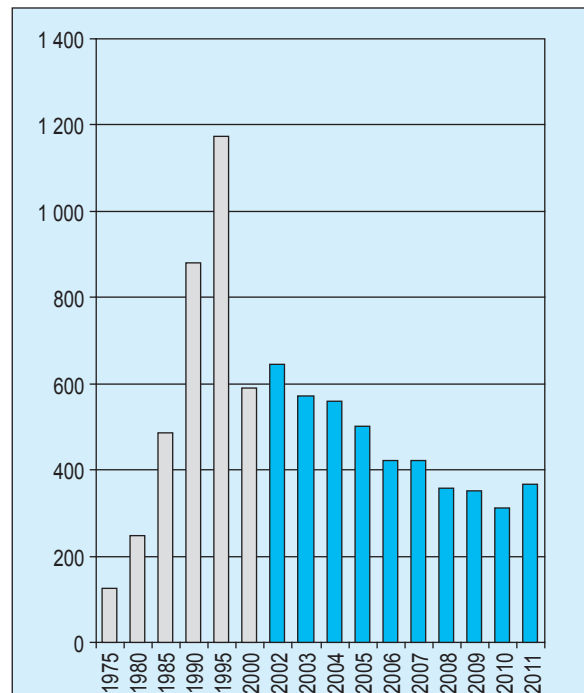
Anlage 5a: Entwicklung von BK-Anzeigen 1975-2011

Jahr	Hautkrankheiten			Obstruktive AW-Krankheiten		
	Anzahl	%		Anzahl	%	
		bb	ep		bb	ep
1975	1 106	0	21,8	124	0	41,9
1980	1 394	0	11,1	249	0	17,3
1985	1 355	70,1	15,1	487	52,0	20,7
1990	1 801	79,2	31,7	880	47,8	23,5
1995	1 525	70,0	12,2	1 173	36,2	6,9
2000	1 081	69,0	7,5	591	36,9	4,9
2002	1 061	71,8	6,8	645	32,6	5,0
2003	1 023	59,5	5,9	572	32,1	3,1
2004	895	61,8	5,9	559	35,4	6,1
2005	865	66,4	4,3	500	36,4	3,8
2006	580	65,2	4,1	422	36,3	4,5
2007	498	69,3	4,4	422	36,7	2,8
2008	451	66,1	3,5	358	34,6	5,3
2009	608	68,1	2,6	353	32,3	2,5
2010	601	65,3	2,8	311	31,8	3,9
2011	761	73,1	1,4	366	34,2	3,3

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



Anlage 5b: Entwicklung der BK-Anzeigen: Hautkrankheiten (BK 5101) 1975-2011

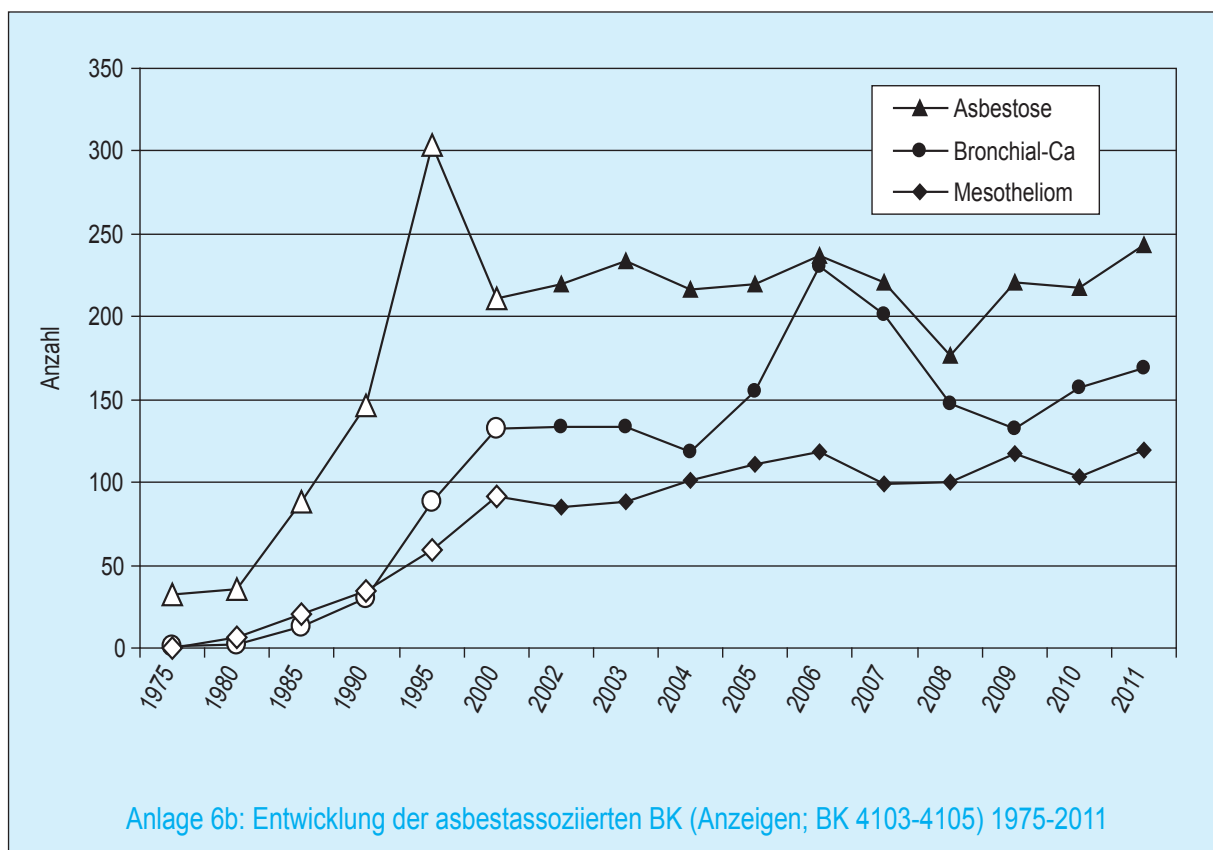


Anlage 5c: Entwicklung der BK-Anzeigen: obstruktive Atemwegskrankheiten (BK-Gruppe 43) 1975-2011

Anlage 6a: Entwicklung der asbestbedingten BK (Anzeigen) 1975-2011

Jahr	Asbestose		Bronchial-Ca		Mesotheliom	
	Anzahl	% bb	Anzahl	% bb	Anzahl	% bb
1975	32	43,8	1		*	*
1980	36	33,3	2	50,0	6	33,3
1985	88	58,0	13	46,2	20	80,0
1990	146	68,5	30	36,7	34	85,3
1995	304	71,1	88	31,8	59	76,3
2000	211	55,0	132	31,8	92	68,5
2002	220	56,8	134	25,4	85	63,5
2003	234	59,4	134	29,1	88	70,5
2004	216	58,3	119	23,5	101	72,3
2005	220	60,9	155	19,3	111	67,6
2006	237	59,5	230	22,2	118	72,0
2007	221	53,4	201	24,4	99	70,7
2008	177	52,5	148	17,7	100	63,0
2009	221	56,2	133	18,0	117	61,5
2010	218	48,6	157	21,0	103	63,1
2011	243	52,7	169	26,0	120	63,3

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



Anlage 7: Dienstgeschäfte und Tätigkeiten des Staatlichen Gewerbearztes im Jahr 2011

Position	Tätigkeit	Zuständigkeiten		Summe (4)
		Gewerbeaufsicht (1+3)	Bergaufsicht (2)	
1	Außendienst			
1.1.	Dienstgeschäfte	114		114
1.2.	Tätigkeiten			
1.2.1.	Betriebsbesichtigungen, Überprüfungen	53		53
1.2.2.	Besprechungen	99		99
1.2.3.	Vorträge (dienstlich)	5		5
1.2.4.	sonstige Tätigkeiten	0		0
1.2.5.	ärztliche Untersuchungen	4		4
1.2.6.	Messungen	1		1
1.2.7.	Beanstandungen*			0
2	Innendienst			
2.1.	Gutachten, Stellungnahmen, Beratungen			
2.1.1.	Gutachten über Berufskrankheiten und andere berufsbedingte Erkrankungen**			0
2.1.2.	Stellungnahmen bez. ASiG*			0
2.1.3.	sonstige Gutachten und Stellungnahmen*			0
2.1.4.	Beratung in arbeitsmedizinischen Fragen	788		788
2.2.	Ermächtigung von Ärzten			
2.2.1.	Ermächtigungen durch Staatlichen Gewerbearzt	13		13
2.2.2.	Stellungnahme zu Ermächtigungen	0		0
2.2.3.	Fristverlängerungen	18		18
2.3.	ärztliche Untersuchungen			
2.3.1.	Untersuchungsanlass			
2.3.1.1.	vorgeschriebene Vorsorgeuntersuchungen	45		45
2.3.1.2.	BK-Untersuchungen	0		0
2.3.1.3.	sonstige Untersuchungen	0		0
2.3.2.	Untersuchungsinhalt			
2.3.2.1.	körperliche Untersuchungen	45		45
2.3.2.2.	Röntgenuntersuchungen	0		0
2.3.2.3.	Elektrokardiogramme	40		40
2.3.2.4.	Lungenfunktionsuntersuchungen	0		0
2.3.2.5.	Blutuntersuchungen	45		45
2.3.2.6.	Urinuntersuchungen	45		45
2.3.2.7.1.	Hautuntersuchungen	45		45
2.3.2.7.2.	Hautteste	0		0
2.3.2.8.	sonstige medizin.-techn. Untersuchungen	0		0
2.4.	Analysen			
2.4.1.	biologisches Material	0		0
2.4.2.	Arbeitsstoffe	0		0
2.4.3.	Raumluftproben	0		0
2.4.4.	sonstige Analysen	0		0

* Tätigkeiten werden statistisch nicht erfasst

** ärztlich bearbeitete BK-Fälle

Anlage 8: Begutachtete BK im Jahr 2011

Nr. BK	Zuständigkeitsbereich												Summe						
	Gewerbeaufsicht						Bergbau			sonst., Fremdrentenges.			beg.	bb.	best.				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
1101	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen												5	0	0	0			
1102	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen													0	0	0			
1103	12	1	1						12	1	1								
1104	Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen													0	0	0			
1105	Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen													0	0	0			
1106	Erkrankungen durch Thallium oder seine Verbindungen													0	0	0			
1107	Erkrankungen durch Vanadium oder seine Verbindungen													0	0	0			
1108	2	1	1						2	1	1								
1109	Erkrankungen durch Phosphor oder seine anorganischen Verbindungen													0	0	0			
1110	8	1							8	1	0								
1201	Erkrankungen durch Kohlenmonoxid													0	0	0			
1202	Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff													0	0	0			
1301	54	6	5						54	6	5								
1302	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe													22	0	0			
1303	15	1					1		15	1	0								
1304	1								1	0	0								
1305	Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff													0	0	0			
1306	1								1	0	0								

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2011

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich												
		Gewerbeaufsicht			Bergbau			sonst., Fremdrentenges.			Summe			
		beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1307	Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen	1									1	0	0	
1308	Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen									0	0	0	0	
1309	Erkrankungen durch Salpetersäureester									0	0	0	0	
1310	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide	6	1							6	1	0	0	
1311	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylarylsulfide	1								1	0	0	0	
1312	Erkrankungen der Zähne durch Säuren	12								12	0	0	0	
1313	Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon									0	0	0	0	
1314	Erkrankungen durch para-tertiär-Butylphenol									0	0	0	0	
1315	Erkrankungen durch Isocyanate, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	14	8	1						14	8	1	1	
1316	Erkrankung der Leber durch Dimethylformamid									0	0	0	0	
1317	Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische	24	1							24	1	0	0	
1318	Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol	23	2	2						23	2	2	2	
2101	Erkrankungen der Sehnscheiden oder des Sehnenleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	93	10	1						93	10	1	1	
2102	Meniskussschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten	132	13	1						132	13	1	1	
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen	26	4	4						26	4	4	4	

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2011

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonst., Fremdrenges.		Summe							
		beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
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	8	1					1			9	1	0		
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck	38	8	1						38	8	1			
2106	Druckschädigung der Nerven	6	1	1						6	1	1			
2107	Abrissbrüche der Wirbelfortsätze									0	0	0	0		
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	336	17	2						336	17	2			
2109	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	46								46	0	0			
2110	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	7								7	0	0			
2111	Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit	1	1							1	1	0			
2112	Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastungen mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13 000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt 1 Stunde pro Schicht	121	6	4				1		122	6	4			
2201	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft									0	0	0	0		
2301	Lärmschwerhörigkeit	1 298	689	13				2	2	1 300	691	13			
2401	Grauer Star durch Wärmestrahlung									0	0	0	0		

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2011

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonst., Fremdrenges.		Summe							
		beg.	bb.	best.	beg.	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
2402	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen	5	1	1							5	1	1		
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	58	27	3							58	27	3		
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	52	28	3							52	28	3		
3103	Wurmkrankheiten der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale der Strongy- loides stercoralis										0	0	0	0	
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	12	9	1							12	9	1		
4101	Quarzystaublungenerkrankung (Silikose)	59	23	6			14	5	3	73	28	9			
4102	Quarzystaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko- Tuberkulose)	3	1	1						3	1	1			
4103	Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkran- kungen der Pleura	218	106	18						218	106	18			
4104	Lungenkrebs- oder Kehlkopfkrebs - in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) - in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder - bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeits- platz von mindestens 25 Faserjahren (25×10^6 ((Fasern/m ³) x Jahre))	156	32	25			1	1	1	157	33	26			
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Peri- kards	103	65	61						103	65	61			
4106	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Ver- bindungen	3	1	1						3	1	1			
4107	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbei- tung von Hartmetallen	7	1							7	1	0			

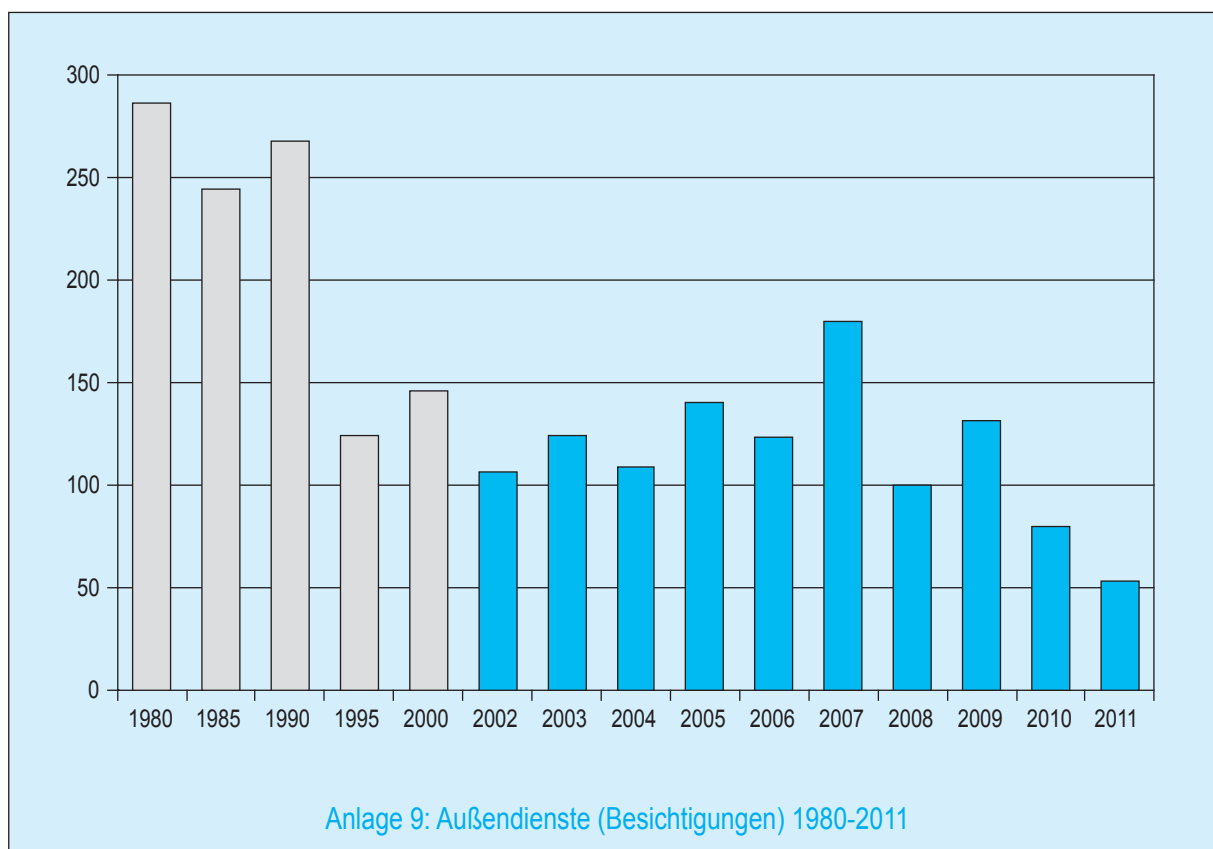
Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2011

Nr. BK	Zuständigkeitsbereich												Summe bb. best.									
	Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonst., Fremdentenges.		Summe															
	beg.	bb. best.	beg.	bb. best.	beg.	bb. best.	beg.	bb. best.														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12										
4108	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Thomasmehl (Thomasphosphat)												0	0	0							
4109	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen												2	0	0							
4110	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereiohrgase												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 ($\mu\text{g}/\text{m}^3 \times \text{Jahre}$)												1	1	1	7	3	3	8	4	4	
4112	Lungenkrebs durch Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO_2) bei nachgewiesener Quarzstaublungenkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)												13	1	1					13	1	1
4113	Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benzo(a)pyren-Jahren ($\mu\text{g}/\text{m}^3 \times \text{Jahre}$)												4	1	1					4	1	1
4114	Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis, die einer Verursachungswahrscheinlichkeit von mindestens 50 % nach der Anlage 2 entspricht												1							1	0	0
4115	Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen (Siderofibrose)												5							5	0	0
4201	Exogen-allergische Alveolitis												14	4	2					14	4	2
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- und Buchenholz												13	9	7					13	9	7

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2011

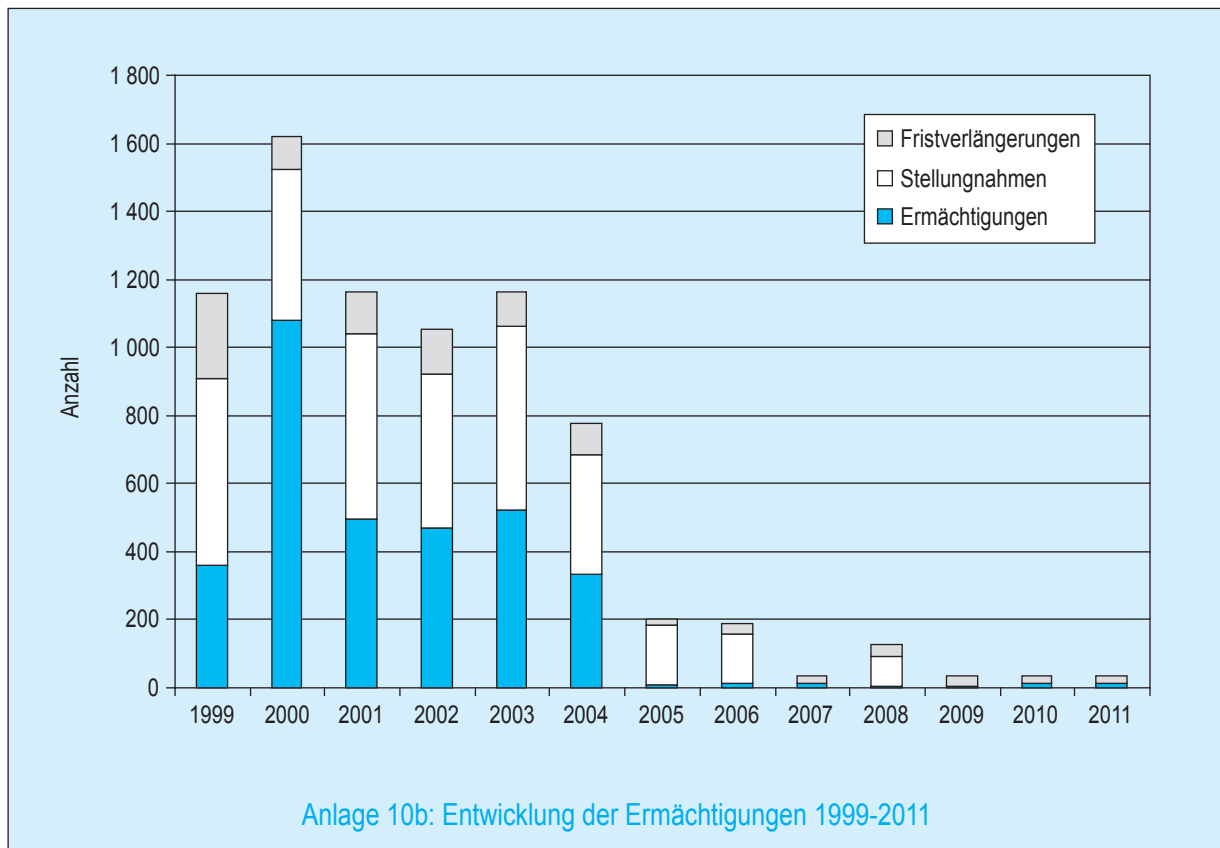
Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht				Bergbau				sonst., Fremdrentenges.				Summe	
		beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
4301	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	206	81	4							206	81	4		
4302	Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	212	26	11							212	26	11		
5101	Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	621	400	14							601	400	14		
5102	Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe	24	6	6							24	6	6		
6101	Augenzittern der Bergleute										0	0	0		
Berufskrankheiten nach § 9(1) SGB VII															
9999	Berufskrankheit nach § 9(2) SGB VII	107	8	3							107	8	3		
0	Kein begründeter Verdacht auf Berufskrankheit	20									20	0	0		
Summe		4 233	1 603	207	0	0	0	27	11	7	4 240	1 614	214		

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



Anlage 10a: Entwicklung der Ermächtigungen 1999-2011

Jahr	Ermächtigungen	Stellungnahmen	Fristverlängerungen	Summe
1999	359	551	249	1 159
2000	1 080	445	95	1 620
2001	498	544	122	1 164
2002	469	455	128	1 052
2003	524	538	100	1 162
2004	335	349	94	778
2005	9	177	15	201
2006	14	144	29	187
2007	15	0	18	33
2008	5	87	36	128
2009	5	0	31	36
2010	15	0	22	37
2011	15	0	18	33



Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen



Schutz durch Rechtsverfahren: die Gesundheit der Bevölkerung

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

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

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

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

Als Landesprüfungsamt obliegt der Abteilung weiter die verwaltungsmäßige Betreuung der Studiengänge für die akademischen Heilberufe Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Lebensmittelchemiker. Daher erhalten die Studenten dieser Fachrichtungen vom Regierungspräsidium z. B. die Anrechnungen verwandter Studienleistungen, die Zulassungen zu den einzelnen Prüfungen an den jeweiligen Universitäten des Landes und bei Bestehen die staatlichen Prüfungszeugnisse. Bei den Pflegeberufen (z. B. in der Krankenpflege und Altenpflege), bei den medizinischen Fachberufen (z. B. in der Physiotherapie/Massage und Ergotherapie) sowie bei den sozialen Berufen (z. B. in der Jugend- und Heimerziehung oder der Heilpädagogik) genehmigt und betreut in fachlicher Hinsicht das Referat für den Bereich des Regierungsbezirks die entsprechenden Schulen/Ausbildungsstätten, nimmt bei den Absolventen die Prüfungen ab und erteilt ihnen bei Bestehen oder bei vergleichbarer ausländischer Ausbildung die Erlaubnis zum Führen der geschützten Berufsbezeichnung. Das Referat erteilt in den akademischen und nicht-akademischen Gesundheits-, Sozial- und Pflegeberufen insgesamt ca. 6 500 Approbationen

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

Schutz durch Zusammenarbeit – Aufsicht und Beratung (Schulaufsicht)

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

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

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

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

Schutz durch Rechtseingriffe – Entzug der Approbation/Berufsurkunde

Erst mit der Approbation darf der akademische Heilberuf (etwa: Arzt, Zahnarzt, Apotheker) ausgeübt und die Berufsbezeichnung geführt werden. In den nicht-akademischen Berufen darf ohne die Berufsbezeichnungsurkunde die jeweilige Berufsbezeichnung nicht geführt werden; der Gesundheitsfach- oder Pflegeberuf sowie der soziale Beruf könnte somit nur eingeschränkt ausgeübt werden. Die Bundesärzteordnung sieht beispielsweise für Ärzte vor, dass eine Approbation neben dem Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen u. a. nur dann erteilt werden darf, wenn der Antragsteller „sich nicht eines Verhaltens schul-

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

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

„In gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs geeignet“ ist nur der Arzt, der auch physisch und psychisch in der Lage ist, den Beruf vollumfänglich auszuüben. Wer dies nicht ist, stellt u. U. 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 einer bei

ihm möglicherweise vorhandenen 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 Therapieempfehlungen 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 Berufes 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 „Unzu-

verlässigkeit“ 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.

Kennzahlen für das Jahr 2011

Erteilte Erlaubnisse Altenpfleger	408
Erteilte Erlaubnisse Gesundheits- und Krankenpfleger	733
Erteilte Berufserlaubnisse Jugend- und Heimerzieher	101
Zulassungsanträge für die medizinischen Prüfungen	3 421
Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung	1 359
Approbationen und Berufserlaubnisse an Ärzte mit ausländischer Ausbildung	1 534
Erteilung Berufserlaubnisse an Physiotherapeuten	226

Die Kennzahlen des Referats 92 bewegen sich weiter auf dem sehr hohen Niveau der Vorjahre. Insgesamt hat das Referat 6 546 Berufserlaubnisse (Vorjahr: 6 270) erteilt. Dies umfasst die Approbationen für akademische und nicht-akademische Gesundheits- und Pflegeberufe sowie für soziale Berufe. Während die Zahlen der Erlaubnisse bei deutscher Ausbildung rückläufig sind, sind bei den ausländischen akademischen Ausbildungen (Arzt, Zahnarzt, Apotheker) Zunahmen zu verzeichnen. Die Zahl der Approbationen und Berufserlaubnisse an Ärzte mit ausländischer Ausbildung hat nochmals deutlich zugenommen (1 534 gegenüber 1 303 im Vorjahr) und hat mittlerweile die Zahl der Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung (1 365) übertroffen. Die Zulassungsanträge für die medizinischen Prüfungen an den Universitäten sind gegenüber dem Vorjahr weiter rückläufig und haben das niedrigste Niveau seit fünf Jahren erreicht. Dies gilt auch für die Zahl der erteilten Erlaubnisse an Gesundheits- und Krankenpfleger. Bei den ausgebildeten Altenpflegern bewegt sich die Zahl der Erlaubnisse auf dem Niveau des Vorjahres bei einer weiterhin bestehenden Zunahme in der Altenpflegehilfe.

Projekte 2011



51 Projekte (Vorjahr: 61) ergänzen die laufenden Arbeiten des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg und heben einzelne Arbeitsschwerpunkte hervor. Sie sind zeitlich befristet und werden im Rahmen jährlicher Zielvereinbarungen zwischen dem Fachressort, dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, und dem Regierungspräsidium Stuttgart abgestimmt.

Projektkriterien

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

Projekttitle	Zeitraum	Verantwortliche Organisationseinheit
Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe zur Unterstützung der Umsetzung der Gesundheitsstrategie	01/2010 - 12/2013	Abt. 9
ISSGA-Neuentwicklung	04/2010 - 06/2013	Ref. 91
Konsequenzen der Neuordnung der Akkreditierungslandschaft in Deutschland für den Laborbereich des LGA	04/2010 - 03/2014	Ref. 91
LIMS-Nachfolgesystem	01/2004 - 06/2013	Ref. 91
Migration Content Managementsystem (CMS)	07/2009 - 12/2011	Ref. 91
Organisatorisch-administrativer Teil (einschließlich Gebührenkalkulation/-abwicklung) der Erstellung modellhafter Fortbildungsmodulare für ÖGD-Bedienstete am Beispiel und im Zusammenhang mit der Krankenhaushygieneverordnung	12/2011 - 12/2013	Ref. 91
Windows Vista-Migration	11/2010 - 12/2011	Ref. 91
Online-Prüfanmeldung	10/2010 - 06/2012	Ref. 92
Automatisiertes mikrobiologisches Trinkwasser-Monitoring-System (DMP)	01/2010 - 07/2013	Ref. 93
Chronisches Q-Fieber beim Menschen (DMP)	01/2011 - 09/2013	Ref. 93
Coxiellen: B-Pathogen-Panel (DMP)	11/2010 - 12/2012	Ref. 93
Etablierung des S3-Labors	01/2008 - 12/2011	Ref. 93
Ökologie der Zecken als Überträger von Krankheitserregern in Baden-Württemberg (DMP)	04/2011 - 12/2011	Ref. 93
Q-Fieber-Konsiliarlabor: Fachaufgaben (DMP)	01/2010 - 12/2012	Ref. 93
Q-Fieber-Konsiliarlabor: Netzwerkprojekt des RKI-Netzwerkes Zoonosen (DMP)	01/2011 - 12/2013	Ref. 93
Typisierung aller Tuberkulosekulturen in Baden-Württemberg	01/2010 - 12/2011	Ref. 93
Untersuchungen zum Vorkommen der viszerale Leishmaniose in Baden-Württemberg (DMP)	01/2011 - 12/2011	Ref. 93
Be smart – Don't start (10.-13. Folgeprojekt i. R. d. Tabakprävention)	01/2001 - mind. 05/2013	Ref. 94

Projekttitle	Zeitraum	Verantwortliche Organisationseinheit
Erstellung mehrsprachiger Elternbroschüren Alkohol (DMP)	01/2002 - 12/2012	Ref. 94
Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg. Netzwerke für generationenfreundliche Kommunen (Folgeprojekt; DMP)	08/2010 - 07/2013	Ref. 94
Kampagne „Spielverderber“ (Folgeprojekt; DMP)	01/2008 - 12/2014	Ref. 94
Mehrsprachiges Internetangebot Aids/STI (DMP)	12/2010 - 12/2011	Ref. 94
Regionaler Knoten Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Folgeprojekt; DMP)	01/2004 - 07/2013	Ref. 94
Umsetzung des Integrationsplans Baden-Württemberg; Themenschwerpunkt Gesundheit: Leitfaden Gesundheit	01/2008 - 12/2012	Ref. 94
Zentrum für Bewegungsförderung Baden-Württemberg (Folgeprojekt; DMP)	05/2011 - 12/2013	Ref. 94
Arbeitshilfen für die Ermittlungsarbeit in den Gesundheitsämtern zu ausgesuchten meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten	01/2009 - 12/2011	Ref. 95
Biologische Gefahrenlagen: Risikobewertung, ultraschnelle Detektion und Identifizierung von bioterroristisch relevanten Agenzien (DMP)	04/2008 - 12/2011	Ref. 95
Dokumentation und Auswertung der verbindlichen Sprachstandsdiagnostik (DMP)	09/2008 - 12/2013	Ref. 95
EDV-unterstützte Dokumentation, Auswertung und Archivierung von Einschulungsuntersuchungen (DMP)	12/2010 - 12/2012	Ref. 95
Epidemiologie der Haemophilus influenzae-Erkrankungen in Baden-Württemberg	01/2009 - 12/2014	Ref. 95
Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V	01/2009 - 06/2011	Ref. 95
Erschließung von Methodik und Ergebnissen der HBSC-Studie für die Belange der Gesundheitsstrategie (DMP)	12/2009 - 12/2011	Ref. 95
Impfschutz und Maßnahmen zum WHO-Ziel 2015: Eliminierung von Masern und Röteln	01/2009 - 12/2015	Ref. 95
Implementierung des Gesundheitsatlas Baden-Württemberg auf der ÖGD-Homepage (Folgeprojekt)	10/2009 - 12/2013	Ref. 95
Infektionsbericht Baden-Württemberg 2011 (Folgeprojekt)	01/2009 - 08/2012	Ref. 95
Landesweite Einführung der neu konzipierten Einschulungsuntersuchung	02/2005 - 12/2011	Ref. 95
Monitoring sylvatischer Zoonosen (DMP)	01/2011 - 01/2014	Ref. 95
Risikofaktoren für symptomatische Giardia lamblia-Infektionen	01/2011 - 06/2011	Ref. 95
Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchung	08/2011 - 12/2013	Ref. 95
Umstellung auf neue Meldesoftware SurvNet 3	11/2010 - 06/2012	Ref. 95
Unterstützung der 2. Nationalen Impfkonzferenz	10/2010 - 06/2011	Ref. 95
Weiterentwicklung und Begleitung der Einschulungsuntersuchung	02/2005 - 06/2012	Ref. 95
Aurale Lärmwirkungen bei Kindern	07/2006 - 12/2012	Ref. 96
Auswirkung von Wohnumweltafaktoren auf den Vigilanzgrad in der Schule	03/2009 - 12/2011	Ref. 96
Bestimmung von Hintergrundkonzentrationen von Schimmelpilzen in Dämmstoffen und anderen Materialien im Innenraum in Hinblick auf Sanierungsempfehlungen (DMP)	01/2011 - 07/2012	Ref. 96
Betriebliches Gesundheitsmanagement in Zahnarztpraxen am Beispiel von Hautkrankheiten	12/2009 - 06/2012	Ref. 96
Checkliste BioStoffV „Krankenhaus“	09/2009 - 03/2012	Ref. 96

Projekttitlel	Zeitraum	Verantwortliche Organisationseinheit
Erstellung einer Homepage für Angebote im betrieblichen Gesundheitsmanagement	06/2010 - 06/2012	Ref. 96
Evaluation der Angebote zum betrieblichen Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung im Rahmen der Gesundheitsstrategie (DMP)	01/2011 - 03/2013	Ref. 96
Follow-Up-Studie: Qualitätssicherung bei Nadelschutztechniken	01/2008 - 12/2011	Ref. 96
FUNGISCOPE – Identifizierung von Schimmelpilzen als seltene Infektionserreger (DMP)	10/2010 - 09/2013	Ref. 96
Leitfaden „Arbeitsschutz in Einrichtungen der vorschulischen Erziehung“	09/2008 - 12/2012	Ref. 96
Leitfaden: Mutterschutz im Krankenhaus (3. Auflage)	09/2009 - 06/2012	Ref. 96
Organisatorische Unterstützungsleistungen im Rahmen der Geschäftsstelle des WHO-CC (DMP)	04/2007 - 12/2014	Ref. 96
Raumklima und Befindlichkeit/Wohnzufriedenheit der Bewohner in energetisch teilsanierten Wohnungen (KLIMOPASS; DMP)	01/2011 - 12/2012	Ref. 96

Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot



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

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

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

Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Kleinbadeteiche in Theorie und Praxis	26.01.2011	Ref. 93
Workshop: Molekularbiologische Diagnostik am Beispiel von Influenza	22.02.2011	Ref. 93
Workshop: Methoden und Befundbewertung im Wasserlabor	21.03./26.09.2011	Ref. 93
Workshop: Mikrobiologische Grundlagen zur bakteriellen Diagnostik von Gastroenteritiden	22.03.2011	Ref. 93
Workshop: Diagnostik der Tuberkulose	29.03./15.11.2011	Ref. 93
Workshop: Bedeutung von Parasiten, Schädlingen und Lästlingen	12.04.2011	Ref. 93
Grundkurs für Hygienebeauftragte Ärzte	01.12.2011	Ref. 93
Grundlagen der Mikrobiologie (Teil II) für Hygienefachkräfte/Wasserhygiene	01.12.2011	Ref. 93

Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
ÖGD-Fachaustausch zur Umsetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen	02.02./30.03./ 29.06.2011	Ref. 94
Dienstbesprechung HIV/STI	23.03./26.10.2011	Ref. 94
Einführungskurs Interdisziplinäre Frühförderung		
– Nr. 17 (Teil 2)	28.-30.03.2011	Ref. 94
– Nr. 18 (Teil 1)	14.-16.11.2011	Ref. 94
Autismus – Update	14.04.2011	Ref. 94

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Statuskolloquium „Neuakzentuierung der Prävention“	15.04.2011	Ref. 94
Qualifizierung "Kordinator kommunale Gesundheitsförderung"	05.-06./26.-27.05.2011	Ref. 94
Gesund älter werden in der Stadt und auf dem Land	16.05.2011	Ref. 94
Arbeitstreffen der Leitungen der Interdisziplinären Frühförderstellen	18.05.2011	Ref. 94
Dienstbesprechung Landesblindenhilfe	30.06.2011	Ref. 94
Schulung zum Dokumentationssystem Suchtprävention dot.sys 3.0	06./25.07.2011	Ref. 94
Landesweite Fachkonferenz Gesundheitsförderung	13.07.2011	Ref. 94
Workshop zur Öffentlichkeitsarbeit in der Suchtprävention	21.07.2011	Ref. 94
Symposium Frühförderung Baden-Württemberg	11.10.2011	Ref. 94
Präventive Hausbesuche	21.11.2011	Ref. 94

Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Qualitätsmanagement in Ausbruchssituationen und im IfSG-Meldewesen	13.04./07.12.2011	Ref. 95
Gestaltung guter Grafiken zu Gesundheitsdaten	26.05.2011	Ref. 95
Abschluss Einschulungsuntersuchung 2012/Auftakt Einschulungsuntersuchung 2013	14./15.09.2011	Ref. 95

Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Ergodermatologisches Kolloquium "Umgang mit Isocyanaten"	19.01.2011	Ref. 96
Arbeitsmedizinische Kolloquien		
– Nr. 83: Prävention arbeitsbedingter Muskel- und Skeletterkrankungen	21.01.2011	Ref. 96
– Nr. 84: Betriebliches Gesundheitsmanagement	18.03.2011	Ref. 96
– Nr. 85: Doping im Beruf	08.07.2011	Ref. 96
– Nr. 86: Arbeitsschutz im Krankenhaus	23.09.2011	Ref. 96
– Nr. 87: Biologische Arbeitsstoffe und Klimawandel	16.12.2011	Ref. 96
Arbeitsmedizinische Qualitätszirkel		
– Nr. 25: Wie Belastungen bei der Krankenpflege meiden?	09.02.2011	Ref. 96
– Nr. 26: Wie Belastungen bei der Krankenpflege meiden?	23.02.2011	Ref. 96
– Nr. 27: Was gibt es Neues bei persönlichen Schutzausrüstungen?	20.07.2011	Ref. 96
– Nr. 28: Was gibt es Neues bei persönlichen Schutzausrüstungen?	09.11.2011	Ref. 96

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Umwelttoxikologische Kolloquien		
– Nr. 14: Der Pfad Boden – Mensch, Altlastenbearbeitung in Baden-Württemberg	17.02.2011	Ref. 96
– Nr. 15: Allergie und Prävention	16.03.2011	Ref. 96
– Nr. 16: Umwelteinflüsse und kognitive Fähigkeiten	06.07.2011	Ref. 96
– Nr. 17: Analytische Qualitätssicherung in der Umweltmedizin	28.10.2011	Ref. 96
Treffen der Referenzlabore	28.02.2011	Ref. 96
Fortbildung für Ringversuchsteilnehmer	01.03.2011	Ref. 96
Schimmelpilze in Innenräumen – Laborkurs	22.03.2011	Ref. 96
Hygiene beim Tätowieren und Piercen	11.-12.04./ 04.-05.10.2011	Ref. 96
2. Arbeitsmedizinisch-umwelttoxikologisches Kolloquium "Lärmbelastungen"	06.05.2011	Ref. 96
Elektromagnetische Felder im Alltag	17.05.2011	Ref. 96
Fortgeschrittenen-Kurs "Identifizierung von Schimmelpilzen: Acremonium, Fusarium Trichoderma, Verticillium und biverticillate Penicillien"	24.-25.05.2011	Ref. 96
Anfänger-Kurs "Nachweis und Identifizierung von Schimmelpilzen in Innenräumen und in der Umwelt"	26.-28.05.2011	Ref. 96
ÖGD-Fortbildung im Strahlenschutz: aktueller Stand	15.07.2011	Ref. 96

Sonstiges

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Amtsärztliche Fortbildung: Begutachtungen im Rahmen von Dienstunfällen und bei Hörstörungen	12.07.2011	Abt. 9
LGA-Symposium: Metabolisches Syndrom/Diabetes – aktuelle Aspekte zu Primärprävention und Früherkennung	07.10.2011	Abt. 9

LGA-interne Fortbildungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
2. LGA-Kolloquium: „Infektiologie im LGA – Einblicke in Labor und Praxis“	26.01.2011	Ref. 93
3. LGA-Kolloquium: „Epidemiologie im LGA: Einblicke in die Infektionssurveillance und Ausbruchsuntersuchungen“	30.03.2011	Ref. 95
4. LGA-Kolloquium: „Radioaktivität – was ist das?“	18.05.2011	Ref. 96
5. LGA-Kolloquium: „Spielverderber Sucht“	13.07.2011	Ref. 94
6. LGA-Kolloquium: „Fort- und Weiterbildungen im LGA“ + „Europafähigkeit im Regierungspräsidium“	28.09.2011	Ref. 91
7. LGA-Kolloquium: „Zusammenarbeit LGA/CVUAen“	16.11.2011	Ref. 96

Aus-, Fort- und Weiterbildung Hygiene in medizinischen Einrichtungen

Berufsgruppe Hygienebeauftragte Ärzte

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	07.-11.02./06.-10.06./ 28.11.-02.12.2011	Ref. 91

Berufsgruppe Desinfektoren

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	14.03.-01.04./10.-28.10.2011	Ref. 91
Fortbildungskurs	11.-12.04./04.-05.10.2011	Ref. 91

Berufsgruppe Hygienefachkräfte

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Lehrgang A		
Grundlagen der Krankenhaushygiene	10.01.-18.02.2011	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation, Themenbereich 5	21.-25.02./28.03.-01.04.2011	Ref. 91
Grundlagen der Mikrobiologie		Ref. 91
– Teil 1	14.-25.03.2011	Ref. 91
– Teil 2	02.-13.05.2011	Ref. 91
Sozialwissenschaftliche Grundlagen	04.-15.04./16.-27.05./ 19.-30.09.2011	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation	06.06.-10.06.2011	Ref. 91
Grundlagen der technischen Krankenhaushygiene und des Krankenhausbaus		
– Teil 1	10.-21.10.2011	Ref. 91
– Teil 2	07.-18.11.2011	Ref. 91
Lehrgang B		
Grundlagen der Krankenhaushygiene	12.09.-21.10.2011	Ref. 91
Grundlagen der Mikrobiologie		
– Teil 1	07.-18.11.2011	Ref. 91
– Teil 2	28.11.-09.12.2011	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation, Themenbereich 5	21.-25.11.2011	Ref. 91

Hygiene in Arzt- und Zahnarztpraxen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Hygiene in Zahnarztpraxen		
– Teil 1	11.-13.01./29.-31.03./27.-29.09.2011	Ref. 91
– Teil 2	01.-03.02./18.-20.04./22.-24.11.2011	Ref. 91
Hygiene in Arztpraxen		
– Teil 1	01.-03.02./20.-22.09.2011	Ref. 91
– Teil 2	15.-17.02./25.-27.10.2011	Ref. 91

Hygiene in Pflegeeinrichtungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	24.01.-28.01.2011	Ref. 91
Aufbaukurs 5	07.-11.02./07.-11.11.2011	Ref. 91
Aufbaukurs 1	21.-25.02.2011	Ref. 91
Aufbaukurs 3	14.-18.03./27.06.-01.07./10.-14.10.2011	Ref. 91
Aufbaukurs 2	28.03.-01.04.2011	Ref. 91
Aufbaukurs 4	16.-20.05./24.-28.10.2011	Ref. 91

Gremienarbeit



Abteilungsleitung 9

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

Referat 91: Recht und Verwaltung

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

Referat 92: Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen

- Arbeitsgemeinschaft der Approbationsbehörden in Deutschland

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

Referat 93: Hygiene, Infektionsschutz

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

Referat 94: Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

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

- * Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen
- * Projektgruppe Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen der Gesundheitsstrategie
- ÖGD Baden-Württemberg
 - Netzwerktreffen g'sund & g'scheit
 - Regionale Fachkonferenzen der Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit/§ 19 IfSG
 - Regionale Fachkonferenzen für Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg

Referat 95: Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

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

- Fachbeirat Einschulungsuntersuchung
- Qualitätszirkel Tuberkulose
- Robert Koch-Institut (RKI)
 - Bund-Länder-Arbeitsgruppe Surveillance
 - Herausgeberbeirat Bundesgesundheitsblatt
 - Kommission Infektionsepidemiologie
 - Kommission Qualitätssicherung und Methoden der Umweltmedizin
- Telematikplattform Medizinische Forschungsnetze: Arbeitsgruppe Zoonosen und Infektionsforschung
- Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (WHO EURO): Regionales Verifizierungskomitee für die Eliminierung von Masern und Röteln

Referat 96: Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Staatlicher Gewerbearzt

- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: Redaktionsgruppe Betriebliche Pandemieplanung
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA):
 - Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed)
 - * Projektgruppe 1 Konkretisierung der ArbMed-VV
 - * Unterausschuss 1: Expositionsbezogene arbeitsmedizinische Präventionsmaßnahmen
 - Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe (ABAS), UA 3: Arbeitskreis Arbeitsmedizinische Vorsorge
 - Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS), UA IV: Arbeitskreis TRGS Umgang mit Gefahrstoffen in Einrichtungen zur humanmedizinischen Versorgung
- Deutsches Institut für Normung e. V. (DIN): KoS-MaS 130-01 Arbeitskreis Betriebliches Gesundheitsmanagement, Entwicklung DIN SPEC (PAS) 91020 „BGM“
- European Environmental Monitoring Society: Arbeitsgruppe wissenschaftliche Internet-Fachschaft
- Gesellschaft für Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung mbH (GQB): Widerspruchsausschuss
- Gesellschaft für Toxikologie in der Deutschen Gesellschaft für Pharmakologie und Toxikologie: Arbeitskreis Regulatorische Toxikologie
- Länderarbeitskreis Rahmenhygienepläne
- Länderausschuss für Arbeitssicherheit (LASI): Arbeitskreis Handlungshilfe Mutterschutz
- Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz (LUBW):
 - Arbeitskreis Deponiegas Baden-Württemberg
 - Arbeitskreis Vorhaben mit Modellcharakter in der Altlastenbearbeitung
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg:
 - Arbeitskreis Chemische Innenraumluft
 - Arbeitskreis Netzwerk – Schimmelpilzberatung in Baden-Württemberg
 - Leitstelle für den Qualitätszirkel Analytische Qualitätssicherung im Bereich der Innenraumluftmessung biologischer Schadstoffe in Baden-Württemberg
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) Nordrhein-Westfalen:
 - Arbeitskreis Probabilistische Expositionsabschätzung
 - Arbeitskreis Qualitätssicherung im Noxen-Informationssystem der Bundesländer
 - Beirat des Noxen-Informationssystem (NIS) der Bundesländer
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren:
 - Arbeitskreis Arbeitsmedizin im Rahmen der Deutsch-Französischen Zusammenarbeit im Arbeitsschutz
 - Arbeitskreis Arbeitspsychologie
 - Landesausschuss für Jugendarbeitsschutz
- Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V. (SAMA): Planungsgruppe Arbeitsmedizin
- Umweltbundesamt (UBA):
 - Ausschuss Gesundheitliche Bewertung von Baustoffen (AgBB)
 - Kommission Innenraumlufthygiene
- Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte, Beratergruppe Qualitätssicherung
- Verein Deutscher Ingenieure (VDI/DIN):
 - Arbeitskreis Bioaerosole und biologische Agenzien
 - * Luftgetragene Mikroorganismen und Viren
 - * MVOC, Endoxine, Mykotoxine, Glukane
 - Arbeitskreis Erfassen von Schimmelpilzen im Innenraum
 - Arbeitskreis Messplanung
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): WHO-working group on noise

Aktivitäten in Forschung und Lehre



Vorträge

Berg B. Entwicklung des Pflegebedarfs in der Eingliederungshilfe. Fachtagung für die Heimaufsichtsbehörden des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Bad Herrenalb, 06.05.2011.

Berg B, Schmid I. Interdisziplinäre und sonderpädagogische Frühförderung in Baden-Württemberg. Pädagogische Hochschule, Weingarten, 20.07.2011.

Fischer G. Bedeutung von Mykotoxinen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beschwerden bei Schimmelpilzkontaminationen im Innenraum. 45. Wissenschaftliche Tagung der DMykG (Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft), Kiel, 01.-03.09.2011.

Fischer G. Bedeutung von Schimmelpilzen, Mykotoxinen und Schimmelpilz-Allergenen in Innenräumen. Clotten Forum "meet the experts", Rust, 28.05.2011.

Fischer G. Biogene Allergene im Innenraum – eine Übersicht. Fachtagung für biogenen Schadstoffe und Gesundheit, Berlin, 15.-16.09.2011.

Fischer G. Gesundheitliche Bedeutung von Schimmelpilzen im Innenraum. Landesverband Vereidigter Sachverständiger (I. v. S.) – Fortbildung "Wohnungslüftung und Innenraumschadstoffe", Stuttgart, 16.02.2011.

Fischer G. Mykotoxinbildung von Schimmelpilzen in Baumaterialien und deren gesundheitliche Bedeutung. Symposium Schimmelpilzbelastung – Theorie, Diagnostik, Therapie der European Academy for Environmental Medicine, Würzburg, 03.12.2011.

Fischer G. Mykotoxine von Schimmelpilzen in Baumaterialien und deren gesundheitliche Bedeutung.

5. Jahrestagung der GHUP – "Gesunde Umwelt – Gesunde Bevölkerung", München, 09.-11.11.2011.

Fischer G. Schimmel – Problem unter Deutschen Dächern. Behördliche Empfehlungen? 5. Kölner Schimmelpilzkonferenz, Köln, 02.12.2011.

Fischer G. Schimmelpilzbelastung: Epidemiologie und klinische Relevanz. 52. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Dresden, 07.-10.04.2011.

Fischer G. Schimmelpilze in Innenräumen: Was kann sinnvoll gemessen werden? 6. Deutsche Allergiekongress, Wiesbaden, 08.-10.09.2011.

Fischer G. Sensitization rate against *Ambrosia artemisiifolia* in the State of Baden-Württemberg, Germany. Ambrosia-Workshop beim ÁNTSZ Ungarn, Budapest, 13.12.2011.

Fischer G, Rüping MJGT, Vehreschild JJ, Cornely OA. Frequency distribution of Zygomycetes in urban and hospital environments and its implications for infection control and prevention. Workshop on Zygomycete Biodiversity – Centraalbureau voor Schimmelcultures (CBS), Utrecht, Niederlande, 03.-05.03.2011.

Fischer G, Zöllner I, Horras-Hun G, Bittighofer PM, Link B. Häufigkeit von Schimmelpilz-Sensibilisierungen in einem Erwachsenen-Kollektiv in Baden-Württemberg. Kongress Gesunde Umwelt – Gesunde Bevölkerung des LGL Bayern und der GHUP, München, 09.-11.11.2011.

Fischer S. Die humane Q-Fieber-Infektion. Fachtagung Tierärzte, Freiburg, 11.05.2011.

Fischer S. Labordiagnostik der Tuberkulose. Fortbildung Tuberkulose, Grundseminar, Münster, 17.03.2011.

Fischer S. Tuberkulose und Hantaviren. 1. Reisemedizinischer Tag auf der CMT, Stuttgart, 22.01.2011.

Fischer S. Bedeutung von Zoonosen für den ÖGD: Aufgaben und Ziele des RKI-Netzwerkes für Zoonosen. BVÖGD, Trier, 14.05.2011.

Fleischer J. Legionellen in Hausinstallationen und mögliche Sanierungsmaßnahmen. Gemeinsame Dienstbesprechung der Trinkwasserüberwachungsbehörden mit der Wasserwirtschaftsverwaltung, Bad Herrenalb, 06.04.2011.

Fleischer J. Pathogene Mikroorganismen in Trinkwasserinstallationen – Ursachen, Analysen, Maßnahmen. 2. Hohenloher Trinkwasserfachtage, Schöntal/Jagst, 15.09.2011.

Jaroni H. Der Pfad Boden – Mensch. Lehrgang V für Probennehmer, Institut für Wasserbau, Universität Stuttgart, 18.03.2011.

Jaroni H. Die Boden-Mensch-Bewertung im standardisierten Bewertungsverfahren Baden-Württemberg“. Fortbildungsverband Boden und Altlasten Baden-Württemberg, Stuttgart, 10.11.2011.

Jaroni H. Die toxikologische Risikoabschätzung. Worst case oder was? 3. BRAINS-Symposium, Tübingen, 26.11.2011.

Klittich G. Quantiferon-Test. Qualitätszirkel Tuberkulose, Stuttgart, 12.10.2011.

Kluge S. Aktueller Stand der Forschungsergebnisse über elektromagnetische Felder. Funktechniken bei der Breitbandversorgung: problematisch und unverzichtbar! Rottweil, 28.09.2011.

Körber J. „Combination Prevention“ – neuer Trend auf dem Welt-Aids-Kongress in Wien, AG Aids-/STI-Prävention des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Stuttgart, 02.02.2011.

Körber J. Aids-/STI-Prävention im ÖGD – quo vadis? AG Aids-/STI-Prävention des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Stuttgart, 28.09.2011.

Körber J. Standards zur STI-Beratung und -Testung für die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg. Bund-Länder-Gremium zur Koordinierung von Maßnahmen der Aids-Aufklärung der BZgA, Berlin, 24.03.2011.

Körber J. Vorstellung von Studien zur Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund. Projektgruppe Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund, Stuttgart, 05.10.2011.

Körber J. Weiterentwicklung der HIV-Prävention in Baden-Württemberg. Bund-Länder-Gremium zur Koordinierung von Maßnahmen der Aids-Aufklärung der BZgA, Köln, 09.11.2011.

Leykamm B. Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg. Amtsärztetagung, Blaustein, 24.02.2011.

Leykamm B. Selbstbestimmt leben in der eigenen Häuslichkeit – Alltagsbewegung fördern. Projektgruppe Aktiv für ein gesundes Altern in Baden-Württemberg, Stuttgart, 06.05.2011.

Link B. Monitoring health and environment among children in Baden-Württemberg with special reference to allergy, smoking prevention and children's health. Ambrosia-Workshop, Budapest, 13.12.2011.

Link B, Bittighofer P, Fischer G, Zöllner I für das Team "Monitoring Gesundheit und Umwelt in Baden-Württemberg". Monitoring Gesundheit und Umwelt in Baden-Württemberg. Kongress Gesunde Umwelt – Gesunde Bevölkerung des LGL Bayern und der GHUP, München, 09.-11.11.2011.

Link B, Fischer G. Raumklima und Befindlichkeit/ Wohnzufriedenheit der Bewohner in energetisch (teil-) sanierten Wohnungen. KLIMOPASS – Vorstellung der Projekte, LUBW, Karlsruhe, 20.04.2011.

Müller-Barthelmeh R. Umsetzung des Mutter-schutzgesetzes. SAMA Baden-Württemberg e. V., Ulm, 26.07.2011.

Oehme R. Interaktion zwischen Zecken und Borrelien oder warum Mücken keine Borrelien übertragen. Herbsttagung der Deutschen Borreliose-Gesellschaft, Konstanz, 22.10.2011.

Oehme R. Vektorübertragene Infektionen und Schutz vor Mücken und Zecken. 1. Reisemedizinische Tag auf der CMT, Stuttgart, 22.01.2011.

Oehme R. Zecken als Krankheitsüberträger, Epidemiologie der FSME. Impfkurs für Ärzte, Bezirksärztekammer Nord-Württemberg, Stuttgart, 26.02.2011.

Pfaff G. Hitzewarnsystem des DWD – praktische Erfahrung mit der Umsetzung. INKA-BB TP5 Akteursworkshop – Expertenmeeting – Netzwerk „Gesundheit in Berlin-Brandenburg in Zeiten des Klimawandels, Berlin, 17.11.2011.

Pfaff G. Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. 2. Nationale Impfkongferenz, Stuttgart, 08.-09.02.2011.

Reick D. Eckpunkte und Zielsetzungen der Krankenhaushygieneverordnung. Interne Hygienefortbildung

- Klinikum am Eichert, Göppingen, 20.05.2011

- Klinikum Helfensteinklinik, Geislingen, 17.05.2011

Reick D. Erste Verordnung zur Änderung der Trinkwasserverordnung vom 03.05.2011. Informationsveranstaltung des Betriebspersonals der NOW, Gaildorf, 26.10.2011.

Reick D. Gesundheitliche Bedeutung von Legionellen. AWI-Tagung Trinkwasserverordnung, Karlsruhe, 12.12.2011.

Reick D. Legionellenausbruch Ulm/Neu-Ulm. Speyerer Hygienetag, Speyer, 23.11.2011.

Reick D. MRE-Management-Strategie Baden-Württemberg. 10. Ortenauer Pflorgetag, Oberkirch, 11.05.2011.

Reick D. MRE-Netzwerk Baden-Württemberg. BWKG-Veranstaltung Krankenhaushygieneverordnung, Nürtingen, 03.02.2011.

Reick D. Status MRE-Netzwerk Baden-Württemberg. Treffen der Moderatoren der regionalen Netzwerke, Wernigerode, 16.12.2011.

Reick D. MRE-Netzwerke im Aufbau. 33. Veranstaltung des Arbeitskreises Infektionsprophylaxe, Leipzig, 21.09.2011.

Reick D. Qualifizierung des nichtärztlichen Hygienepersonals. BWKG-Veranstaltung Krankenhaushygieneverordnung, Nürtingen, 03.02.2011.

Reick D. Sicherheit und Problemmanagement in der Trinkwasserversorgung. Wasserwirtschaftliche Infrastruktur in Extremsituationen. Karlsruhe, 26.05.2011.

Sammet T. Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg. Kinderturnkongress, Karlsruhe, 19.02.2011.

Sammet T. Zusammenarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung. Fachtag „Sport integriert!“, Waiblingen, 13.02.2011.

Schmolz G. Hadsch – Pilgerfahrt nach Mekka – Reisemedizinische Beratung im theologischen Kontext. Jahresversammlung des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V (VDBW), Landesverband Baden-Württemberg, 16.11.2011.

Schmolz G. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg – aktuelle Aufgabenstellung. SAMA Baden-Württemberg e. V., Weiterbildung Sozialmedizin, Kurs 1, 26.01.2011.

Schneider O. Anwendung von PCR-Methoden zum Nachweis von Viren. TZW-Diskussionsreihe: Potential und Grenzen molekularbiologischer Methoden in der Wasserwirtschaft, Karlsruhe, 17.05.2011.

Schnell K. Aktueller Stand der Umsetzung des Glücksspielstaatsvertrags. Frühjahrstagung der Kommunalen Suchtbeauftragten, Mannheim, 09.05.2011.

Schnell K. dot.sys 3.0 – Neuauflage des Dokumentationssystems Suchtprävention. Herbsttagung der Kommunalen Suchtbeauftragten, Konstanz, 28.11.2011.

Schnell K. Entwicklungen des Alkoholkonsums bei Jugendlichen. Fachtagung für SozialarbeiterInnen der Kommunalen Suchtbeauftragten, Heilbronn, 25.10.2011.

Schnell K. Neueste Entwicklungen zum Thema Glücksspiel. Jahrestagung des Suchthilfenetzwerks Offenburg, Offenburg, 19.10.2011.

Volk-Uhlmann C. Gesundheitsförderung im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Evangelische Hochschule, Ludwigsburg, 27.06.2011.

Wagner-Wiening C. Zunahme exotischer Arboviren. MTA-Forum, Stuttgart, 29.01.2011.

Weidenfeller P. Hygiene in der medizinischen Fußpflege. Podologie-Kongress, Tübingen, 08.07.2011.

Weidenfeller P. Prävention der Weiterverbreitung von MRSA. Becton-Dickinson-Symposium, Stuttgart, 04.04.2011.

Zöllner I. Disease mapping and outbreak investigations. Kolloquium am Institut für Klinische Epidemiologie, Med. Fakultät der Universität Halle, Halle (Saale), 12.10.2011.

Zöllner I, Seibold-Krämer E. Spatial distribution of notified infectious diseases in Germany 2001-2010. CEN 2011: Bridging Theory and Applications. 2nd Conference of the Central European Network, 27. ROeS-Seminar, 57. Biometrisches Kolloquium, Zürich, 12.-15.09.2011.

Zeitschriften

Biesalski HK, Aggett PJ, Anton R, Bernstein PS, Blumberg J, Heaney RP, Henry J, Nolan JM, Richardson DP, van Ommen B, Witkamp RF, Rijkers GT, Zöllner I. 26th Hohenheim Consensus Conference, September 11, 2010, Scientific substantiation of health claims – evidence-based nutrition. *Nutrition* 2011; 27: 1-20.

Böhme M, Schmolz G, Böhm B. Prävention von Typ-2-Diabetes im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. *Diabetes aktuell* 2011; 9 (8): 337-339.

de Hoog GS, Robert V, Lackner M, Vehreschild MJGT, Vehreschild AJ, Symoens F, Göttlich-Fligg E, Harun A, Meyer W, Garcia Hermoso D, Chen SCA, Hamprecht A, Fischer G, Buzina W, Cornely OA, Guarro J, Cano J, Horré R. Making Moulds Meet – Information retrieval as a basis for understanding *Pseudallescheria* and *Scedosporium*. *Mycoses* 2011; 54 Suppl 3: 1-4.

Ellerbrok H, Dorner B, Nitsche A, Grunow R, Bannert N, Naumann D, Hermann M, Schleenbecker U, Kage A, Schade R, Fürste JP, Miethe P, Lauster R, Becker S, Pfaff G, Weigel W, Lisdat F, Gluch C. The BiGRUDI Project – mobile diagnostic platform for rapid detection of biothreat agents? Challenge. *International Forum for Medical CBRN Defence* 2011; 1: 15-18.

Fischer G. Allergene von Schimmelpilzen – Stand des Wissens und innenraumhygienische Bedeutung. *Umweltmedizin in Forschung und Praxis* 2011; 16 (2): 63-69.

Häuser W, Janke K-H, Klump B, Hinz A. Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Comparison with Chronic Liver Disease Patients and the General Population. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17: A621-632.

Hilbert A, Reith P, Brockmann SO, Tyczka J, Fischer SF, Piechotowski I, Wagner-Wiening C, Winter CH, Bendak J, Meier C, Spengler D, Miller T, Kleine-Albers C, Renner C, Koepsel U, Hensler E, Henning K, Fröhlich A, Conraths FJ, Kramer M. Epidemiological enquiries in two Q fever outbreaks in a community of Baden-Württemberg during 2008 and 2009. *Berl Munch Tierarztl Wochenschr* 2011; 124: 295-302.

Link B, Gabrio T, Mann V, Schilling B, Maisner V, König M, Flicker-Klein A, Zöllner I, Fischer G. Polybrominated diphenyl ethers (PBDE) in blood of children in Baden-Württemberg between 2002/03 and 2008/09. *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 2011; Dec 20: im Druck.

Link B, Gabrio T, Zöllner I, Jaroni H, Piechotowski I, Schilling B, Felder-Kennel A, Flicker-Klein A, König M, Maisner V, Fischer G. Decrease of internal exposure to chlororganic compounds and heavy metals in children in Baden-Württemberg between 1996/97 and 2008/09. *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 2011; Dec 21: im Druck.

Mertens M, Kindler E, Emmerich P, Esser J, Wagner-Wiening C, Wölfel R, Petraityte-Burneikiene R, Schmid-Chanasit J, Zvirbliene A, Groschup MH, Dobler G, Pfeiffer M, Heckel G, Ulrich RG, Essbauer SS. Phylogenetic analysis of Puumala virus subtype Bavaria, characterization and diagnostic use of its recombinant nucleocapsid protein. *Virus Genes* 2011; 43(2): 177-91.

Rüping MJGT, Gerlach S, Fischer G, Lass-Flörl C, Hellmich M, Vehreschild JJ, Cornely OA. Environmental and clinical epidemiology of *Aspergillus terreus*: data from a prospective surveillance study. *Journal of Hospital Infection* 2011; 78(3): 226 - 230.

Schmolz G. Food safety at home: knowledge and practices of consumers. Reviewer für *Journal of Public Health*.

Weidenfeller P, Reick D. Hygienemanagement in der augenärztlichen Praxis. *Grundlagen Zschr. f. Prakt. Augenheilkunde* 2011.

Weidenfeller P, Reick D. Hygienemanagement in der augenärztlichen Praxis, Medizinprodukte, Sterilisation, Kontrollen.

Wiesmüller GA, Szewzyk R, Gabrio T, Engelhart S, Heinz WJ, Cornely OA, Seidl HP, Fischer G, Herr CEW. Infection risk of mold exposure – Results of a workshop of the annual conference of the German Society of Hygiene, Environmental Medicine and Preventive Medicine held in Stuttgart, Germany in 2009. *Indoor Air Proceedings* 2011; Suppl. 2011.

Wyn-Jones P, Carducci A, Cook N, D'Agostino M, Divizia M, Fleischer J, Gantzer C, Gawler A, Girones R, Höller C, De Roda Husman AM, Kay D, Kozyra I, Lopez-Pila J, Muscillo M, São Jose Nascimento M, Papageorgiou G, Rutjes S, Sellwood J, Szewzyk R, Wyer M. Surveillance of adenoviruses and noroviruses in European recreational waters. *Water Research* 2011.

Zöllner I. Nachwuchsmangel als Herausforderung – Probleme und Chancen. *mdi* 2011; 13: 124-125.

Zöllner I. The Geographic Spread of Infectious Diseases: Models and Applications. *Lisa Sattenspiel (Book Review)*. *Biometrical Journal* 2011; 53: 536-537.

Rezensionen

Journal of Public Health, „Food safety at home: knowledge and practices of consumers“.

Poster

Brockmann S, Knebel H, Kouros B, Pfaff G, Piechotowski I. Akzeptanz und Inanspruchnahme der Impfung gegen pandemische Influenza A/H1N1 in verschiedenen Zielgruppen in Baden-Württemberg, Oktober-Dezember 2009. 2. Nationale Impfkongress, Stuttgart, 08.-09.02.2011.

Dreisigacker A, Zöllner I, Knebel H, Hornberg C. Lebenszeitprävalenz, Ursachen und Folgen von Un-

fällen bei Kindern in Baden-Württemberg 2009/2010. 5. Jahrestagung der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin, München, 09.-10.11.2011.

Kilic A, Brockmann SO, Butschbacher M, Piechotowski I, Zöllner I, Wagner-Wiening C, Pfaff G. Risk factors for Q fever infection in a large outbreak in a rural setting in Southwest Germany. *ESCAIDE*, Stockholm, 06.-08.11.2011.

Knebel H, Zöllner I. Nahrungsmittelunverträglichkeiten bei zehnjährigen Schulkindern. 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie und 6. DGEpi-Jahrestagung, Mainz, 26.-29.09.2011.

Pfaff G, Lohr D, Santibanez S, Mankertz A, Van Treeck U, Schönberg K, Hautmann W. Ein Masernausbruch unter ungeimpften Teilnehmern eines Jugendtreffens, Deutschland, September-Oktober 2010. 2. Nationale Impfkongress, Stuttgart, 08.-09.02.2011.

Seitz M, Knebel H, Zöllner I. Medikamentengebrauch bei Schulkindern der 4. Klassenstufe in Baden-Württemberg 2008/09. 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie und 6. DGEpi-Jahrestagung, Mainz, 26.-29.09.2011.

Wagner-Wiening C, Brockmann SO, Kompauer I, Spletstösser W, Kimmig P, Pfaff G, Piechotowski I. Seroprevalence of antibodies against *Francisella tularensis* (Tularemia) in nine municipalities in South West Germany, 2008. *ESCAIDE*, Stockholm, 06.-08.11.2011.

Zöllner I, Knebel H, Link B, Piechotowski I, Kouros B. Lebenszeitprävalenz von Keuchhusten bei zehnjährigen Schulkindern in Baden-Württemberg. 2. Nationale Impfkongress, Stuttgart, 08.-09.02.2011.

Lehraufträge

Bittighofer PM. Arbeitsmedizinischer Blockunterricht. Universität Ulm, WS/SS.

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

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

Dreisigacker A. Bewerbertraining – Wie bewerbe ich mich richtig? Von der Bewerbungsmappe bis zum Vorstellungsgespräch. Zielgruppe: Beamtenanwärter mittlerer nichttechnischer Verwaltungsdienst. Verwaltungsschule beim Landratsamt Esslingen.

Dreisigacker A. Lehrauftrag Öffentliches Dienstrecht (Beamten- und Tarifrecht) und Personalvertretungsrecht im Rahmen der Vorbereitung auf die Staatsprüfung mittlerer nichttechnischer Verwaltungsdienst.

Zielgruppe: Beamtenanwärter. Verwaltungsschule beim Landratsamt Esslingen.

Fischer G. Seminar „Spezielle Klinische Umweltmedizin“, 10. Semester Modellstudiengang Medizin. RWTH Aachen.

Fischer S. Vorlesung Infektiologie. Universität Hohenheim.

Jaroni H. Vorlesung/Unterricht „Hygiene“. MTA-Schule Stuttgart.

Jaroni H. Vorlesung/Unterricht „Physiologie“. MTA-Schule Stuttgart.

Kirch A. Vorlesung Infektiologie. Universität Hohenheim.

Kirch A. Vorlesung Grundlagen der Immunologie. MTA-Schule Katharinenhospital Stuttgart.

Kirch A. Vorlesung Helminthen. MTA-Schule Katharinenhospital Stuttgart.

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

Link B. Vorlesung Umwelt und Gesundheit – Teilbereich „Wohnen und Gesundheit“. LMU München.

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

Oehme R. Vorlesung Infektiologie. Universität Hohenheim.

Schmolz G. „Soziale Gesundheit“, im Rahmen der Honorarprofessur an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg, Member of the European Schools of Public Health.

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

Zöllner I. Surveillance of Infectious Diseases. Universität Mainz (EUMSE).

Zöllner I. Vorlesung Epidemiologie. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Vorlesung Forschungsmethoden: Einführung in Statistik. Evangelische Hochschule Ludwigsburg.

Zöllner I. Vorlesung Planung und Auswertung von Studien. Universität Hohenheim.

Pressemitteilungen



06.01.2011

Gemeinsame Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart und des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: Neuauflage „Betriebliche Pandemieplanung“ – ergänzt um Erfahrungen mit der Neuen Influenza H1N1 – Handbuch unterstützt Unternehmen bei der Grippevorsorge

10.05.2011

Erste Erkrankungen an FSME-Virusinfektionen durch Zecken – Schutzimpfungen werden empfohlen

28.06.2011

Abschlussveranstaltung „Be Smart – Don't Start“ am 28. Juni 2011 im Immanuel-Kant-Gymnasium Leinfelden-Echterdingen

30.06.2011

Gemeinsame Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Se-

nioren und des Regierungspräsidiums Stuttgart: Gesundheitsatlas geht online – Jahresbericht 2010 gibt Einblicke in das Themen- und Aufgabenspektrum des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg – Anlässlich des 20-jährigen Bestehens sind Fachöffentlichkeit und interessierte Bürger eingeladen

12.07.2011

Gesundheit – So viele Masern wie seit zehn Jahren nicht mehr – Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg verzeichnet eine Epidemie unter Ungeimpften

23.08.2011

Landesgesundheitsamt gibt Tipps zum Schutz gegen die Hitze – Ältere Menschen durch Temperaturanstieg besonders gefährdet – Sport in der Hitze meiden

28.09.2011

Gemeinsame Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren und des Regierungspräsidiums Stuttgart: Bundesweiter Aktionstag Glücksspielsucht – Aktionen auf der Stuttgarter Königsstraße und im ganzen Land

10.10.2011

Fachtagung zu chronischen Volkskrankheiten wie Übergewicht und Diabetes am 07.10.2011 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg – Deutsche Diabetes-Stiftung startet Initiative ‚Xund in BaWü‘

29.12.2011

Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen verbessern – Kooperation der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Fachpublikationen



Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

- Allgemeine Informationen zu MRSA
- Informationen zu MRSA für ambulant betreute Patienten
- Informationen zu MRSA für Patienten im Krankenhaus
- Leitfaden Praxishygiene – Hygiene in der Arztpraxis und beim Ambulanten Operieren; 3. überarbeitete Neuauflage
- Umgang mit MRSA-Keimträgerschaft im Krankenhaus; Merkblatt für das Krankenhauspersonal
- Umgang mit MRSA-Keimträgerschaft in der Arztpraxis
- Umgang mit MRSA-Keimträgerschaft in stationären Einrichtungen der Alten- und Langzeitpflege; Merkblatt für das Pflegepersonal
- Umgang mit MRSA-Keimträgerschaft in stationären Einrichtungen der Alten- und Langzeitpflege; Merkblatt für die Heimleitung
- Vermeidung von Lebensmittelinfektionen für Ehrenamtliche bei Vereinsfesten, Freizeiten und ähnlichen Veranstaltungen; 2. Auflage, März 2011

Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

- Fachliche Empfehlungen: Standards zur STI-Beratung und -Testung für die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg
- Flyer zur Prävention der Glücksspielsucht
- Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg – Angebote und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung

- Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg (Flyer)
- Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg – gemeinsam ein gesundes Aufwachsen und Leben fördern
- Im Alltag in Bewegung bleiben – kommunale Gesundheitsförderung mit älteren Menschen auch in schwierigen Lebenslagen
- Infodienst Gesundheitsförderung, Nr. 1-8/2011
- Mehr Bewegung im Alltag – aktives Leben im Alter fördern – Arbeitshilfe und Praxisbeispiele

Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung

- Impfprävalenz und Immunschutz gegenüber Masern, Mumps, Röteln und FSME bei Viertklässlern in Baden-Württemberg 2008/09
- Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Baden-Württemberg 2003-2008; Teil 1: Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzraten

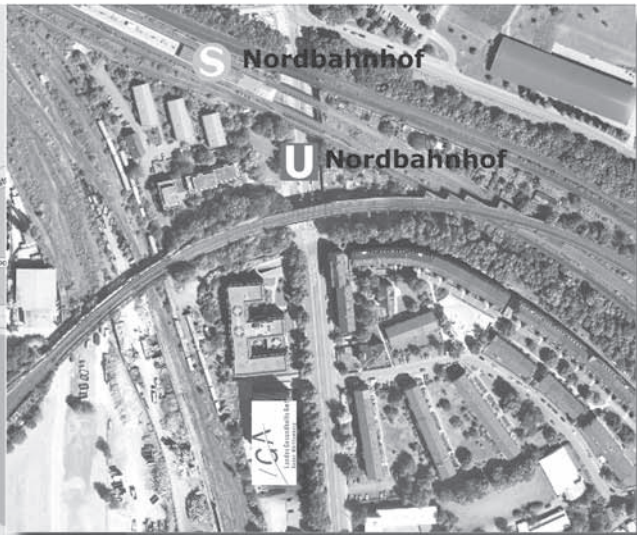
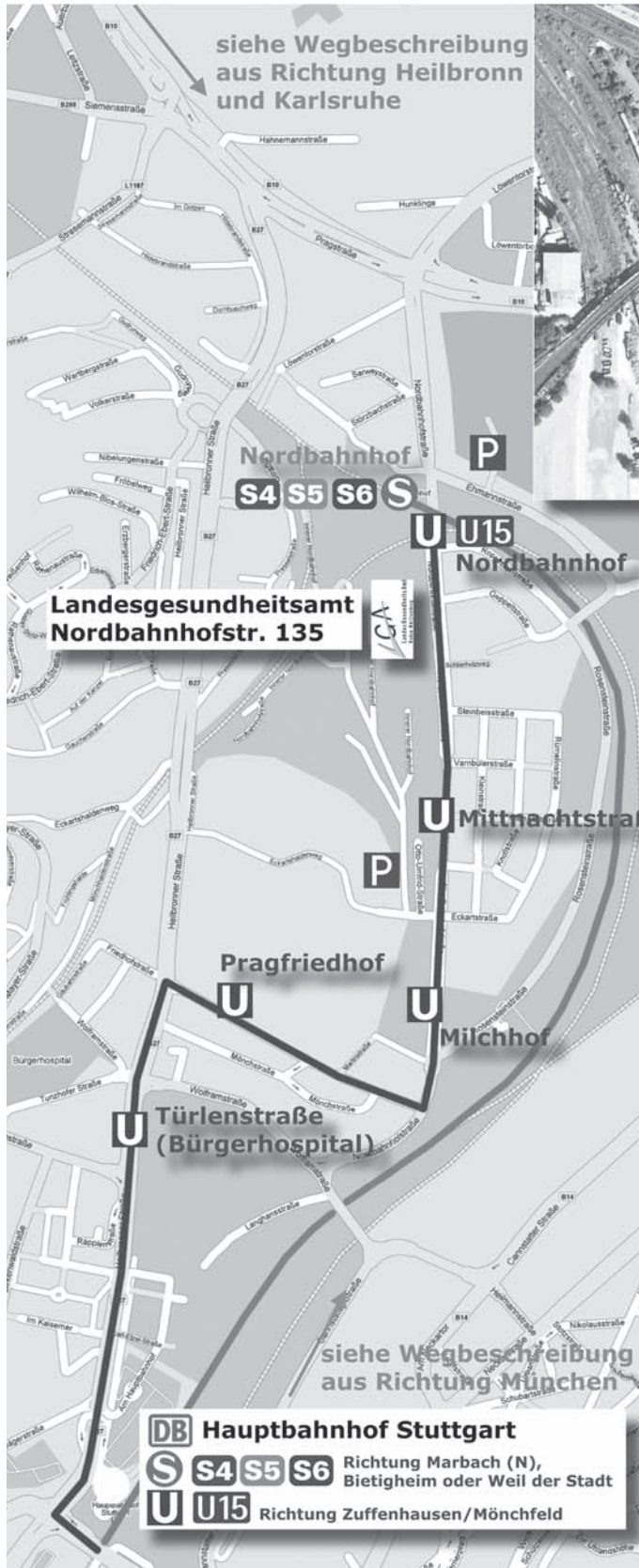
Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz

- Flyer „Sonne & Solarien“
- Netzwerk Schimmelpilzberatung Baden-Württemberg; 4. Auflage 09/2011
- WHO-CC Newsletter „Housing and Health“, Nr. 9-11/2011
- Wohnen und Gesundheit – Auswertung wohnungsbezogener Daten aus den Untersuchungen 2007/08 und 2008/09 im Rahmen des Monitorings Gesundheit und Umwelt

Sonstiges

- Amtsärztliche Fortbildung 2010 – Begutachtungen im Rahmen von Betreuungen und bei orthopädischen Erkrankungen der Wirbelsäule
- Aus-, Fort- und Weiterbildung Hygiene 2012
 - Desinfektoren
 - Gesamtprogramm
 - Hygiene in Pflegeeinrichtungen
 - Hygiene in Praxen
 - Hygienebeauftragte Ärzte
- Für mehr Gesundheit in Baden-Württemberg – LGA-Flyer (Mantelflyer mit sieben Einlegefeldern)
- LGA-Jahresbericht 2010

Lageplan Nordbahnhofstraße 135



Anreise mit dem Auto

Aus Richtung Heilbronn

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

Aus Richtung Karlsruhe

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

Aus Richtung München

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

Stichwortverzeichnis

A

Aids 35
 Allergene in der Luft 36
 Allergieprävalenz 23
 Allergische Atemwegserkrankungen in der
 Arbeitswelt 36
 Älter werden 41
 Angewandte Verhaltensanalyse 34
 Applied Behavior Analysis (ABA) 34
 Arbeitsstelle Frühförderung BW 57
 Autismus 34

B

Berufskrankheiten (Übersicht) 75
 Betriebliche Gesundheitsförderung 38
 Betriebliches Gesundheitsmanagement 37
 Bewegungsförderung 40

C

Chronische Herz-Kreislaufkrankungen 24

D

Diphtherie 27

E

EHEC (Kohortenstudie) 18
 Einschulungsuntersuchung 44
 Entamoeba histolytica 20

Entwicklungsstörungen 31
 Ermächtigungen (arbeitsmedizinische
 Vorsorge) 76

F

Flammschutzmittel 22
 Früherkennungsuntersuchung 44
 Frühförderung 31

G

Gesundheitsatlas 47
 Gesundheitsförderung 32, 38, 39, 41
 Gesundheitsziel 30
 Glücksspiel 33
 Gruppenerkrankungen 55
 Gruppenprophylaxe 45

H

Hantavirus 28
 HIV- und STI-Prävention 35
 Human-Biomonitoring 22

I

IfSG 43
 Immunschutz 27
 Impfungen 27
 Infektionsatlas 21
 Infektionsbericht 43
 Infektionskrankheiten 29, 43

K

Karies 45
 Klimaschutz 24
 Kommunale Gesundheitskonferenzen 57
 Krankenhaushygiene 56
 für den ÖGD 42
 Krankenhaushygielabor 63

L

Landesarzt für behinderte Menschen 57
 Lebensstilassoziierte Erkrankungen (Diabetes,
 Metabolisches Syndrom) 30
 Leptospirose 29

M

Masern 21, 26, 27
Massenspektrometrie 22

N

Nachhaltigkeit 38

P

Partizipation 32
PCR 17
Prävention 30
Präventive Hausbesuche 41
Psychische Fehlbelastung in Betrieben 25

Q

Q-Fieber 21, 55

R

Regionaler Knoten 39
Regionalisierte Gesundheitsdaten 47
Resistenzbestimmung 19
Röteln 27

S

S3-Labor 56

Schimmelpilze 23
Seroprävalenz 27
Soziale Stadt 39
Staatlicher Gewerbearzt (Dienstgeschäfte) 76
Sterblichkeit 47
Suchtprävention 38

T

Teilhabe 57
Tetanus 27
Trinkwasserverordnung 46
Tuberkulosebakterien 19

U

Umgebungsuntersuchungen 63

W

Wasserhygiene 56
Weltklimabericht 24
WHO-Kooperationszentrum für Wohnen
und Gesundheit 24

Z

Zahngesundheit 45
Zentrum für Bewegungsförderung 40
Zoonose 29



Landes Gesundheits Amt
Baden-Württemberg

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