



**Landkreis Stendal**  
**Gesundheitsbericht**  
**2010**

---



**Infektionshygienische und  
umweltmedizinische Aspekte**

**Sozialpsychiatrische  
Aspekte**



## **Vorwort**

Die Gesundheitsberichterstattung dient gemäß des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt (Gesundheitsdienstgesetz – GDG LSA) der Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung sowie der Krankenversorgung (§ 11 Absatz 1 GDG LSA).

Gemäß § 1 Absatz 1 Nr. 3 GDG LSA ist die kommunale Gesundheitsberichterstattung Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dieser nutzt nichtpersonenbezogene Daten aus Bundes- und Landesstatistiken sowie anonymisierte Daten aus Erhebungen und erstellt daraus Berichte mit Analysen und Bewertungen über die Situation des jeweiligen Zuständigkeitsbereiches.

In der vorliegenden Gesundheitsberichterstattung werden die infektionshygienischen und umweltmedizinischen sowie die sozialpsychiatrischen Aspekte betrachtet. Dabei werden die Entwicklung innerhalb der vergangenen Jahre dargestellt, ein kurzer Einblick in besondere Situationen beider Bereiche gegeben sowie Möglichkeiten und Grenzen der Tätigkeit dargelegt. Daraus werden Schlussfolgerungen und Ziele für die Zukunft abgeleitet.

Der Gesundheitsbericht richtet sich an alle interessierten Bürger und Bürgerinnen sowie die zuständigen politischen Gremien. Er soll als Basis für gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen dienen.

Mit Rücksicht auf bessere Lesbarkeit ist davon abgesehen worden, Personenbezeichnungen in männlicher und weiblicher Form zu verwenden, Personenbezeichnungen in männlicher Form beziehen daher die weibliche Form ein.

Dr. med. Iris Schubert  
Amtsärztin

## **Impressum**

Herausgeber: Landkreis Stendal  
Der Landrat  
Gesundheitsamt  
Wendstraße 30  
39576 Hansestadt Stendal  
Telefon: (0 39 31) 60 79 01  
Fax: (0 39 31) 60 79 02  
E-Mail: [gesundheitsamt@landkreis-stendal.de](mailto:gesundheitsamt@landkreis-stendal.de)  
Internet: [www.landkreis-stendal.de](http://www.landkreis-stendal.de)

Gesamtredaktion: Dr. med. Schubert, Iris

Mitarbeiter: *Verwaltung:*  
Beindorf, Anne  
*Gesundheitsaufsicht:*  
Böhm, Renate  
Krähe, Kathrin  
Mertens, Ina  
Makowski, Gabriele  
Mittenzwei, Matthias  
Rip, Raisa  
*Sozialpsychiatrischer Dienst:*  
Lemke, Gesine

Erschienen im: August 2011

## Inhaltsverzeichnis

<b>A. Allgemeines</b> .....	1
1. Aufgaben und Struktur des Gesundheitsamtes .....	1
2. Der Landkreis Stendal .....	4
<b>B. Infektionshygienische und umweltmedizinische Aspekte</b> .....	9
1. Gesetzliche Grundlagen und Aufgaben .....	9
2. Besondere Ereignisse des Jahres 2010 .....	10
3. Aufgaben und Tätigkeiten .....	10
3.1. Infektionsschutz .....	10
3.1.1. Aufgaben des Infektionsschutzes .....	10
3.1.2. Meldepflichtige Erkrankungen und Erreger .....	13
3.1.2.1. Q-Fieber-Erkrankung eines 17-jährigen Auszubildenden .	17
3.1.2.2. Tollwutexposition bei einem 14 Jahre alten Kind nach Fledermausbiss .....	19
3.1.3. Ausgewählte Inzidenzen (Anzahl der Neuerkrankungen) im Jahr 2010 .....	20
3.1.4. Tuberkulosefürsorge .....	22
3.1.5. Gastrointestinale Erkrankungen .....	23
3.1.6. Gruppenerkrankungen/Häufungen .....	26
3.1.6.1. Vergleich der Jahre 2007-2010 .....	26
3.1.6.2. Ermittlung und Einleitung von Maßnahmen bei ausgewählten Gruppenerkrankungen .....	29
3.1.6.3. Erkrankungshäufung nach dem Verzehr von Rohmilch ....	30
3.2. Belehrungen nach § 43 IfSG .....	34
3.3. Hygieneüberwachung von Einrichtungen .....	34
3.3.1. Anlassbezogene Kontrolle einer betreuten Wohngemeinschaft gemäß § 1 Absatz 1 Heimgesetz auf Grund einer Beschwerde .....	36
3.3.2. Hygienemängel in einem Krankenhaus .....	36
3.4. Durchführung von Weiterbildungs- und Präventionsveranstaltungen .....	37
3.5. Trinkwasserüberwachung .....	40
3.6. Trinkwasserqualität im Landkreis Stendal .....	40

3.6.1. Entnahme und Auswertung von Wasserproben im Rahmen des Planungsverfahrens zum Bau der Autobahn 14 .....	44
3.6.2. Erfassung aller nicht ortsfesten Anlagen und Trinkwasser- übergabestellen im LK Stendal .....	45
3.7. Badewasserüberwachung .....	46
3.7.1. Badeverbot aufgrund von Grenzwertüberschreitungen .....	48
3.7.2. Erstellung der Badegewässerprofile 2010 .....	49
3.8. Umweltmedizin und –hygiene .....	50
3.8.1. Aufgaben im umweltbezogenen Gesundheitsschutz .....	50
3.8.2. Vermehrtes Taubenvorkommen verbunden mit einer Belästigung durch Fliegen, Dreck und Gestank .....	51
3.8.3. Regionaler Entwicklungsplan Altmark – sachlicher Teilplan Wind (Errichtung von Windparks) .....	52
4. Ausblick .....	53
5. Publikationen .....	54
5.1. Botulismus verursacht durch marinierten Fisch .....	54
5.2. Schwerer Verlauf einer Infektion mit pandemischer Influenza A (H1N1) 2009 bei einer Schwangeren mit im Verlauf aufgetretenem intrauterinen Fruchttod .....	57
<b>C. Sozialpsychiatrische Aspekte .....</b>	<b>59</b>
1. Gemeindepsychiatrische Versorgung im Landkreis Stendal .....	59
2. Der Sozialpsychiatrische Dienst .....	61
2.1. Gesetzliche Grundlagen .....	61
2.2. Die Sozialpsychiatrischen Dienste im Land Sachsen-Anhalt .....	62
2.3. Der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises Stendal .....	63
2.3.1. Arbeitsweise .....	63
2.3.2. Tätigkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den Jahren 2006 bis 2010 .....	65
2.3.2.1. Anzahl der Klienten und Kontakte des Sozialpsychiatrischen Dienstes .....	65
2.3.2.2. Klientengruppen .....	67
2.3.2.2.1. Klientengruppen nach Geschlecht .....	68
2.3.2.2.2. Klientengruppen nach Alter .....	69

2.3.2.2.3. Klientengruppen nach Lebensform .....	71
2.3.2.2.4. Klientengruppen nach Einkommen .....	72
2.3.2.2.5. Klientengruppen nach Erstkontakt/ Dauerkontakt .....	74
2.3.2.2.6. Klientengruppen nach Herstellung des Erstkontaktes .....	75
2.3.2.2.7. Klientengruppen nach Art der Klientenkontakte .....	77
2.3.2.2.8. Klientengruppen nach Häufigkeit der Beratung .....	79
2.3.3. Vorläufige Einweisungen nach dem Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt .....	80
2.3.4. Ein besonderes Ereignis in der Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes .....	82
3. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft im Landkreis Stendal .....	84
4. Ausblick .....	86

## Verzeichnis zu Abbildungen und Tabellen

### A. Allgemeines

Abbildung 1a: Organigramm des Gesundheitsamtes des Landkreises Stendal (Stand Aug. 2011) .....	4
Abbildung 2a: Einwohnerzahlen des Landkreises Stendal nach Altersgruppen (Stand 31.12.2010) .....	4
Abbildung 3a: Entwicklung der Einwohnerzahlen im Landkreis Stendal .....	5
Abbildung 4a: Altersstatistik im Landkreis Stendal im Vergleich .....	5
Abbildung 5a: Erwerbstätige im Landkreis Stendal .....	6
Abbildung 6a: Arbeitslose im Landkreis Stendal .....	7
Abbildung 7a: Arbeitslosenquoten im Landkreis Stendal und angrenzenden Landkreisen in Sachsen-Anhalt .....	8

### B. Infektionshygienische und umweltmedizinische Aspekte

#### Abbildungen:

Abbildung 1b: Anzahl meldepflichtiger Erkrankungen im Landkreis Stendal in den Jahren 2007-2010 .....	13
Abbildung 2b: Gemeldete Tuberkuloseerkrankungen und Umgebungsuntersuchungen im Landkreis Stendal in den Jahren 2005-2010 .....	22
Abbildung 3b: Gastrointestinale Erkrankungen im Landkreis Stendal 2007 .....	23
Abbildung 4b: Gastrointestinale Erkrankungen im Landkreis Stendal 2008 .....	24
Abbildung 5b: Gastrointestinale Erkrankungen im Landkreis Stendal 2009 .....	24
Abbildung 6b: Gastrointestinale Erkrankungen im Landkreis Stendal 2010 .....	25
Abbildung 7b: Im Landkreis Stendal aufgetretene Gruppenerkrankungen in den Jahren 2007–2010 .....	26
Abbildung 8b: Belehrungen nach § 43 IfSG für Mitarbeiter des Lebensmittelgewerbes im Landkreis Stendal in den Jahren 2007-2010 .....	34
Abbildung 9b: Trinkwasserqualität der Probenahmen im Landkreis Stendal in den Jahren 2007–2010 .....	41
Abbildung 10b: Trinkwasserproben im Landkreis Stendal 2007 .....	42
Abbildung 11b: Trinkwasserproben im Landkreis Stendal 2008 .....	42
Abbildung 12b: Trinkwasserproben im Landkreis Stendal 2009 .....	43
Abbildung 13b: Trinkwasserproben im Landkreis Stendal 2010 .....	43

Abbildung 14b: Badewasserproben im Landkreis Stendal in den Jahren 2007-2010 .....	47
Abbildung 15b: Anzahl der umweltbezogenen Gesundheitsschutzmaßnahmen in den Jahren 2007–2010 .....	50
 <u>Tabellen:</u>	
Tabelle 1b: Infektionshygienisch überwachte Einrichtungen des Landkreises Stendal .....	11
Tabelle 2b: Meldepflichtige Erkrankungen im Landkreis Stendal in den Jahren 2007-2010 .....	14
Tabelle 3b: Gegenüberstellung ausgewählter Inzidenzen pro 100.000 Einwohner im Land Sachsen-Anhalt und dem Landkreises Stendal 2010 (nach RKI Referenzdefinition, SURVSTAT@RKI, Stand: 3/2010) .....	20
Tabelle 4b: Meldepflichtige gastrointestinale Erkrankungen im Landkreis Stendal in den Jahren 2007-2010 .....	23
Tabelle 5b: Gruppenerkrankungen im Landkreis Stendal im Jahr 2007 .....	27
Tabelle 6b: Gruppenerkrankungen im Landkreis Stendal im Jahr 2008 .....	27
Tabelle 7b: Gruppenerkrankungen im Landkreis Stendal im Jahr 2009 .....	28
Tabelle 8b: Gruppenerkrankungen im Landkreis Stendal im Jahr 2010 .....	29
Tabelle 9b: Mittels Ortsbesichtigung überwachte Einrichtungen im Landkreis Stendal in den Jahren 2007-2010 .....	35
Tabelle 10b: Schulungen, Weiterbildungs- und Präventionsveranstaltungen im Jahr 2007 .....	37
Tabelle 11b: Schulungen, Weiterbildungs- und Präventionsveranstaltungen im Jahr 2008 .....	38
Tabelle 12b: Schulungen, Weiterbildungs- und Präventionsveranstaltungen im Jahr 2009 .....	38
Tabelle 13b: Schulungen, Weiterbildungs- und Präventionsveranstaltungen im Jahr 2010 .....	39
Tabelle 14b: Anzahl der beanstandeten und nicht beanstandeten Proben im Landkreis Stendal .....	40



## **C. Sozialpsychiatrische Aspekte**

Abbildung 1c: Gemeindepsychiatrische Versorgung im Landkreis Stendal .....	59
Abbildung 2c: Anzahl der im Jahr 2009 durchschnittlich betreuten Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste im Land Sachsen-Anhalt pro 1.000 Einwohner .....	62
Abbildung 3c: Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Landkreis Stendal .....	64
Abbildung 4c: Anzahl der Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes .....	65
Abbildung 5c: Anzahl der Kontakte des Sozialpsychiatrischen Dienstes .....	66
Abbildung 6c: Klientengruppen .....	67
Abbildung 7c: Klientengruppen nach Geschlecht .....	68
Abbildung 8c: Klientengruppen nach Alter .....	69
Abbildung 9c: Klientengruppen nach Lebensform .....	71
Abbildung 10c: Klientengruppen nach Einkommen .....	72
Abbildung 11c: Klientengruppen nach Erstkontakt/Dauerkontakt .....	74
Abbildung 12c: Klientengruppen nach Herstellung des Erstkontaktes .....	75
Abbildung 13c: Klientengruppen nach Art der Klientenkontakte .....	77
Abbildung 14c: Klientengruppen nach Häufigkeit der Beratung .....	79
Abbildung 15c: Vorläufige Einweisungen nach PsychKG LSA .....	81

## Literaturverzeichnis

- Deutscher Bundestag            Enquete 1975, Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Bonn 1975.
- Draba, Steffi, Dr. med.            Bericht aus Ostdeutschland – Lage der Sozialpsychiatrischen Dienste in Sachsen-Anhalt und Brandenburg, Gesundheitsamt Halle (Saale) 2010.
- Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid        Wörterbuch Soziale Arbeit, 4. Auflage, Weinheim und Basel 1996.
- Röttgers, Hanns Rüdiger/Nedjat, Schide    Psychiatrie für Sozialberufe, Krankheitslehre – Behandlungsverfahren – Rechtsfragen, Stuttgart 2003.

## **A. Allgemeines**

### **1. Aufgaben und Struktur des Gesundheitsamtes**

Unter dem Begriff „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ (ÖGD) werden die staatlichen und kommunalen Gesundheitsämter, bestimmte Einrichtungen der Veterinär- und Lebensmittelaufsicht sowie die Gesundheitsbehörden des Bundes und der Länder und deren nachgeordneter Einrichtungen zusammengefasst. Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes werden vor allem von den Gesundheitsämtern wahrgenommen. Das praktische Handeln basiert überwiegend auf den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst schützt und fördert die Gesundheit der Bevölkerung. Er wirkt bei einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung nach Maßgabe des Gesundheitsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt (GDG LSA) in folgenden Aufgabenbereichen mit (§ 1 GDG LSA):

1. Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsschutz und Gesundheitshilfe;
2. Überwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen;
3. Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung;
4. Überwachung der Berufsangehörigen im Gesundheitswesen und ihrer Einrichtungen;
5. Katastrophenschutz und Zivilschutz.

Dem Gesundheitsamt obliegen zudem gutachterliche und gerichtsärztliche Tätigkeiten. Auf regionaler Ebene wirkt der Öffentliche Gesundheitsdienst auf die Verzahnung von Gesundheitsvorsorge, medizinischer Behandlung, Beratung, Betreuung und wirksamer Nachsorge hin. Gemäß § 11 GDG LSA erstellt der Öffentliche Gesundheitsdienst Gesundheitsberichte, die einen Überblick über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung im Landkreis geben. Unter diesem Gesichtspunkt nehmen die Abteilungen des Gesundheitsamtes vielfältige Fachaufgaben wahr:

#### **Der Amtsärztliche Dienst**

Der Fachbereich wird in Erfüllung hoheitlicher Aufgaben, im Auftrag von Behörden, Gerichten, öffentlich-rechtlichen Institutionen und vergleichbaren Einrichtungen überwiegend gutachterlich

tätig. Die gesetzlichen Grundlagen dafür sind u.a. das Gesundheitsdienstgesetz, das Beamtenrecht, die geltenden Sozialgesetzbücher sowie das Asylbewerberleistungsgesetz. Darüber hinaus überwacht der Amtsärztliche Dienst die ordnungsgemäße Leichenschau und das Ausfüllen der Totenscheine.

#### Die Gesundheitsaufsicht

Die Gesundheitsaufsicht ist innerhalb des Gesundheitsamtes für die gesetzlich festgelegten hygienischen Überwachungsmaßnahmen sowie Aufgaben des Infektionsschutzes zuständig. Gesetzliche Grundlagen bieten das Gesundheitsdienstgesetz, das Infektionsschutzgesetz, die Trinkwasserverordnung und die Badwasserverordnung. Die kommunalhygienischen Überwachungsaufgaben werden durch regelmäßige Begehungen der Einrichtungen, die der Hygieneüberwachung unterliegen, wahrgenommen. Die Überwachung der Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz und deren Bearbeitung liegen ebenfalls im Bereich der Hygiene. Darüber hinaus obliegt diesem Bereich die bewertende Tätigkeit bei umweltmedizinischen Problemen.

#### Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst

Die Hauptaufgabe des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes hat vor allem vorbeugenden Charakter. Das Untersuchungsangebot ist für alle Kinder und Jugendlichen von 0-18 Jahren und ihre Eltern offen.

Zu den gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen gehören die Schulanfängeruntersuchungen, die Untersuchungen der Kinder in der 3. und 6. Klasse sowie die alle zwei Jahre stattfindende Untersuchung in Förderschulen. In diesem Zusammenhang liegt ein besonderes Augenmerk auf der Impfberatung und Schließung von Impflücken laut STIKO-Empfehlung (Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Institutes). Darüber hinaus erfolgen sozialmedizinische Begutachtungen nach Sozialgesetzbuch (SGB) XII. Gesetzliche Grundlagen sind das Gesundheitsdienstgesetz und das Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt.

#### Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst

Aufgabe des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes ist es, die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen zu fördern und zu verbessern. Die Zahnärztin der Abteilung führt regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Schulen und Kindereinrichtungen durch. Alle Mitarbeiter wirken an den Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V mit. Entsprechend des Gesundheitsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt (§ 9 GDG LSA) beraten die Zahnärztin und das Prophylaxepersonal die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Sorgeberechtigten zu

Fragen der Gesunderhaltung des Zahn-, Mund- und Kieferbereiches. Die durchgeführten Maßnahmen werden dokumentiert, um eine vergleichende Gesundheitsberichterstattung zu ermöglichen. Die Geschäftsführung des Arbeitskreises Jugendzahnpflege des Landes Sachsen-Anhalt obliegt dem Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes. Des Weiteren werden zahnmedizinische Begutachtungen hinsichtlich Versorgung mit Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung nach SGB XII, Asylbewerbergesetz und nach dem Beihilferecht durchgeführt.

#### Der Soziale Dienst

Der Schwerpunkt der Tätigkeit des Sozialen Dienstes liegt in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Darüber hinaus wird er in der AIDS-Beratung sowie in der Beratung älterer und behinderter bzw. von Behinderung bedrohter Bürger tätig. Die gesetzlichen Grundlagen sind u.a. das Gesundheitsdienstgesetz, die Sozialgesetze sowie das BGB.

#### Der Sozialpsychiatrische Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst bietet Hilfe und Beratung für Bürger gemäß § 1 des Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) an. Die Aufgaben umfassen vorsorgende Hilfen in Form von z.B. aufsuchender Sozialarbeit, Beratungsgesprächen, Begleitung und Vermittlung in Ämter und sozialen Einrichtungen, Hilfe bei Anträgen und Vermittlung in Therapieeinrichtungen, Motivation zur rechtzeitigen ambulanten Behandlung sowie nachsorgende Hilfemaßnahmen nach stationärer psychiatrischer Behandlung. Darüber hinaus erfolgen Kriseninterventionen für Personen, die an einer Psychose, einer Suchterkrankung, einer anderen seelischen oder geistigen Störung oder anderen seelischen oder geistigen Behinderung leiden oder gelitten haben. Der enge Kontakt zu stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen, Behörden, Institutionen und Selbsthilfegruppen bestimmt den hohen Stellenwert des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Des Weiteren obliegt dem Sozialpsychiatrischen Dienst die Geschäftsführung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des Landkreises Stendal.

#### Verwaltungstechnischer Bereich

Der Bereich der Verwaltung nimmt behördeninterne Aufgaben zur Absicherung der Rahmenbedingungen wahr. Er überwacht die Einhaltung der Berufspflicht und Grenzen der Berufsberechtigung sowie das Führen der Berufsbezeichnung bei selbstständig tätigen

Angehörigen der nicht ärztlichen Heilberufe und der anderen Fachberufe des Gesundheitswesens.

### Organigramm des Gesundheitsamtes

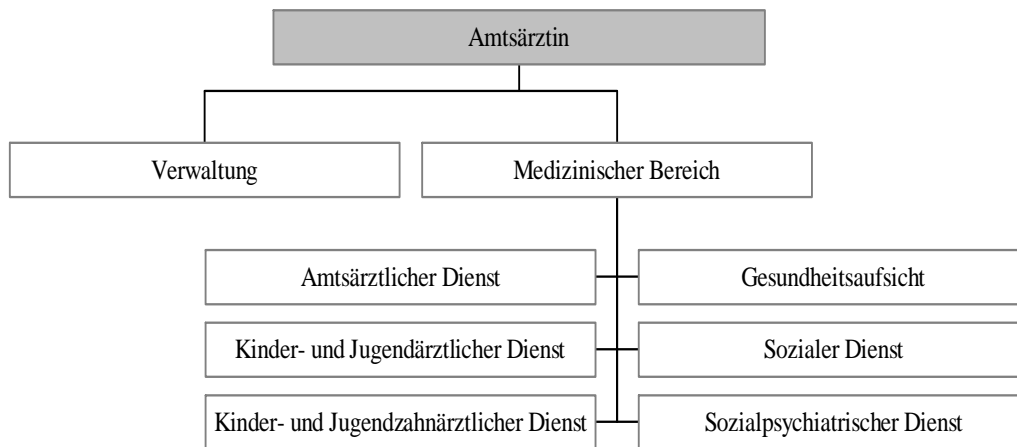


Abbildung 1a: Organigramm des Gesundheitsamtes des Landkreises Stendal (Stand Aug. 2011)

## 2. Der Landkreis Stendal

Der Landkreis Stendal liegt im Norden des Landes Sachsen-Anhalt. Er erstreckt sich über eine ebene Fläche von 2.423 km<sup>2</sup>. Die Nord-Süd-Ausdehnung beträgt 79 km und die Ost-West-Ausdehnung 56 km. Die Besiedlungsdichte beträgt 50 Einwohner/km<sup>2</sup>.

Insgesamt leben 121.899 Einwohner im Landkreis, 60.427 Männer und 61.472 Frauen (Stand: 31.12.2010). In der folgenden Abbildung sind die Einwohner nach Alter dargestellt<sup>1</sup>.

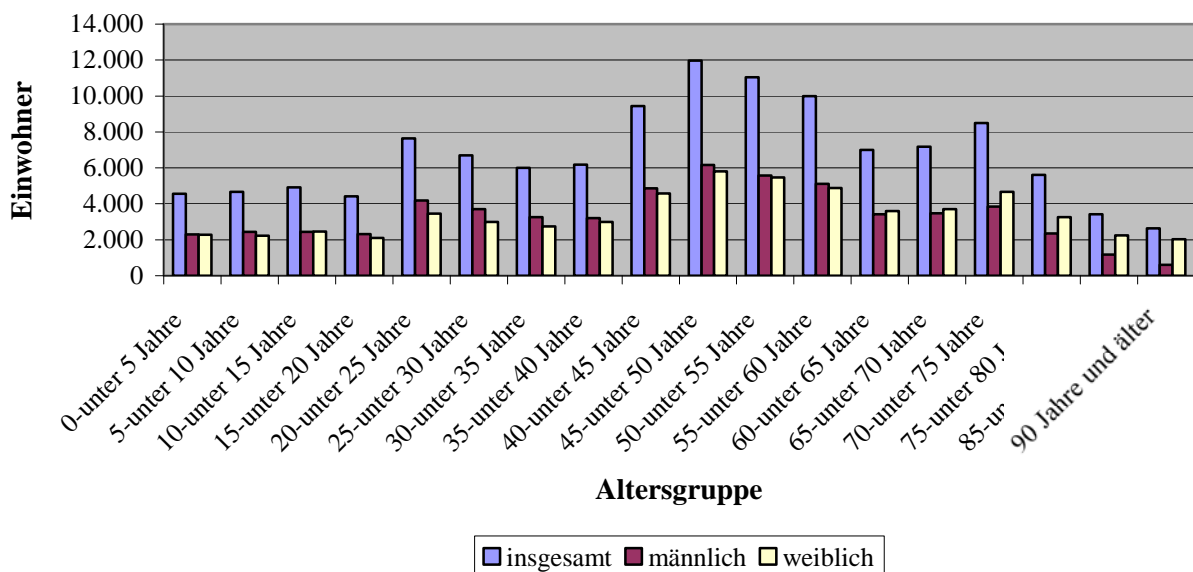


Abbildung 2a: Einwohnerzahlen des Landkreises Stendal nach Altersgruppen (Stand 31.12.2010)

<sup>1</sup> [www.stala.sachsen-anhalt.de](http://www.stala.sachsen-anhalt.de)

Der prozentual größte Anteil der Einwohner ist zwischen 40 und 60 Jahren alt. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern liegen nicht vor.

In den letzten zehn Jahren sank die Einwohnerzahl im Landkreis Stendal von 140.604 Einwohnern auf 121.899 Einwohner. Das stellt einen Rückgang um 13,3 % dar.

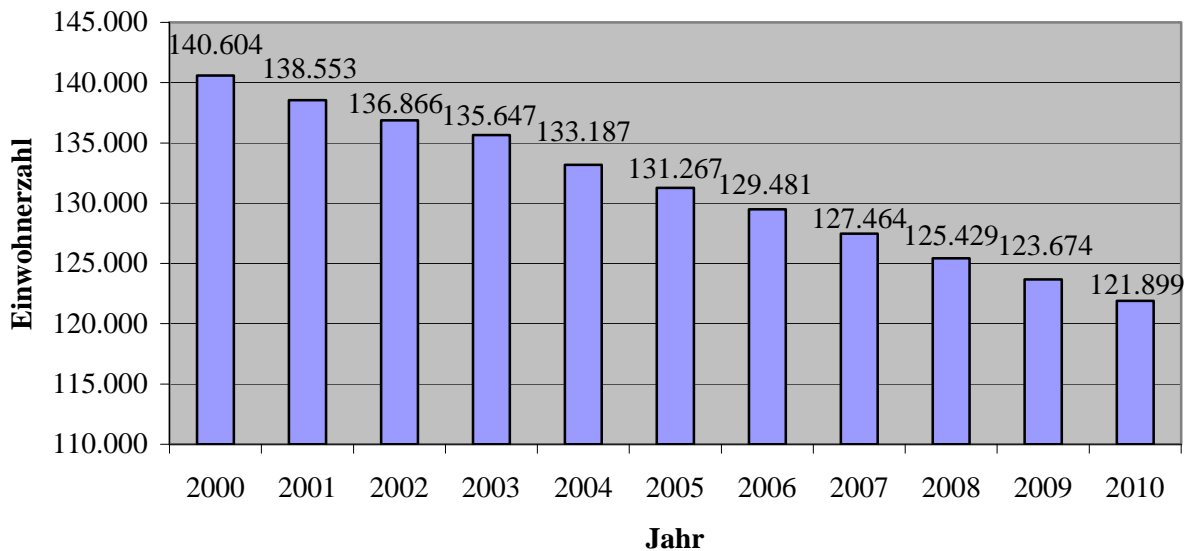


Abbildung 3a: Entwicklung der Einwohnerzahlen im Landkreis Stendal

Die Entwicklung der Einwohnerzahlen ist in den einzelnen Altersgruppen unterschiedlich.

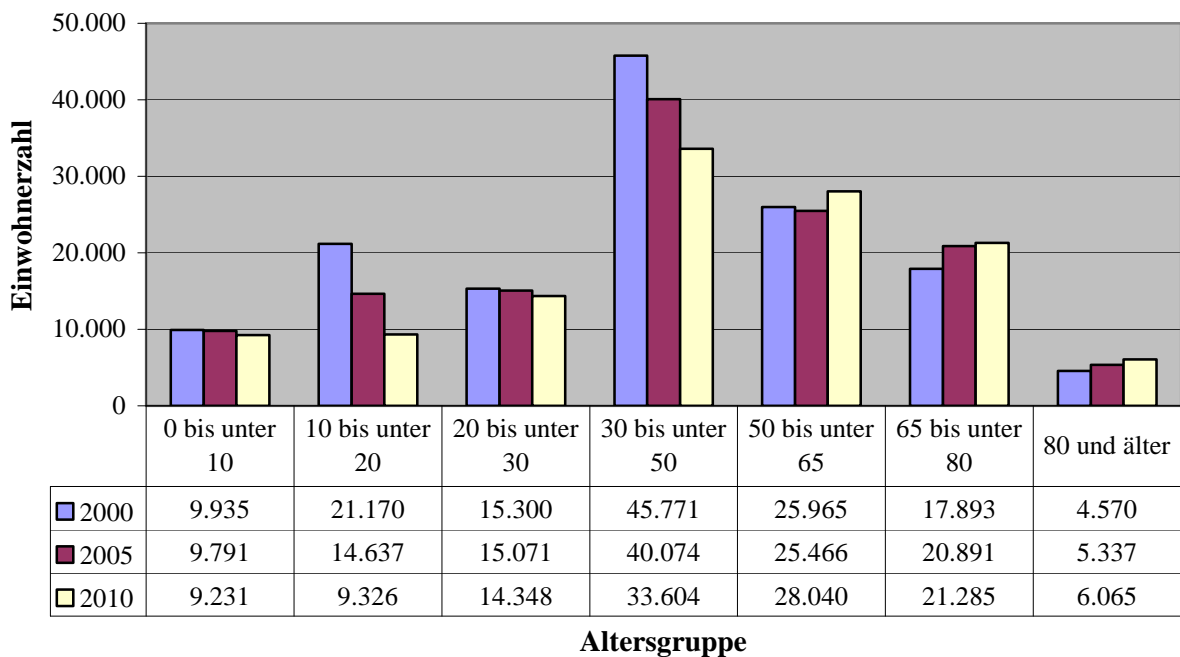


Abbildung 4a: Altersstatistik im Landkreis Stendal im Vergleich

Die größten, kontinuierlichsten Rückgänge waren in den Altersgruppen der 10- bis unter 20-Jährigen um 11.844 Einwohner (55,9 %) und bei den 30- bis unter 50-jährigen Bürgern um 12.167 Einwohner (26,6 %) zu verzeichnen. In der Altersgruppe der 80-Jährigen und älter stieg die Einwohnerzahl am höchsten an, in den letzten zehn Jahren um 1.495 Einwohner (32,7 %)

Somit sank auch die Anzahl der Erwerbstätigen. Im Jahr 2009 gab es im Landkreis Stendal 50.500 Erwerbstätige.<sup>2</sup>

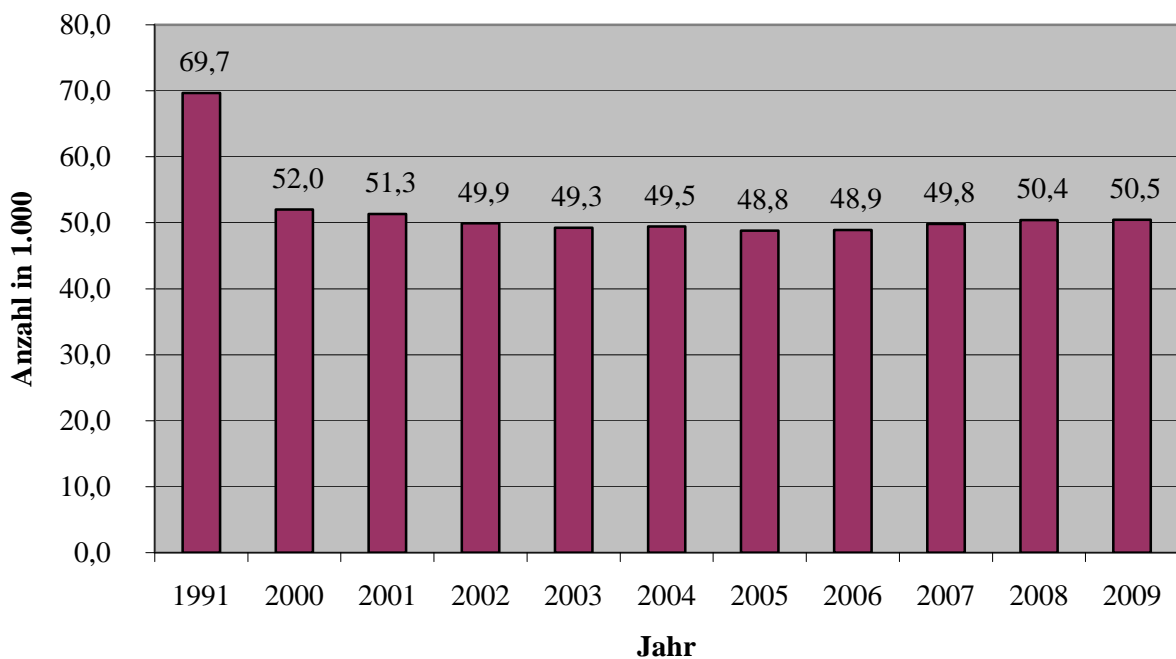


Abbildung 5a: Erwerbstätige im Landkreis Stendal

Die Zahl der Erwerbstätigen ist im Landkreis Stendal von 69.700 im Jahr 1991 um 25,4 % auf 52.000 Erwerbstätige im Jahr 2000 gesunken. Seit 2000 ist die Zahl der Erwerbstätigen im Landkreis Stendal mit ca. 50.000 ( $\pm 4,0$  %) relativ konstant.

<sup>2</sup> [www.stala.sachsen-anhalt.de](http://www.stala.sachsen-anhalt.de)



Anders verhielt sich die Entwicklung der Arbeitslosenzahlen.

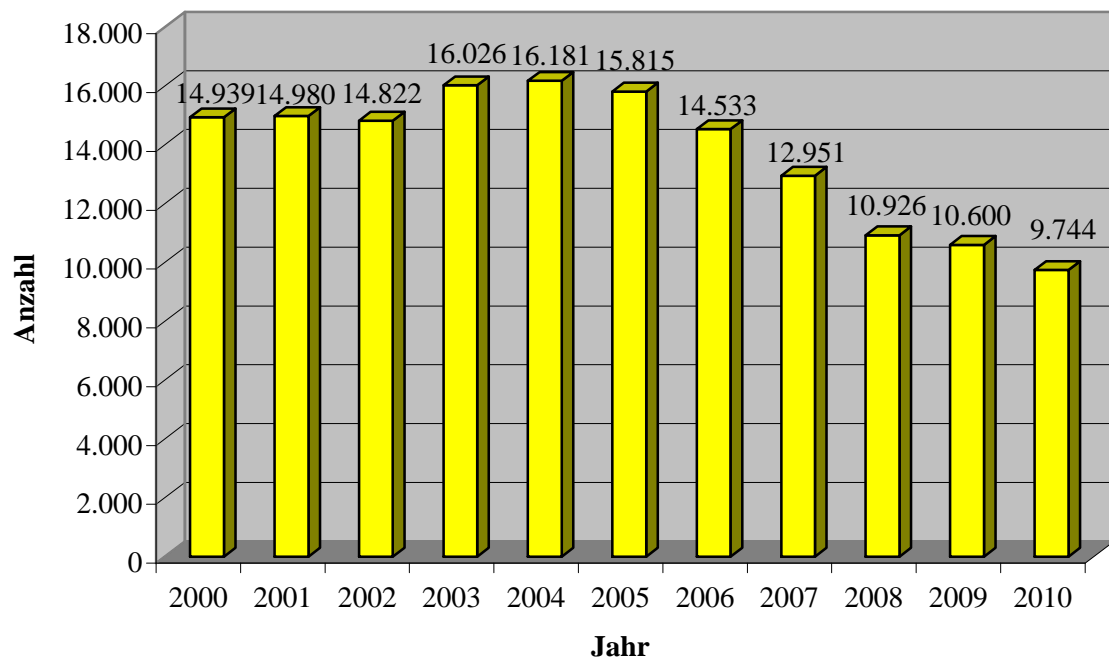


Abbildung 6a: Arbeitslose im Landkreis Stendal<sup>3</sup>

Die durchschnittliche monatliche Anzahl der Arbeitslosen ist von 14.939 im Jahr 2000 nach einem vorübergehenden Anstieg mit dem Maximum im Jahr 2004 mit 16.181 auf 9.744 Menschen im Jahr 2010 gesunken. Das stellt in den letzten zehn Jahren einen Rückgang um 34,8 % dar.

Bezogen auf die Entwicklung der Einwohnerzahlen ist festzustellen, dass das Sinken der Einwohnerzahlen einen direkten Einfluss auf die sinkende Zahl der Arbeitslosen und nicht auf die Erwerbstätigen hat.

<sup>3</sup> [www.stala.sachsen-anhalt.de](http://www.stala.sachsen-anhalt.de)

Die folgende Abbildung zeigt die sinkende Zahl der Arbeitslosenquote im Landkreis Stendal im Vergleich zu den Nachbarlandkreisen.

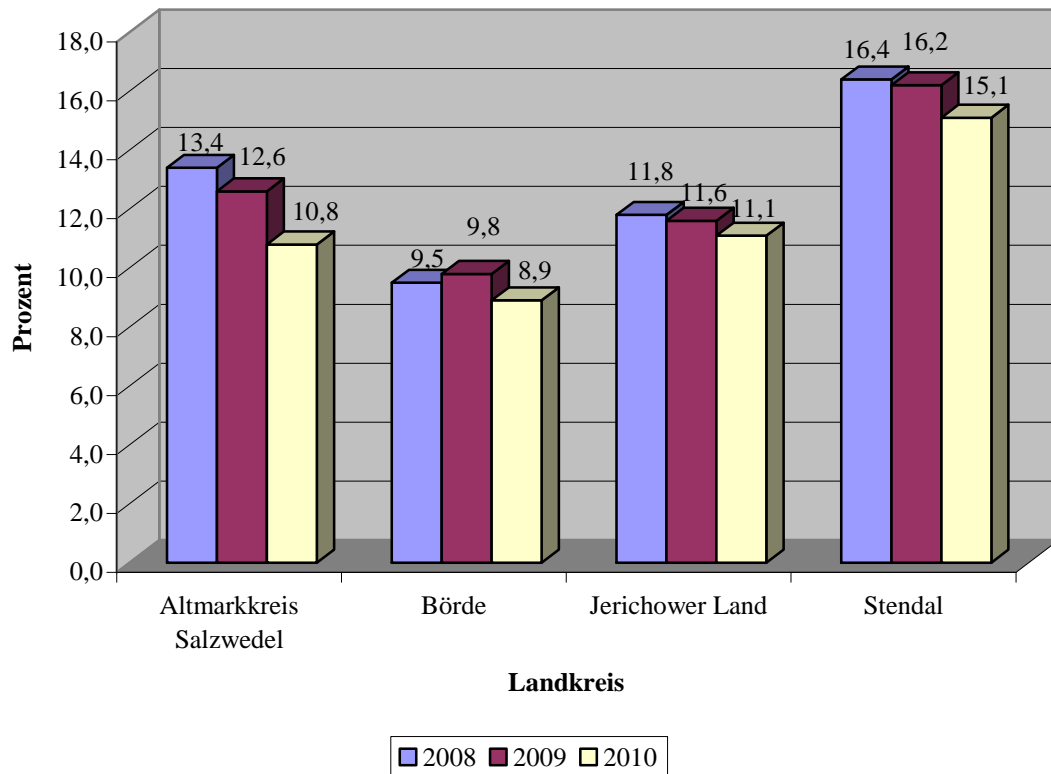


Abbildung 7a: Arbeitslosenquoten im Landkreis Stendal und angrenzenden Landkreisen in Sachsen-Anhalt<sup>4</sup>

Die Arbeitslosenquote im Landkreis Stendal zeigt in den Jahren 2008 bis 2010 im Vergleich zu den angrenzenden Landkreisen die gleiche Tendenz. Im Altmarkkreis Salzwedel sank die Arbeitslosenquote in den letzten drei Jahren um 2,6 %, dem folgten der Landkreis Stendal mit 1,3 % und der Landkreis Jerichower Land mit 0,7 %. Nur im Landkreis Börde war 2009 ein leichter Anstieg zu verzeichnen, der im Jahr 2010 wieder zurückging.

<sup>4</sup> [www.stala.sachsen-anhalt.de](http://www.stala.sachsen-anhalt.de)

## **B. Infektionshygienische und umweltmedizinische Aspekte**

### **1. Gesetzliche Grundlagen und Aufgaben**

Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt (Gesundheitsdienstgesetz – GDG LSA) vom 21. November 1997, das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) vom 20. Juli 2000 sowie die Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasserverordnung – TrinkwV 2001) vom 21. Mai 2001 sind die gesetzlichen Grundlagen für die Tätigkeit der Gesundheitsaufsicht des Gesundheitsamtes.

Im Bereich des **Infektionsschutzes** bestehen die Aufgaben der Gesundheitsaufsicht in der Verhütung, Bekämpfung und Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Überwachung von Infektionsgeschehen bezugnehmend auf die in § 6 IfSG genannten meldepflichtigen Krankheiten sowie spezieller Infektionskrankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen. Weiterhin gehört es (nach § 25 IfSG) zu den Aufgaben, die erforderlichen Ermittlungen anzustellen, insbesondere zu Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit und gegebenenfalls Maßnahmen zu veranlassen.

Besondere Beachtung finden die **Krankheitshäufungen** (Kapitel 3.1.6). Das Auftreten von Infektionskrankheiten soll durch präventive Maßnahmen, z.B. Hygienebegehungen, Belehrungen für Lebensmittelbeschäftigte, Trink- und Badewasserkontrollen etc., nach Möglichkeit verhindert werden.

Im Rahmen des Bereiches **Umwelthygiene** wird eine Beratung zu allen Fragen der Hygiene und Umweltmedizin angeboten. Bei Bedarf werden Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor schädigenden Einflüssen aus der Umwelt ergriffen.

## **2. Besondere Ereignisse des Jahres 2010**

- Kapitel 3.1.2.1.: Q-Fieber-Infektion mit schwerem Verlauf;
- Kapitel 3.1.2.2.: Tollwutexposition nach Fledermausbiss;
- Kapitel 3.1.6.3.: Erkrankungshäufung (Campylobacter) in einer Kindereinrichtung nach Verzehr von Rohmilch;
- Kapitel 3.6.1.: Entnahme und Auswertung von Wasserproben im Rahmen des Planungsverfahrens zum Bau der Autobahn 14;
- Kapitel 3.7.1.: Badeverbot aufgrund von Grenzwertüberschreitungen;
- Kapitel 3.7.2.: Erstellung von Badegewässerprofilen für sechs Badegewässer;
- Kapitel 3.8.2.: Tauben als tierische Schädlinge;
- Kapitel 3.8.3.: Regionaler Entwicklungsplan Altmark – Errichtung von Windparks.

## **3. Aufgaben und Tätigkeiten**

### **3.1. Infektionsschutz**

#### **3.1.1. Aufgaben des Infektionsschutzes**

Die Hygieneüberwachung von Einrichtungen nach § 13 GDG LSA in Verbindung mit §§ 36, 37 IfSG ist eine Aufgabe des Infektionsschutzes. Sie betrifft alle Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und alle Gemeinschaftseinrichtungen, z.B. Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, ambulante Behandlungseinrichtungen, Einrichtungen des Rettungs- und Krankentransportwesens, Kindergärten, Schulen, medizinische Fußpflege-, Tattoo- und Piercingstudios, Campingplätze, Anlagen zur Versorgung mit Trinkwasser, Hallenbäder, Badeseen etc.. Insgesamt unterliegen 1.193 Einrichtungen der infektionshygienischen Überwachung.

Tabelle 1b: Infektionshygienisch überwachte Einrichtungen des Landkreises Stendal

	2009	2010
<b>Badewasserüberwachung gesamt</b>	<b>35</b>	<b>40</b>
Badegewässer	6	6
Bewegungsbecken	13	14
Freibäder/Beckenbäder	7	10
Saunatauchbecken	6	7
Schwimmbhallen	3	3
<b>Bestattungsunternehmen</b>	<b>25</b>	<b>25</b>
<b>Einrichtungen der Schönheitspflege gesamt</b>	<b>131</b>	<b>129</b>
Podologie und Fußpflege	97	95
Saunen und Solarien	24	24
Tattoo- und Piercingstudios	10	10
<b>Gemeinschaftseinrichtungen gesamt</b>	<b>330</b>	<b>332</b>
Berufbildende Schulen	3	3
Förderschulen	10	10
Grundschulen	34	34
Gymnasien	7	7
Horte	34	34
Kindertagesstätten	89	91
Privatschulen	7	7
Sekundarschulen	10	10
Sportstätten	136	136
<b>Heime/Gemeinschaftsunterkünfte gesamt</b>	<b>111</b>	<b>110</b>
Alten- und Pflegeheime	21	20
Asyl- und Aussiedlerunterkünfte	2	2
Campingplätze	9	9
Einrichtungen zur Betreuung von Behinderten	43	43
Kinderheime	16	16
Obdachlosenunterkünfte	2	2
Reiterhöfe	12	12
Schullandheime	4	4
Tageseinrichtungen für Senioren	2	2
<b>Medizinische Einrichtungen gesamt</b>	<b>339</b>	<b>340</b>
Ambulante Pflegedienste	29	29
Arztpraxen	142	137
Hebammen	11	13
Krankenhäuser	5	5
Krankentransporte	0	4
Physiotherapie-Praxen	62	63
Rettungswachen	7	7
Zahnarztpraxen	83	82
<b>Öffentliche Toiletten</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
<b>Trinkwasserüberwachung gesamt</b>	<b>111</b>	<b>110</b>
Lebensmittelbetriebe mit Eigenwasserversorgung	5	5
Milchviehanlagen mit Eigenwasserversorgung	69	69
nichtortsfeste Anlagen	16	16
Wasserwerke	21	20
<b>Überwachung Handel mit freiverkäuflichen Arzneimitteln</b>	<b>88</b>	<b>91</b>
	<b>1186</b>	<b>1193</b>

Des Weiteren führt die Gesundheitsaufsicht des Gesundheitsamtes die Ermittlungstätigkeit zu Krankheitsdaten, Kontaktpersonen als möglicherweise Infizierte sowie der Ansteckungsquelle der durch Ärzte und Labore gemeldeten meldepflichtigen Krankheiten und Erreger nach §§ 6, 7 IfSG durch. Um die Notwendigkeit eines Tätigkeitsverbotes prüfen zu können, werden Ermittlungen zum Beruf des Erkrankten vorgenommen.

Weitere Aufgaben sind:

- Erfassung der meldepflichtigen Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, nach § 33 IfSG, außerdem Beratung der Einrichtungen und gegebenenfalls Festlegung von Maßnahmen;
- Ergreifen von Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens bei Gruppenerkrankungen, z.B. durch Salmonellen oder andere Gastroenteritiserreger, vor allem in Krankenhäusern, Altenheimen, Kindergärten oder Schulen oder bei speziellen Krankheiten, wie z.B. Meningokokkenmeningitis, Tuberkulose;
- Einleitung und Empfehlung weiterer Maßnahmen, beispielsweise Impfungen oder andere Schutzmaßnahmen für Kontaktpersonen;
- Beratung und Information der Bevölkerung zu weiteren Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten;
- Datenübermittlung an übergeordnete Behörden durch die Eingabe in das EDV-Programm Survnet;
- Durchführung von Belehrungen nach § 43 IfSG für alle Beschäftigten im Lebensmittelbereich, die erstmalig ihre Tätigkeit aufnehmen;
- Überwachung des Vertriebs von freiverkäuflichen Arznei- und Betäubungsmitteln gemäß § 14 GDG LSA.

### 3.1.2. Meldepflichtige Erkrankungen und Erreger

Im **Jahr 2010** wurden von den Mitarbeitern der Gesundheitsaufsicht **1471** Meldungen meldepflichtiger Krankheiten bearbeitet. Damit ist die Zahl der Meldungen im Vergleich zum Vorjahr um 12,1 % (159 Meldungen) angestiegen.

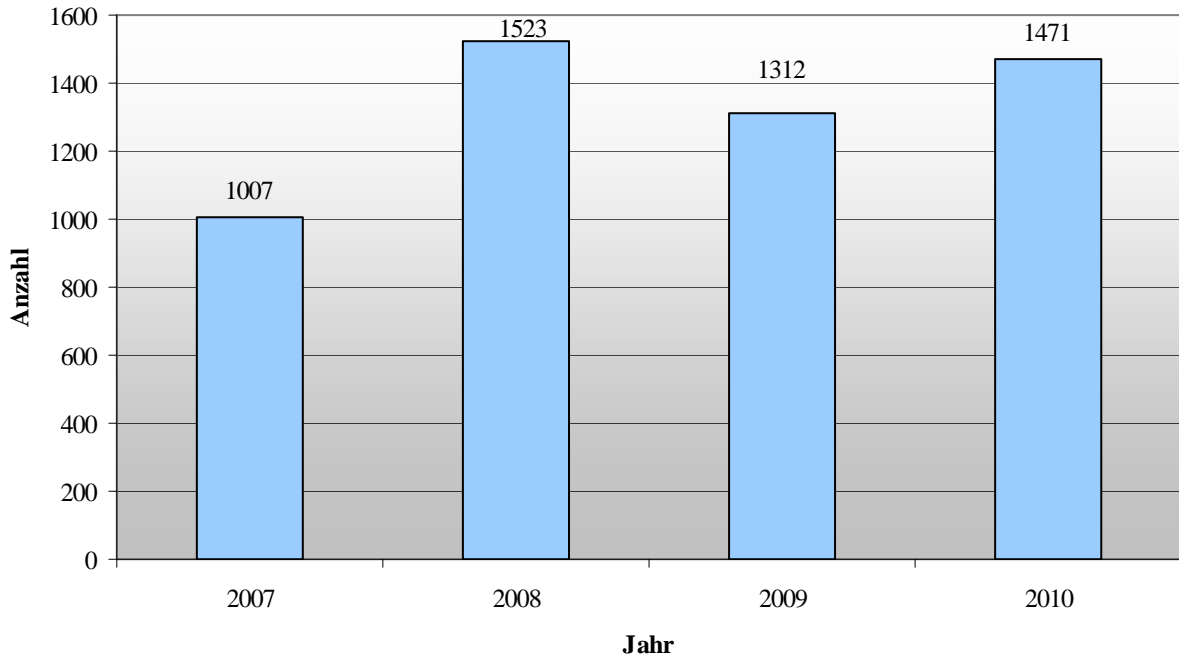


Abbildung 1b: Anzahl meldepflichtiger Erkrankungen im Landkreis Stendal in den Jahren 2007-2010

Die meldepflichtigen Erkrankungen lassen sich zu folgenden Gruppen zusammenfassen:

1. Erkrankungen durch Tröpfcheninfektion;
2. gastrointestinale Erkrankungen;
3. Infektionen übertragen durch Parasiten und Insekten (tierische Bisse oder Stiche);
4. Kontakt- bzw. Schmierinfektionen;
5. mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftungen;
6. selten gemeldete Infektionen;
7. virale Hepatitiden.

Tabelle 2b: Meldepflichtige Erkrankungen im Landkreis Stendal in den Jahren 2007–2010

<b>Gruppe:</b>	<b>Erreger/Krankheit</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>1. Erkrankungen durch Tröpfcheninfektionen</b>	Haemophilus influenzae	0	0	1	0
	Influenza	18	18	211	6
	Keuchhusten	30	1	6	40
	Legionellen	1	0	1	1
	Meningoenzephalitis viral	0	1	0	2
	Meningokokken	0	0	1	0
	Mumps	0	1	0	0
	Pneumokokken	2	3	5	5
	Röteln	1	0	0	0
	Scharlach	35	80	71	51
	Tuberkulose	18	5	10	7
	Windpocken	31	78	56	7
	<b>2. Gastrointestinale Infektionen a) mit Erregernachweis</b>	Campylobacter	114	95	80
E.-coli-Enteritis		15	24	27	14
Giardiasis		1	4	4	0
Kryptosporidiose		0	2	0	0
Norovirus		204	510	360	672
Rotavirus		125	234	144	248
Salmonellose		202	94	63	60
Yersiniose		10	4	3	5
<b>Gastrointestinale Infektionen b) ohne Erregernachweis</b>	Weitere bedrohliche Infektionen	63	147	136	63
<b>3. Infektionen übertragen durch:</b>					
	<b>a) Insekten</b>				
	Chikungunja Fieber	0	0	1	0
<b>b) Parasiten</b>					
	Borreliose	49	48	59	74
<b>4. Kontakt-/Schmierinfektionen</b>	Keratokonjunktivitis ep.	0	7	0	40
	Kopfläuse	74	140	65	62
	MRSA	0	0	2	7
	Skabies	4	17	2	4
<b>5. mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftungen</b>	Botulismus	0	0	2	0
	Listeriose	0	1	0	0
<b>6. selten gemeldete Infektionen</b>	Creuzfeld-Jakob-Krankheit	0	1	0	0
	Leptospirose	1	0	0	0
	Q- Fieber	0	0	0	0
<b>7. Virale Hepatitiden</b>	Hepatitis A	1	1	1	1
	Hepatitis B	6	4	2	2
	Hepatitis C	2	3	0	2
	Hepatitis E	0	0	0	1
<b>Insgesamt</b>		<b>1007</b>	<b>1523</b>	<b>1313</b>	<b>1465</b>



Durch **Tröpfcheninfektionen** werden das Adenovirus, Haemophilus Influenza, Influenza, Keuchhusten, Legionellen, Meningoenzephalitis, Meningokokken, Mumps, Pneumokokken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose und Windpocken übertragen.

Der hohe Anstieg der Influenzainfektionen im Jahr 2009 ist auf die neue Influenza A H1N1 zurückzuführen. Im Jahr 2010 sind die Meldungen wieder auf dem Niveau der Jahre 2007 und 2008. Die Keuchhusteninfektionen befanden sich im Jahr 2010 auf dem höchsten Stand, der in den letzten 4 Jahren im Landkreis Stendal gemeldeten Erkrankungen dieser Art. Eine Ursache für die Zunahme der Fallzahlen ist das Ausbruchsgeschehen (Kapitel 3.1.6).

Meningokokkeninfektionen wurden im Jahr 2010 im Landkreis Stendal nicht gemeldet.

Im Juni 2010 ging eine Meldung über eine bakterielle Meningitis eines einjährigen Kindes, welches sich in der Inkubationszeit im Landkreis Stendal aufgehalten hat, gemäß § 6 IfSG im Gesundheitsamt ein. Im Zuge der Amtshilfe wurden die Kontaktpersonen ermittelt sowie eine Chemoprophylaxe empfohlen.

Bei den Tuberkuloseerkrankungen ist in den letzten drei Jahren ein Rückgang der Fallzahlen zu beobachten. Dieser Trend hat sich auch deutschlandweit fortgesetzt.

Campylobacter, Escherichia coli, Giardiasis, Kryptosporidiose, Norovirus, Rotavirus, Salmonellen, Yersiniose (und größtenteils auch die weiteren bedrohlichen Erkrankungen ohne Erregernachweis) werden den **Gastrointestinalen Erkrankungen** zugeordnet. Die infektionsbedingten Magen-Darm-Erkrankungen nahmen auch im Jahr 2010 den größten Anteil meldepflichtiger Infektionskrankheiten im Landkreis Stendal ein. Wie in den Jahren 2007 bis 2009 waren die Norovirusinfektionen auch im Jahr 2010 die mit Abstand am häufigsten meldepflichtigen Erkrankungen. Diese sind gegenüber 2009 um weitere 86,7 % angestiegen. Waren 2007 noch die Salmonelleninfektionen (bakterielle Erkrankungen) die zweithäufigste meldepflichtige gastrointestinale Erkrankung, so setzt sich der Trend von 2008 und 2009 auch 2010 fort und die Rotavirusinfektionen bleiben die zweithäufigste meldepflichtige Erkrankung. Die Fallzahl der Campylobacter-Enteritiden ist im Vergleich zu 2007 (114 Meldungen) leicht gesunken. Im Jahr 2008 war ein Rückgang um 16,7 % auf 95 Meldungen und im Jahr 2009 um 29,8 % auf 80 Meldungen zu verzeichnen.

Im Jahr 2010 kann allerdings wieder ein geringer Anstieg um 13,8 % (91 Meldungen) gegenüber 2009 festgestellt werden.

Borreliose (übertragen durch Zecken) und Chikungunya-Fieber (übertragen durch Stechmücken) werden den **Infektionen, übertragen durch Parasiten und Insekten**, zugeordnet. Die Zahl der Borreliose-Erkrankungen im Landkreis Stendal blieb in den Jahren 2007 (49 Fälle) und 2008 (48 Fälle) auf gleichem Niveau und stieg 2009 um 22,9 % (59 Meldungen) und 2010 um 25,4 % (74 Meldungen) an (Kapitel 3.1.3).

Chikungunya-Fieber ist eine mit Fieber und Gelenksbeschwerden einhergehende, tropische Infektionskrankheit. Mit einem Fall im Jahr 2009 gehört diese Erkrankung zu den selten auftretenden Infektionen.

Kopflausbefall und Skabies werden **durch Körperkontakt übertragen**. Für beide Erkrankungen waren im Jahr 2008 im Landkreis Stendal erhöhte Fallzahlen festzustellen, die 2009 wieder deutlich sanken. Der Kopflausbefall sank 2009 um 53,6% (von 140 Fällen 2008 auf 65 Fälle 2009), die Anzahl der Skabies-Erkrankungen nahm um 88,2% ab (von 17 Meldungen 2008 auf 2 Meldungen 2009). Im Jahr 2010 befanden sich Skabies sowie der Kopflausbefall auf dem Niveau des Vorjahres.

Als MRSA werden Methicillin-resistente Stämme des Krankenhausregers *Staphylococcus aureus* bezeichnet. Dieses Bakterium kann eine Vielzahl von Erkrankungen verursachen (Wundinfektionen, Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen sowie schwere systemische Infektionen, z.B. Sepsis). Zur Überwachung von invasiven MRSA-Infektionen ist seit dem 01. Juli 2009 der labordiagnostische Nachweis von MRSA in Blutkulturen und Liquor meldepflichtig, dies stellt eine Erweiterung des § 7 IfSG Absatz 1 dar. Im Zeitraum vom 01.07.2009 bis 31.12.2009 wurden dem Gesundheitsamt zwei MRSA-Infektionen im Landkreis Stendal gemeldet (Sepsis-Erkrankungen), darunter erstmalig ein Todesfall. Die Inzidenz beträgt im Landkreis Stendal pro 100.000 Einwohner 1,56 und ist deutlich geringer als die Inzidenz des gesamten Bundesgebietes (9,6). Für das Jahr 2010 wurden dem Gesundheitsamt sieben MRSA-Infektionen gemeldet. Die Inzidenz ist gestiegen und liegt bei 5,41 pro 100 .000 Einwohner. Im Land Sachsen-Anhalt beträgt sie 6,39.

Den **mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftungen** werden Botulismus und Listerioseerkrankungen zugeordnet. Botulismuserkrankungen traten 2010 im Landkreis Stendal nicht auf. In Deutschland kam es in den letzten Jahren zu einer Zunahme der Listerioseerkrankungen. Entgegen dem Trend wurde im Landkreis Stendal lediglich ein Fall im Jahr 2008 gemeldet. 2007, 2009 und 2010 traten keine Erkrankungen auf.

**Selten gemeldete Erkrankungen** sind z.B. die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, MRSA und Leptospirose sowie Q- Fieber.

Hepatitis A, B und C sind **virale Hepatitiden**. Die hohe Fallzahl an Hepatitis-B-Erkrankungen aus dem Jahr 2007 hat sich nicht fortgesetzt. Die Zahl ist seither jährlich gesunken. Hepatitis A und C blieben zwischen 2007 und 2010 auf gleichbleibend niedrigem Niveau.

Im Jahr 2010 wurde dem Gesundheitsamt eine Hepatitis E-Erkrankung gemeldet. Trotz intensiver Ermittlungen konnte keine Infektionsquelle für diese seltene Erkrankung gefunden werden. Die erkrankte Person ist im medizinischen Bereich tätig, so dass es Aufgabe des Gesundheitsamtes war, hier durch beratende Tätigkeiten eine Weiterverbreitung der Erkrankung zu verhindern. Dazu wurden Informations- und Aufklärungsgespräche geführt. Ein Tätigkeitsverbot konnte abgewendet werden. Es gab keine weiteren Erkrankungen.

#### ***3.1.2.1. Q-Fieber-Erkrankung eines 17-jährigen Auszubildenden***

Am 21. September 2010 ging im Gesundheitsamt die Meldung einer Q-Fieberinfektion mit Lungenversagen ein. Betroffen war ein 17 Jahre alter Mann.

Q-Fieber ist eine weltweit verbreitete, von Tier zu Mensch übertragbare Infektionskrankheit.

Der Erreger, ein Bakterium namens *Coxiella burnetii*, ist unempfindlich gegenüber Umwelteinflüssen und kann längere Zeit, z.B. in Erde oder Staub überleben.

Er befällt vor allem Schafe, Kühe und Ziegen. Er findet sich aber auch in Zecken, Wildtieren, Hunden und Katzen. Der Mensch steckt sich meist durch Einatmen des Erregers an, z. B. durch erregerhaltigen, luftübertragenen Staub bei trockenen Witterungsverhältnissen.

Nach Aufnahme des Erregers verlaufen ca. 50 % aller Infektionen ohne Symptome oder mit milden grippeähnlichen Erscheinungen und heilen spontan nach ein bis zwei Wochen aus. Kommt es zu einer Erkrankung, ähneln die Symptome einer Grippe mit plötzlichem hohem Fieber, Schüttelfrost, schwerem Krankheitsgefühl, Glieder- und Muskelschmerzen und heftigen Stirnkopfschmerzen. Im weiteren Verlauf können eine Lungenentzündung oder eine Leberentzündung auftreten. Unsere Ermittlungen ergaben, dass der junge Mann ein Auszubildender zum Tierwirt, Fachbereich Rinderhaltung, war. Bei den Recherchen im Ausbildungsbetrieb stellte sich heraus, dass sich die Person während der Inkubationszeit zum einen im Rinderstall des Betriebes aufhielt und später ein Praktikum in einer Landeseinrichtung für Landwirtschaft absolvierte.

Weiterhin besuchte er die Berufsschule, wo sich am 13.09.2010 die ersten Symptome in Form

von starkem Husten und Gliederschmerzen zeigten. Am 16.09.2010 suchte er mit starker Atemnot, Fieber und Halsschmerzen die Notaufnahme des Krankenhauses auf. Am Nachmittag wurde er in die Kinderklinik eingewiesen, von der später eine Verlegung auf die ITS erfolgte. Von da aus wurde er mit dem Hubschrauber in ein Berliner Krankenhaus verlegt. Eine Verdachtsdiagnose konnte bis dahin nicht gestellt werden. Im Berliner Krankenhaus wurde eine spezielle Diagnostik veranlasst, woraus sich ein Verdacht auf eine akute Q-Fieberinfektion ergab. Nach Eingang der Meldung im Gesundheitsamt erfolgte die sofortige Informationsweitergabe an das Veterinäramt. Ein gemeinsames Vorgehen beider Ämter wurde festgelegt. Dazu zählten Vorortermittlungen in beiden Betrieben mit dem Ziel, die Infektionsquelle und eventuell weitere Erkrankte ausfindig zu machen. Alle exponierten Mitarbeiter wurden erfasst und in Form von Merkblättern über die Symptome und Übertragungswege sowie die Notwendigkeit einer Titerbestimmung bei Verdachtsfällen aufgeklärt. Durch das Veterinäramt wurden jeweils 20 Blutentnahmen bei Milchkühen veranlasst.

Ergebnisse der Ermittlungen:

Im Ausbildungsbetrieb waren keine Q-Fiebererkrankungen im Rinderbestand bekannt. Unter den Mitarbeitern gab es keine weiteren Erkrankten bzw. Krankheitsverdächtigen.

Der Betrieb beauftragte das Gesundheitsamt, alle Mitarbeiter auf Vorhandensein von Q-Fieber-Antikörpern zu untersuchen. Von 21 Mitarbeitern waren 15 seronegativ, viermal war das Ergebnis grenzwertig und drei Mitarbeiter waren seropositiv.

Bei den Milchkühen waren 13 Kühe seronegativ, sechs seropositiv und bei einer Kuh war das Ergebnis grenzwertig.

Im Landesbetrieb gab es die letzte bestätigte Erkrankung eines Rindes an Q-Fieber im Jahr 2008. Ein Rückgang der Geburten, Folge von Q-Fieber bei Tieren, konnte nicht beobachtet werden.

Der Erkrankte besuchte im Rahmen seiner Ausbildung einen Kurs und war dabei nur einmal im Rinderstall. Aus dem näheren Umfeld konnte ein Mädchen, welches den selben Kurs besuchte, als erkrankungsverdächtig ermittelt werden. Eine Blutuntersuchung sowie Stuhl- und Rachenabstriche wurden über die Hausärztin veranlasst und im Landesamt für Verbraucherschutz untersucht. Ein Nachweis von Q-Fieber gelang nicht. Bei den Milchkühen waren 14 seronegativ und sechs seropositiv.

Der Verdacht von eventuell akut infizierten Beständen im Rinderstall konnte mit den o.g. Untersuchungsmethoden nicht bestätigt werden. Aus diesem Grund wurden seitens des

Veterinärämtes keine weiteren Maßnahmen veranlasst. Allen seronegativen Mitarbeitern des Ausbildungsbetriebes sowie den Mitarbeitern des Landesbetriebes wurde empfohlen, bei Tätigkeiten mit erhöhter Infektionsgefahr (z.B. Reinigungsarbeiten) Schutzkleidung, insbesondere Einatemschutz, zu tragen.

### ***3.1.2.2. Tollwutexposition bei einem 14 Jahre alten Kind nach Fledermausbiss***

Im Jahr 2010 wurde dem Gesundheitsamt der Verdacht auf eine Tollwutexposition gemeldet.

Ein 14 Jahre altes Kind wurde von einer Fledermaus gebissen. Die Hausärztin konsultierte das Gesundheitsamt bezüglich der weiteren Vorgehensweise.

Da Deutschland nach den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation seit Ende September 2008 als frei von klassischer Tollwut eingestuft ist, war sie unsicher, ob eine Postexpositionsprophylaxe noch notwendig ist.

Seitens des Gesundheitsamtes erfolgte eine Aufklärung und Beratung der Hausärztin über die Notwendigkeit einer unverzüglichen Durchführung dieser postexpositionellen Prophylaxe, da die Fledermaus-Tollwut endemisch in Europa und somit auch in Deutschland vorkommt. Die Fledermäuse sind ein Reservoir für die Tollwutviren. Aus diesem Grunde konnte im o.g. Fall eine Ansteckung nicht ausgeschlossen werden.

Bei Bissverletzungen, Kratzwunden, Kontakt von Schleimhäuten oder Wunden mit Speichel (z.B. durch Lecken), Verdacht auf Biss oder Kratzer durch eine Fledermaus oder Kontakt der Schleimhaut mit einer Fledermaus muss eine simultane Gabe von Tollwut-Immunglobulin zur passiven Immunisierung und Rabies-Vakzine zur aktiven Immunisierung (Impfstoff) erfolgen.

Im o.g. Fall erfolgte die passive Immunisierung mit einem Tollwut- Immunglobulin und die aktive Immunisierung mit einem Impfstoff in der Notfallambulanz des Krankenhauses.

Dank durchgeführter unverzüglicher aktiver und passiver Immunisierung konnte ein eventueller Ausbruch der Krankheit verhindert werden.

### 3.1.3. Ausgewählte Inzidenzen (Anzahl der Neuerkrankungen) im Jahr 2010

Bezogen auf 100.000 Einwohner ergibt sich im Vergleich des Landkreises Stendal mit dem Land Sachsen-Anhalt folgendes Bild:

Tabelle 3b: Gegenüberstellung ausgewählter Inzidenzen pro 100.000 Einwohner im Land Sachsen-Anhalt und dem Landkreises Stendal 2010 (nach RKI Referenzdefinition, SURVSTAT@RKI, Stand: 3/2010)

	<b>LSA</b>	<b>SDL</b>
Borreliose	19,04	57,15
Campylobacter	62,13	70,28
E.-Coli-Enteritis	20,80	10,81
Influenza	7,17	4,17
Keuchhusten	8,85	30,89
Norovirus	590,92	519,00
Pneumokokken	3,32	3,86
Rotavirus	129,12	191,53
Salmonellen	50,25	46,34
Scharlach	94,15	39,39
Tuberkulose	5,77	5,41
Windpocken	21,66	5,41

Im Vergleich der Inzidenzen ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten pro 100.000 Einwohner im Jahr 2010 zeigt sich, dass die Fallzahlen im Landkreis Stendal überwiegend niedriger sind als im Land Sachsen-Anhalt.

Eine Ausnahme bildet insbesondere die Borrelioseerkrankung, eine bakteriell bedingte Infektionskrankheit, die vor allem durch Zecken übertragen wird. Die Zahl der Infektionsmeldungen pro 100.000 Einwohner war im Landkreis Stendal 200,2 % höher als im Land Sachsen-Anhalt.

Beim überwiegenden Teil der Patienten wurde der Verdacht einer Borreliose aufgrund eines Erythema Migrans (Wanderröte) erhoben und serologisch bestätigt.

Eine Ursache für die drastische Zunahme der Borrelioseerkrankungen im Landkreis Stendal im Vergleich mit den Fallzahlen des Landes Sachsen-Anhalt kann einerseits das Auftreten von regionalen Herden und ein damit verbundenes erhöhtes Übertragungsrisiko im Landkreis Stendal sein. Andererseits ist die Krankheit mittlerweile in der Bevölkerung sowie in der Ärzteschaft bekannt. Aufgrund der seit über zehn Jahren bestehenden Meldepflicht sowie der damit

verbundenen regelmäßigen Aufklärungsarbeit, z.B. bei den Begehungen durch das Gesundheitsamt in den Arztpraxen, liegt die Vermutung nahe, dass die Informationslage besser und dadurch die Anzahl erkannter und erfasster Borreliosen in Stendal höher ist.

Das trifft u.a. auch für den Anstieg der Keuchhustenerkrankungen im Landkreis Stendal gegenüber denen in Sachsen-Anhalt zu. Ein zunehmendes Bewusstsein von Ärzten und Patienten für diese impfpräventable Krankheit ist zu beobachten. Hinzu kommt die immer häufigere Inanspruchnahme diagnostischer Möglichkeiten, auf die bei den Hygienebegehungen hingewiesen wird.

Die Rotaviruserkrankungen waren im Landkreis Stendal gegenüber dem Land Sachsen-Anhalt im vergangenen Jahr erhöht. Schwankungen sind hier jedoch üblich.

Bei den Windpockenmeldungen ist im Landkreis Stendal eine Abnahme zu verzeichnen. Gegenüber dem Land Sachsen-Anhalt ist sie um 75,0 % geringer. Ursachen für diese Beobachtungen konnten nicht gefunden werden.

### 3.1.4. Tuberkulosefürsorge

Die Zahl der gesicherten Erkrankungen an aktiver behandlungsbedürftiger Tuberkulose (Tbc) werden erfasst und dem Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt gemeldet. Mögliche Kontaktpersonen der gemeldeten Tuberkuloseerkrankten werden ermittelt und untersucht. Aus der Klinik entlassene Tuberkulosepatienten werden in regelmäßigen Abständen überwacht.

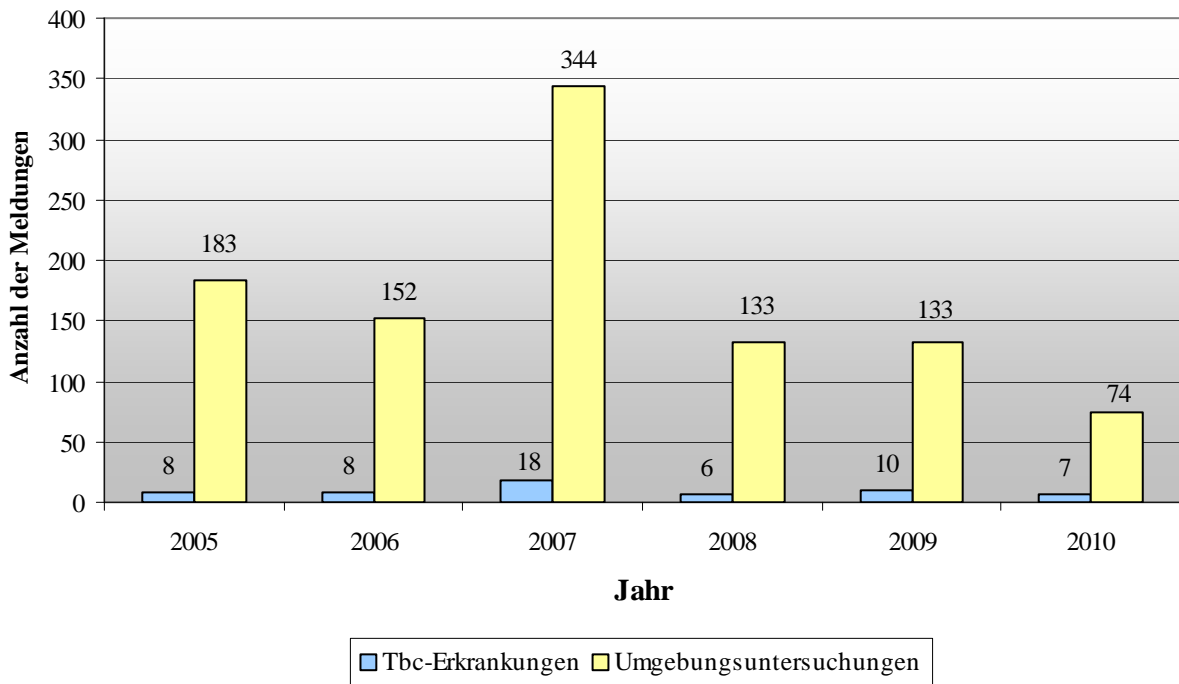


Abbildung 2b: Gemeldete Tuberkuloseerkrankungen und Umgebungsuntersuchungen im Landkreis Stendal in den Jahren 2005-2010

Die Zahl der gemeldeten Tuberkuloseerkrankungen im Landkreis Stendal blieb von 2005 bis 2010, mit Ausnahme des Jahres 2007, in dem ein Anstieg zu verzeichnen war, relativ konstant. Auch die Anzahl der Umgebungsuntersuchungen stieg im Jahr 2007 deutlich an, ebenso im Jahr 2005. In beiden Jahren war die Erkrankung je einer Pflegekraft Ursache für die Zunahme der untersuchten Kontaktpersonen (Umgebungsuntersuchung). Im Jahr 2005 erkrankte eine Pflegekraft, die in einem Behindertenheim tätig war. Im Jahr 2007 erkrankte ein Pfleger, der erst in einem Altenpflegeheim und später in einer Dialysepraxis tätig war. Beide hatten viele soziale und berufliche Kontakte. Im Jahr 2010 nahm die Anzahl der an Tuberkulose Erkrankten ab. Damit sank verhältnismäßig auch die Zahl der Umgebungsuntersuchungen, da kein besonderer sozialer Raum involviert war.

Eintreffende Asylbewerber werden im Land Sachsen-Anhalt auf das Vorliegen einer



Tuberkuloseerkrankung untersucht. Wenn erforderlich, wird das Gesundheitsamt über einen notwendigen Handlungsbedarf informiert.

Die an Tuberkulose Erkrankten im Landkreis Stendal sind in allen Bevölkerungsgruppen vertreten. In Bezug auf Determinanten wie Alter, Geschlecht und soziale Lage lässt sich keine Tendenz erkennen.

### 3.1.5. Gastrointestinale Erkrankungen

Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenteritiden) standen in den Jahren 2007 bis 2010 an erster Stelle der meldepflichtigen Erkrankungen.

Tabelle 4b: Meldepflichtige gastrointestinale Erkrankungen im Landkreis Stendal in den Jahren 2007-2010

	2007	2008	2009	2010
Anzahl meldepflichtiger Erkrankungen	1007	1523	1313	1465
Anzahl meldepflichtige Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	734	1114	817	1153
Prozentualer Anteil	72,9 %	73,2 %	62,2 %	78,7 %

Die folgenden Abbildungen stellen die Verteilung der Krankheiten in den Jahren 2007 bis 2010 dar. **Sonstige Erkrankungen** sind die Fälle von klinischen Magen-Darm-Infektionen, die ohne Erregernachweis bleiben, im Regelfall aber den Noro- oder Rotaviren zugeordnet werden können.

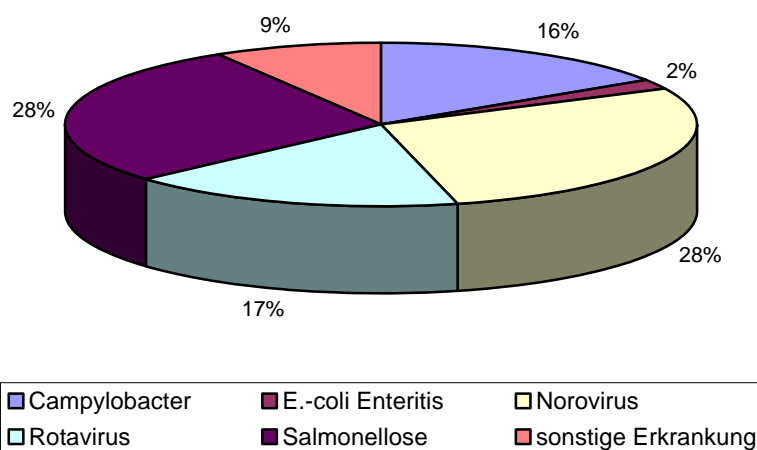


Abbildung 3b: Gastrointestinale Erkrankungen im Landkreis Stendal 2007

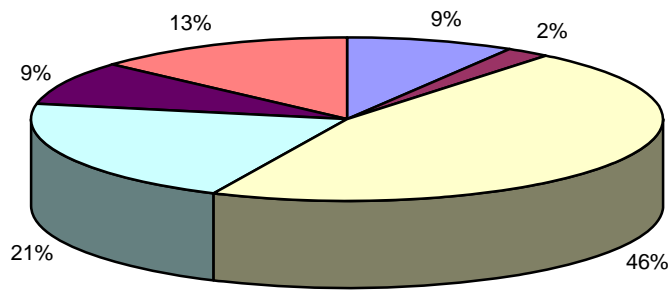


Abbildung 4b: Gastrointestinale Erkrankungen im Landkreis Stendal 2008

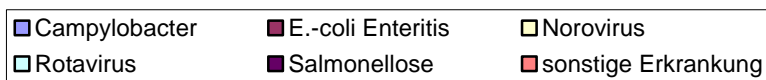
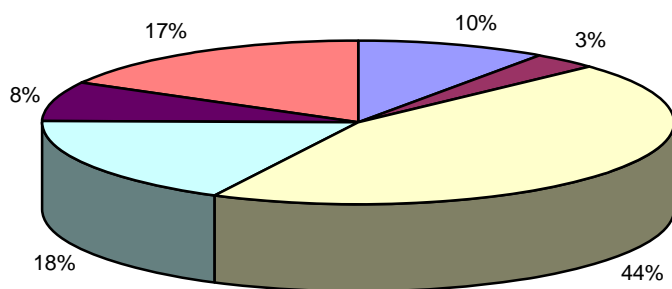


Abbildung 5b: Gastrointestinale Erkrankungen im Landkreis Stendal 2009

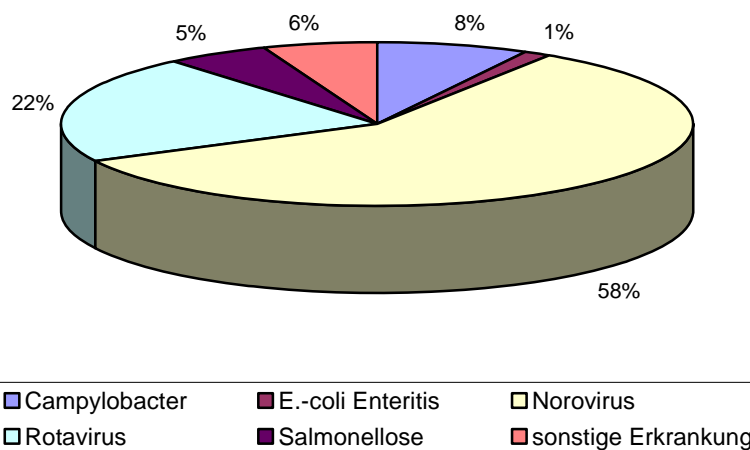


Abbildung 6b: Gastrointestinale Erkrankungen im Landkreis Stendal 2010

Entsprechend des Trends in Sachsen-Anhalt bzw. Deutschland ist auch im Landkreis Stendal im Verlauf der Jahre 2007 bis **2010** ein Rückgang der Salmonellosen um 70,3 %, wobei von 2009 zu 2010 die Zahl nahezu stagnierte.

Die Anzahl der Noroviruserkrankungen schwankte in den Jahren von 2007 bis 2010 und hat sich schlussendlich mehr als verdreifacht.

Bei den Rotaviren wurde im Jahr 2010 wieder der Stand von 2008 erreicht, nachdem er 2009 deutlich niedriger war.

### 3.1.6. Gruppenerkrankungen/Häufungen

#### 3.1.6.1. Vergleich der Jahre 2007-2010

Als Gruppenerkrankungen werden Häufungen von Infektionskrankheiten definiert, deren Ursache der gleiche Krankheitserreger ist und/oder bei denen mehrere Personen in einem epidemiologisch nachvollziehbaren Zusammenhang erkranken.

In den Jahren 2007 und 2009 war die Anzahl der Erkrankten vergleichbar hoch. In den Jahren 2008 und 2010 war ein deutlicher Anstieg zu beobachten. Analog dazu variierten die Häufungen zwischen 38 im Jahr 2007, 54 im Jahr 2008 und 35 Häufungen im Jahr 2009 und 67 im Jahr 2010.

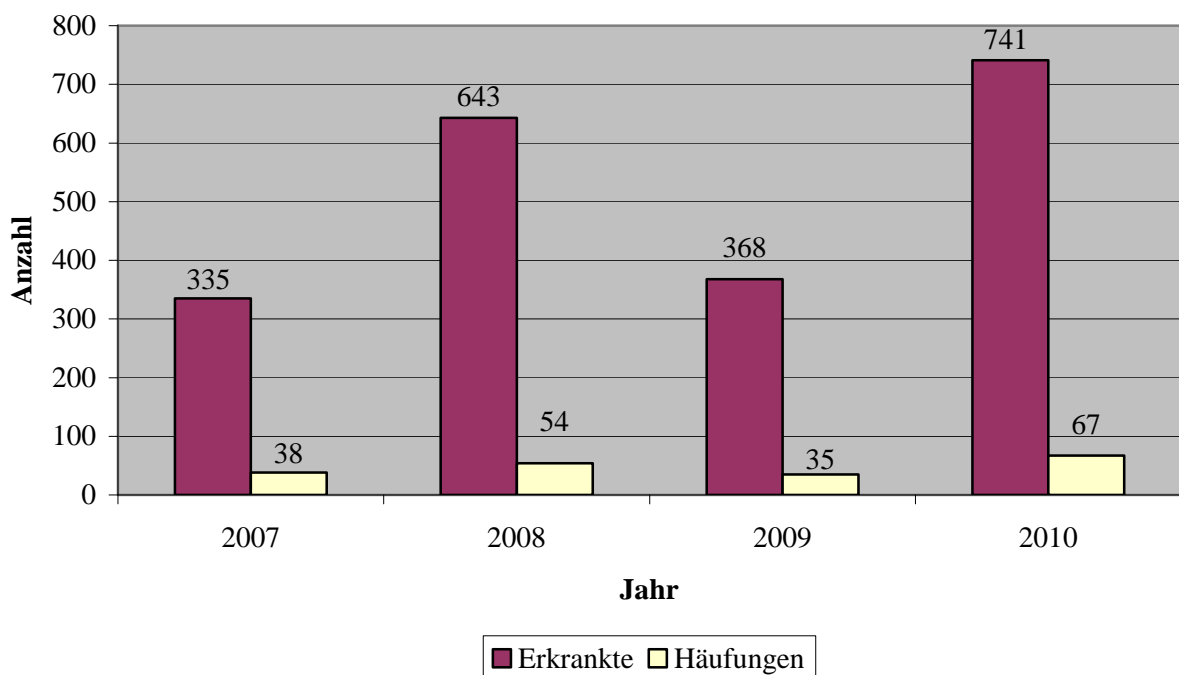


Abbildung 7b: Im Landkreis Stendal aufgetretene Gruppenerkrankungen in den Jahren 2007–2010

Die folgenden Tabellen stellen die Verteilung der Gruppenerkrankungen in den vergangenen vier Jahren dar. **Weitere bedrohliche Erkrankungen** sind dabei die Fälle von Infektionserkrankungen die ohne Erregernachweis blieben, aber im zeitlichen und örtlichen Zusammenhang stehen. Häufig handelt es sich hierbei um Gastroenteritiden.

Im Jahr 2007 gab es 38 Häufungen mit insgesamt 335 Erkrankten. Davon wurden 34 Häufungen mit 323 Erkrankungen den Gastrointestinalen Erkrankungen zugeordnet.

Tabelle 5b: Gruppenerkrankungen im Landkreis Stendal im Jahr 2007

<b>Erreger/Krankheit</b>	<b>Häufungen</b>	<b>Zahl der Erkrankten (gesamt)</b>
<b><u>Gastrointestinale Erkrankungen</u></b>		
Campylobacter	1	2
Norovirus	18	159
Rotavirus	3	31
Salmonellen	6	68
Weitere bedrohliche Erkrankungen	6	63
<b><u>Andere Erkrankungen</u></b>		
Hepatitis B	1	3
Keuchhusten	1	5
Tuberkulose	2	4
<b><u>Gesamt</u></b>	<b>38</b>	<b>335</b>

Im Jahr 2008 gab es 54 Gruppenerkrankungen mit insgesamt 643 Erkrankten. 49 Häufungen mit 600 Erkrankten wurden den gastrointestinalen Erkrankungen zugeordnet.

Tabelle 6b: Gruppenerkrankungen im Landkreis Stendal im Jahr 2008

<b>Erreger/Krankheit</b>	<b>Häufungen</b>	<b>Zahl der Erkrankten (gesamt)</b>
<b><u>Gastrointestinale Erkrankungen</u></b>		
Campylobacter	1	2
Norovirus	33	394
Rotavirus	6	44
Salmonellen	2	14
Weitere bedrohliche Erkrankungen	7	146
<b><u>Andere Erkrankungen</u></b>		
Hepatitis B	1	3
Scharlach	3	24
Windpocken	1	16
<b><u>Gesamt</u></b>	<b>54</b>	<b>643</b>

Im Jahr 2009 gab es 35 Häufungen mit insgesamt 385 Erkrankungen. Davon wurden 26 Häufungen mit 339 Erkrankten den gastrointestinalen Erkrankungen zugeordnet.

Tabelle 7b: Gruppenerkrankungen im Landkreis Stendal im Jahr 2009

<b>Erreger/Krankheit</b>	<b>Häufungen</b>	<b>Zahl der Erkrankten (gesamt)</b>
<b><u>Gastrointestinale Erkrankungen</u></b>		
Campylobacter	1	2
Giardiasis	1	2
Norovirus	15	189
Rotavirus	2	10
Weitere bedrohliche Erkrankungen	7	136
<b><u>Andere Erkrankungen</u></b>		
Botulismus	1	2
Influenza	2	4
Keuchhusten	1	4
Scharlach	1	16
Tuberkulose	1	2
Windpocken	3	18
<b><u>Gesamt</u></b>	<b>35</b>	<b>385</b>

Im Jahr 2010 gab es 67 Häufungen mit insgesamt 741 Erkrankungen. Davon wurden 52 Häufungen mit 661 Erkrankten den gastrointestinalen Erkrankungen zugeordnet.

Tabelle 8b: Gruppenerkrankungen im Landkreis Stendal im Jahr 2010

<b>Erreger/Krankheit</b>	<b>Häufungen</b>	<b>Zahl der Erkrankten (gesamt)</b>
<b><u>Gastrointestinale Erkrankungen</u></b>		
Campylobacter	1	15
Norovirus	35	490
Rotavirus	7	83
Salmonellen	4	10
Weitere bedrohliche Erkrankungen	5	63
<b><u>Andere Erkrankungen</u></b>		
Keuchhusten	5	20
Keratokonjunktivitis	3	38
Scharlach	6	18
Windpocken	1	4
<b><u>Gesamt</u></b>	<b>67</b>	<b>741</b>

Der hohe Anstieg an Häufungen im Jahr 2010 mit entsprechend hoher Anzahl Erkrankter beruht auf gastrointestinale Erkrankungen mit Zunahme der Häufungen von Noroviren von 2009 zu 2010 um 133,3 % und einer Steigerung der Erkranktenzahlen um 159,3 %.

### ***3.1.6.2. Ermittlung und Einleitung von Maßnahmen bei ausgewählten Gruppenerkrankungen***

#### Gastrointestinale Erkrankungen durch Noroviren

Die häufigsten Gruppenerkrankungen werden durch Noroviren verursacht. Im Jahr 2010 gab es 35 Ausbrüche mit insgesamt 490 Erkrankten. Von besonderer Bedeutung sind die Noroviren beim Ausbruch im Krankenhaus. Auf mehreren Stationen eines Krankenhauses erkrankten vom 17.11.2010 bis 29.12.2010 von insgesamt 137 exponierten Patienten 40. Die Noroviren konnten in 35 Stuhlproben nachgewiesen werden. In einem anderen Krankenhaus erkrankten in der Zeit vom 22.12.2009 bis 17.02.2010 insgesamt 63 Personen, davon 49 von 78 exponierten Personen und 14 der 90 Mitarbeiter. Als Infektionsquelle konnte ein hospitalisierter Bewohner einer Therapieeinrichtung ermittelt werden. Hier erfolgte der Nachweis der Noroviren in 26 Stuhlproben. In beiden Fällen erfolgte eine zeitnahe Begehung mit der beauftragten

Hygieneschwester im Krankenhaus. Eine Kontrolle der Reinigungsfirma erfolgte ebenfalls. Hygienemängel wurden aufgedeckt und eine Aufklärung und Einleitung spezieller Hygienemaßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung der Krankheitserreger erfolgten.

### Keratokonjunktivitis

Im April und Mai 2010 kam es zu drei Ausbrüchen einer Keratokonjunktivitis mit insgesamt 38 Erkrankten. In einer Kindertagesstätte erkrankten vom 01.04.2010 bis 12.05.2010 insgesamt 16 von 114 exponierten Kindern, eine von 12 Mitarbeiterinnen und eine Patientin, die in der Kindertagesstätte zu Besuch war. Ein labordiagnostischer Nachweis von Adenoviren im Konjunktivalabstrich konnte nicht erbracht werden.

Im Zeitraum vom 10.05.2010 bis 26.05.2010 erkrankten am gleichen Ort in einer anderen Kindertagesstätte 14 von 78 exponierten Kindern und zwei Eltern. Laboruntersuchungen wurden durch die behandelnden Ärzte nicht veranlasst.

In beiden Fällen erfolgte eine zeitnahe Begehung der Kindertagesstätten durch das Gesundheitsamt zwecks Ermittlung der Infektionsquelle. Diese konnte in beiden Fällen nicht festgestellt werden. Im Zuge der Kontrollen erfolgten eine Aufklärung und Absprache der Vorgehensweise sowie eine Information an die Augenärzte und Kindergärten der Region.

### Keuchhusten

Obwohl es sich bei Keuchhusten um eine impfpräventable Erkrankung handelt, kam es 2010 im Landkreis Stendal zu fünf Ausbrüchen mit insgesamt 20 Erkrankten. So erkrankten beispielsweise in einer Familie zeitgleich vier von vier Kindern an Keuchhusten. Alle waren ungeimpft. Als Infektionsquelle wurde ein Bruder aus Österreich genannt, der nicht selber erkrankt ist, aber Kontakt zu Erkrankten in Österreich hatte. Durch das Gesundheitsamt erfolgte eine Information an die Schule und den behandelnden Arzt. Des Weiteren erfolgte eine Ermittlung von Kontaktpersonen, wobei insbesondere ungeimpfte Bekannte und Verwandte der Familie erfasst wurden. Über die Notwendigkeit von Schutzimpfungen wurde ausführlich aufgeklärt.

#### ***3.1.6.3. Erkrankungshäufung nach dem Verzehr von Rohmilch***

Am 27.04.2010 erhielt das Gesundheitsamt eine Labormeldung über den Nachweis von *Campylobacter jejuni* bei einem sechsjährigen Jungen. Die Nachfrage in der Kinderarztpraxis ergab, dass der Junge am 25.04.2010 mit Durchfall und Fieber erkrankt war. Hinweise zur



Infektionsquelle und zu möglichen Erkrankungen in der Familie bzw. der Umgebung gab es nicht.

Durch die Kinderarztpraxis wurde das Gesundheitsamt am nächsten Tag darüber informiert, dass die Gruppe (15 Kinder) des erkrankten Jungen am 23.04.2010 zu Besuch auf einem Bauernhof war und dass sich noch weitere Kinder aus der Kindertagesstätte mit dieser Symptomatik in der Arztpraxis vorgestellt haben. Die Leiterin der Einrichtung bestätigte im Gespräch den Besuch auf dem Bauernhof und die Erkrankungshäufung, wobei sie mitteilte, dass auch Kinder aus anderen Gruppen erkrankt waren. Es wurde deshalb zunächst von zwei Erkrankungsgeschehen ausgegangen. Auf gezielte Nachfrage unsererseits teilte die Leiterin der Einrichtung mit, dass während des Besuches auf dem Bauernhof frische Milch verkostet wurde.

Es erfolgte eine entsprechende Belehrung der Leiterin, dass die Abgabe von Rohmilch nicht gestattet ist. Die Ermittlungen in der Kindertagesstätte ergaben zunächst, dass fünf Kinder aus der „Bauernhofgruppe“ und drei Kinder aus einer anderen Gruppe erkrankt waren.

Insgesamt besuchen 98 Kinder die Einrichtung und werden von 22 Mitarbeiterinnen betreut. Die Essenversorgung erfolgt durch eine hauseigene Küche. Die bisherigen Ermittlungsergebnisse wurden dem Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt mit dem Hinweis auf den Besuch auf dem Bauernhof und den Verzehr von Rohmilch mitgeteilt. Es wurden Stuhlproben von den erkrankten Kindern, einer Erzieherin und dem Leiter des Bauernhofes veranlasst. In dem Zusammenhang wurde der Leiter des Bauernhofes über die aufgetretenen Erkrankungen in Kenntnis gesetzt. Auch er wurde über das Verbot der Abgabe von Rohmilch belehrt.

Am 04.05.2010 erhielt das Gesundheitsamt vier weitere Campylobacter-Nachweise. Es handelte sich um ein Kind aus der „Bauernhofgruppe“ und drei Kinder aus zwei anderen Gruppen.

Auf Grund dieser Meldung erfolgten eine weitere Information an das Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt und eine Meldung an das Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt sowie im Nachgang ein Amtshilfeersuchen an das Landesamt für Verbraucherschutz.

Nochmalige intensive Befragungen in der Kindertagesstätte ergaben, dass auch Milch vom Bauernhof mit in die Einrichtung genommen wurde und an die in der Einrichtung verbliebenen Kinder verteilt worden war. Zur Abklärung wurden weitere Stuhlproben von bereits wieder gesunden Kindern veranlasst.

Am 07.05.2010 wurde eine gemeinsame Beratung zur Abstimmung der weiteren Vorgehensweise mit den Vertretern der Fachbereiche 2, 3 und 4 des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, des Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamtes und

des Gesundheitsamtes durchgeführt. Im Ergebnis dieser Beratung erfolgten die Entnahme von je zehn Milchproben von frischmelkenden Kühen an drei aufeinanderfolgenden Tagen sowie je einer Tankmilchprobe durch das Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt. In zwei Einzelmilchproben von zwei verschiedenen Kühen und einer Tankmilchprobe gelang der Nachweis von *Campylobacter jejuni*, so dass damit der Zusammenhang mit den Erkrankungen der Kinder nach Verkostung von Rohmilch, dem Nachweis der Erreger in den Stuhlproben der Kinder und den Milchproben der Kühe gegeben war.

Die Ermittlungen des Gesundheitsamtes ergaben, dass insgesamt 15 Kinder aus fünf Gruppen in der Zeit vom 25.04.2010 bis 04.05.2010 erkrankten. Bei allen Erkrankten gelang der Nachweis von *Campylobacter jejuni* in den untersuchten Stuhlproben. Eine Erzieherin wurde als symptomlose Ausscheiderin ermittelt.

Im Ergebnis dieser Erkrankungshäufung wurden durch das Gesundheitsamt alle Leiter und Leiterinnen der Gemeinschaftseinrichtungen, insbesondere während der Begehungen zur hygienischen Überwachung der Einrichtungen durch das Gesundheitsamt, belehrt.

Das Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt beriet und informierte analog alle Tierärzte und milchproduzierenden Betriebe.

Das Gesundheitsamt führte in Zusammenarbeit mit dem Landesamt für Verbraucherschutz am 10.05.2010 eine retrospektive Kohortenstudie in der Kindertagesstätte durch. Die Auswertung der Studie erfolgte durch das Landesamt für Verbraucherschutz. Die Kohortenstudie beinhaltete einen Fragebogen zur Anwesenheit, Essenteilnahme, Erkrankung usw., der von den Erziehern für jedes Kind ausgefüllt werden musste. Das Alter der Kinder lag zwischen zwei Monaten und sechs Jahren. Da der Fragebogen für alle 98 in der Einrichtung gemeldeten Kinder ausgefüllt wurde, lag die Beteiligung bei 100 %. Von den 22 Mitarbeitern der Einrichtung füllten 19 den speziellen Bogen für die Beschäftigten aus (86,4 %). Des Weiteren gab es einen Fragebogen, den die Eltern ausfüllen mussten. An dieser Befragung beteiligten sich 89 Eltern (90,8 %) aus allen neun Gruppen. Die Erzieherinnen und die Eltern wurden durch die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes beim Ausfüllen der Fragebögen unterstützt. Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass 21 (21,4 %) der Kinder ab dem 23.04.2010 mit Durchfall und teilweise mit Bauchkrämpfen, Fieber und Erbrechen erkrankt waren. Die mittlere Erkrankungsdauer betrug sechs Tage. Hospitalisierungen waren nicht erforderlich. Aus der Studie konnte geschlussfolgert werden, dass die größte Wahrscheinlichkeit zu erkranken, nach dem Verzehr bzw. der

Verkostung von Rohmilch auf dem Bauernhof oder in der Kindertagesstätte bestand.

Aufgrund dieses Geschehens zog das Gesundheitsamt folgendes Fazit: Eine gezielte Beratung der Leiter und Leiterinnen der Gemeinschaftseinrichtungen und der Milcherzeuger ist in regelmäßigen Abständen erforderlich. Besuche auf dem Bauernhof sollten für die Kinder bei Einhaltung entsprechender Regeln weiterhin möglich sein: kein Verzehr von Rohmilch!

Durch eine Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes wurde dieses Geschehen auf einer Weiterbildungsveranstaltung für Ärzte, Tierärzte, Gesundheitsaufseher, Mitarbeiter des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt und des Landesverwaltungsamtes Sachsen-Anhalt vorgestellt und ausgewertet.

### **3.2. Belehrungen nach § 43 IfSG**

Personen, die im Lebensmittelbereich tätig sind, dürfen ihre Tätigkeit erst ausüben, wenn sie bescheinigen können, dass sie vom Gesundheitsamt gemäß § 43 IfSG in mündlicher und schriftlicher Form belehrt wurden.

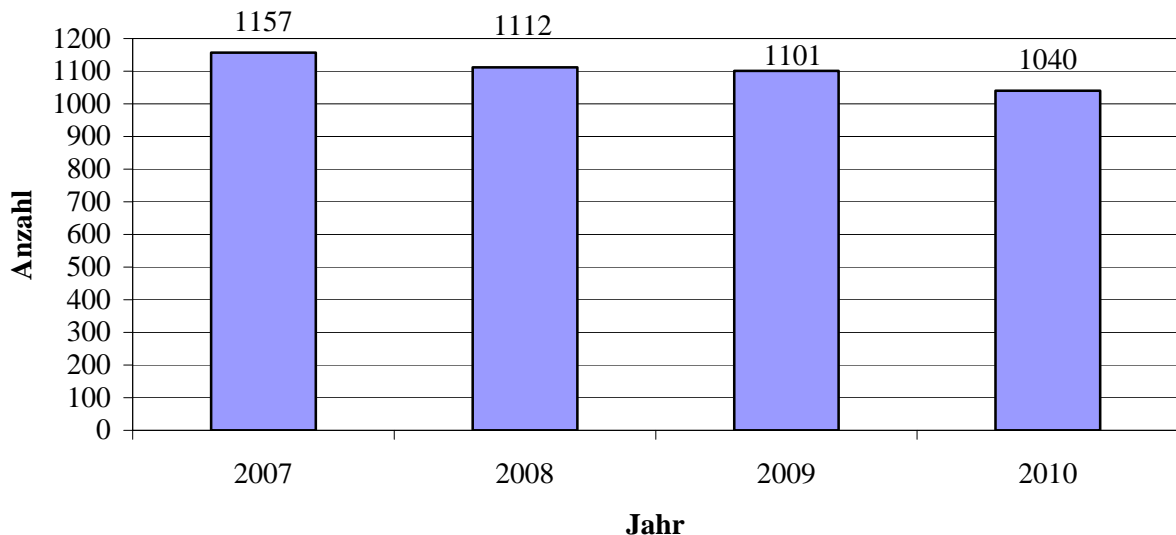


Abbildung 8b: Belehrungen nach § 43 IfSG für Mitarbeiter des Lebensmittelgewerbes im Landkreis Stendal in den Jahren 2007-2010

Die gleichbleibend hohen Zahlen der zu Belehrenden sind dem Umstand geschuldet, dass im Lebensmittelbereich eine hohe Fluktuation an Mitarbeitern zu verzeichnen ist.

In dieser Branche arbeiten viele Personen mit Migrationshintergrund und eingeschränkter Kenntnis der deutschen Sprache, sodass es zu Sprachschwierigkeiten und Verständigungsproblemen kommt. Die Mitarbeiter der Gesundheitsaufsicht halten für diesen Fall Merkblätter in verschiedenen Sprachen vorrätig, die bei Bedarf während der Belehrung ausgegeben werden können. Die Belehrungen erfolgen im Allgemeinen als Gruppenbelehrungen und in Ausnahmefällen als Einzelbelehrungen. Die Kontrolle der jährlichen Nachbelehrungen durch den Arbeitgeber erfolgt durch das Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt.

### **3.3. Hygieneüberwachung von Einrichtungen**

Die Hygieneüberwachung erfolgt gemäß §§ 13, 14 GDG LSA und §§ 36, 37 IfSG bspw. in Krankenhäusern, Altenheimen, ambulanten Behandlungseinrichtungen, medizinischen Fußpflege-, Tattoo- und Piercingstudios, Gemeinschaftseinrichtungen, Hallenbädern, Badeseen,

Freibädern sowie bei Anlagen zur Versorgung mit Trinkwasser. Folgende Einrichtungen wurden nach hygienischen Gesichtspunkten in einem entsprechenden Überwachungsrythmus überprüft:  
Tabelle 9b: Mittels Ortsbesichtigung überwachte Einrichtungen im Landkreis Stendal in den Jahren 2007-2010

<b>Einrichtungen</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Altenheime	29	22	9	17
Ambulante Pflegedienste	17	11	3	2
Arztpraxen/Zahnarztpraxen	35	20	67	46
Behinderteneinrichtungen	8	6	10	12
Bestattungsunternehmen	1	1	-	1
Einrichtungen Schönheitspflege	31	13	15	7
<u>Freizeitanlagen</u>				
- Badegewässer	6	6	6	6
- Campingplätze	16	15	7	7
- Schwimm-, Badebecken	16	18	9	13
- Sportanlagen	25	30	7	15
Freiverkäufliche Arzneimittel	5	13	9	29
Kindereinrichtungen	82	64	38	33
Kinderheime	5	8	3	4
Krankenhäuser	20	24	19	30
Obdachloseneinrichtungen	5	2	2	5
Öffentliche Toiletten	11	9	9	3
Physiotherapien	13	7	1	1
Schulen, Horte	8	70	17	20
Schullandheime	6	-	2	0
Solarien	9	-	-	0
Tattoo- und Piercing-Studios	2	-	3	0

Einrichtungen mit hohen hygienischen Risiken, wie z.B. Krankenhäuser, werden jährlich überprüft. Andere weniger risikobehaftete Einrichtungen werden in größeren Zeitabständen (drei bis fünf Jahre) überwacht. Bei einer Begehung im Krankenhaus wird nicht das gesamte Haus besichtigt. Es handelt sich in diesem Fall um mehrere Begehungen der Stationen und Funktionseinheiten, unterteilt nach Infektionsrisiko, Größe und Problematik. Zusätzlich zu den Ortsbesichtigungen werden die Hygienepläne der Einrichtungen überprüft. Im Jahr 2010 wurden

insgesamt 46 Arzt- bzw. Zahnarztpraxen überwacht. Bis auf eine Arztpraxis, in der Mängel bei der Aufbereitung der Medizinprodukte festgestellt wurden, gab es keine gravierenden Beanstandungen. Die Gewerbeaufsicht wurde durch das Gesundheitsamt informiert.

### **3.3.1. Anlassbezogene Kontrolle einer betreuten Wohngemeinschaft gemäß § 1 Absatz 1 des Heimgesetzes aufgrund einer Beschwerde**

Die Angehörige einer Bewohnerin in der o.g. Einrichtung beschwerte sich beim Gesundheitsamt über die vorgefundenen hygienischen Verhältnisse. Aufgabe des Gesundheitsamtes ist es, bei solch massiven Vorwürfen eine umgehende Kontrolle durchzuführen. Da sich die Vorwürfe auch gegen den Pflegezustand der Bewohnerin richteten, wurden Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der Heimaufsicht, der AOK sowie des Lebensmittel- und Veterinäramtes zu diesem Termin mit eingeladen.

Am Kontrolltag konnten zwar Mängel im Hygieneregime verbunden mit fehlendem Hygienebewusstsein festgestellt werden, eine akute Gesundheitsgefahr konnte jedoch durch die zuständigen Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nicht bestätigt werden.

Durch das Gesundheitsamt erfolgte eine gründliche Beratung und Hilfestellung bei der Erarbeitung, teilweise Überarbeitung und Umsetzung des Hygieneplanes sowie eines Reinigungs- und Desinfektionsplanes für die Einrichtung. Der Hygieneplan und seine Umsetzung in der Praxis wird vom Gesundheitsamt aufgrund der hohen infektionshygienischen Relevanz in regelmäßigen Abständen überwacht.

### **3.3.2. Hygienemängel in einem Krankenhaus**

Im Dezember 2010 erfolgte im Rahmen der Überwachungspflicht und der Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes die routinemäßige Kontrolle eines Krankenhauses durch das Gesundheitsamt. Das besondere Interesse galt der Operationseinheit und der Intensivstation.

Aus infektionshygienischer Sicht gab es am Kontrolltag wesentliche Beanstandungen.

Die Patientenaufgaben auf den Operationstischen wiesen großflächige Beschädigungen auf. Das Inventar, die Türzargen sowie die Beschichtungen der Zimmerwände der Intensivstation waren teilweise so beschädigt, dass eine ordnungsgemäße Feuchtreinigung und Desinfektion nicht möglich war. Die Grundreinigung wurde im gesamten Intensivstationsbereich mangelhaft durchgeführt. Großflächige Spinnweben befanden sich an den Decken. Die patientennahen

Bereiche und Infusionsständer wiesen erhebliche Verschmutzungen auf.

Von Seiten des Gesundheitsamtes konnte dieser niedrige Hygienestandard nicht toleriert werden. Eine umgehende Grundreinigung wurde angeordnet. Die Erstellung eines Maßnahmeplanes zur Mängelbeseitigung mit Terminfestsetzung wurde gefordert. Er soll die längerfristigen und ggf. genehmigungspflichtigen Instandsetzungen festhalten. Auf eine zusätzliche Schulung des Personals hinsichtlich des Hygienebewusstseins wurde hingewiesen.

Es erfolgte eine Nachkontrolle, die nicht zufriedenstellend verlief. Die angeordnete Grundreinigung wurde nur oberflächlich durchgeführt und musste umgehend wiederholt werden. Nach nochmaliger Aufforderung zur Reinigung aller patientennahen Bereiche, erfolgte durch das Personal der Intensivstation eine gründliche Säuberung aller Geräte, Flächen und Gegenstände, welche zu einem zufriedenstellenden Ergebnis führte.

### **3.4. Durchführung von Weiterbildungs- und Präventionsveranstaltungen**

Die Mitarbeiter der Gesundheitsaufsicht halten zu infektionshygienisch relevanten Themen Vorträge und führen Informationsveranstaltungen sowie Personalschulungen durch.

Infektionshygienisch relevante Themen sind u.a.:

- zunehmend in Krankenhäusern und Altenheimen auftretende Keime, die Hautinfektionen, Muskelerkrankungen, Lungenentzündungen, Endokarditis etc. verursachen können und multiresistent gegen verschiedene Antibiotika sind (z.B. MRSA);
- Scabies (Krätze, eine parasitäre Hautkrankheit) und Kopfläuse in Gemeinschaftseinrichtungen;
- der Umgang mit Hepatitis B Virusträgern;
- Influenza;
- Umgang mit Lebensmitteln gemäß IfSG.

Tabelle 10b: Schulungen, Weiterbildungs- und Präventionsveranstaltungen im Jahr 2007

<b>Thema</b>	<b>Anzahl erreichter Personen</b>	<b>Veranstaltungsort</b>
Hepatitis B	43 Mitarbeiter	Ambulanter Pflegedienst
Influenza	43 Mitarbeiter	Stendal
Influenza	56 Mitarbeiter	Krankenhaus Stendal

Tabelle 11b: Schulungen, Weiterbildungs- und Präventionsveranstaltungen im Jahr 2008

<b>Thema</b>	<b>Anzahl erreichter Personen</b>	<b>Veranstaltungsort</b>
Hepatitis B	57 Kinder 5 Lehrer	Gymnasium Osterburg
Hepatitis B Influenza	58 Mitarbeiter	Krankenhaus Stendal
Kopfläuse	214 Schüler 19 Lehrer	Grundschule Seehausen
MRSA Norovirus	9 Mitarbeiter	Ambulanter Pflegedienst Tangerhütte
Scabies	4 Mitarbeiter 10 Bewohner	Asylbewerberheim Stendal

Tabelle 12b: Schulungen, Weiterbildungs- und Präventionsveranstaltungen im Jahr 2009

<b>Thema</b>	<b>Anzahl erreichter Personen</b>	<b>Veranstaltungsort</b>
MRSA	14 Mitarbeiter	Hospiz Stendal
Neue Influenza H1N1	11 Mitarbeiter	Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt
Skabies	11 Mitarbeiter	Ambulanter Pflegedienst Tangerhütte
Viren in der Gemeinschaftseinrichtung	68 Lehrer	Berufsbildende Schulen Stendal



Tabelle 13b: Schulungen, Weiterbildungs- und Präventionsveranstaltungen im Jahr 2010

<b>Thema</b>	<b>Teilnehmer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Veranstaltungsort</b>
Campylobactererkrankungen im Kindergarten nach Rohmilchverzehr	Ärzte, Tierärzte, Gesundheitsaufseher, Mitarbeiter LAV, LVA	60	Landesamt für Verbraucherschutz
Gesundheitsberichterstattung 2009	Mitarbeiter Gesundheitsamt Stendal	30	Gesundheitsamt
Meldung von Infektionskrankheiten/ Situation im Landkreis Stendal	Ärzte Fachklinikum Uchtspringe	11	Fachklinikum Uchtspringe
MRSA im Krankenhaus	Pflegepersonal aus APH, KH, ambulanten Pflegediensten	98	Johanniter KH
Pandemische Influenza	Mitarbeiter Gesundheitsamt Stendal	30	Gesundheitsamt
Pandemische Influenza	Mitarbeiter Landratsamt Stendal	5	Landratsamt
Umgang mit Lebensmitteln gemäß Infektionsschutzgesetz	Mitglieder FFW Kliestz	15	FFW Kliestz
Umgang mit Lebensmitteln gemäß Infektionsschutzgesetz	Schüler Berufsbildungsakademie	5	Berufsbildungs- akademie
Umgang mit Lebensmitteln gemäß Infektionsschutzgesetz	Bewohner Jugend- werkstatt Hindenburg	25	Jugendwerkstatt Hindenburg
Umgang mit Lebensmitteln gemäß Infektionsschutzgesetz	Schüler Winckelmann- Gymnasium	15	Winckelmann- Gymnasium
Zoonosen bei Kleinkindern übertragen von Reptilien	Mitarbeiter Gesundheitsamt Stendal	8	Gesundheitsamt

### **3.5. Trinkwasserüberwachung**

Trinkwasser ist Wasser für den menschlichen Genuss, deren Güteanforderungen u. a. in der Trinkwasserverordnung (Verordnung über die Qualität des Wasser für den menschlichen Gebrauch vom 21.05.2001 - TrinkwV 2001) festgelegt und von den zuständigen Gesundheitsämtern kontrolliert werden. Trinkwasser muss gemäß der Trinkwasserverordnung folgende Anforderungen erfüllen:

- frei von Krankheitserregern, die in bestimmten Konzentrationen eine Schädigung der menschlichen Gesundheit besorgen lassen;
- geschmacklich neutral und kühl;
- farblos, geruchlos;
- nicht gesundheitsschädigend;
- mit einem Gehalt an gelösten mineralischen Stoffen in bestimmten Konzentrationen.

Es gilt als das **wichtigste Nahrungsmittel** und unterliegt einem strengen Schutz. Die Gesundheitsaufsicht ist mit der Probenahme beauftragt. Trinkwasserproben werden entsprechend der **Risikobewertung** in Krankenhäusern, Altenheimen, Gemeinschaftseinrichtungen etc. entnommen. Anschließend werden die Proben dem Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt zugesandt und dort nach mikrobiologischen, physikalisch-chemischen und chemischen Parametern untersucht. Nach Abschluss der Untersuchungen wird das Ergebnis dem Gesundheitsamt mitgeteilt und durch die Gesundheitsaufsicht erfolgt eine Bescheiderstellung mit Festlegung von Maßnahmen.

### **3.6. Trinkwasserqualität im Landkreis Stendal**

Die Mitarbeiter der Gesundheitsaufsicht nehmen Wasserproben in verschiedenen Einrichtungen des Landkreises Stendal, in denen sich Wasserversorgungsanlagen befinden.

Tabelle 14b: Anzahl der beanstandeten und nicht beanstandeten Proben im Landkreis Stendal

<b>Jahr</b>	<b>Proben nicht beanstandet</b>	<b>Proben beanstandet</b>
<b>2007</b>	576	248
<b>2008</b>	641	136
<b>2009</b>	291	89
<b>2010</b>	708	152

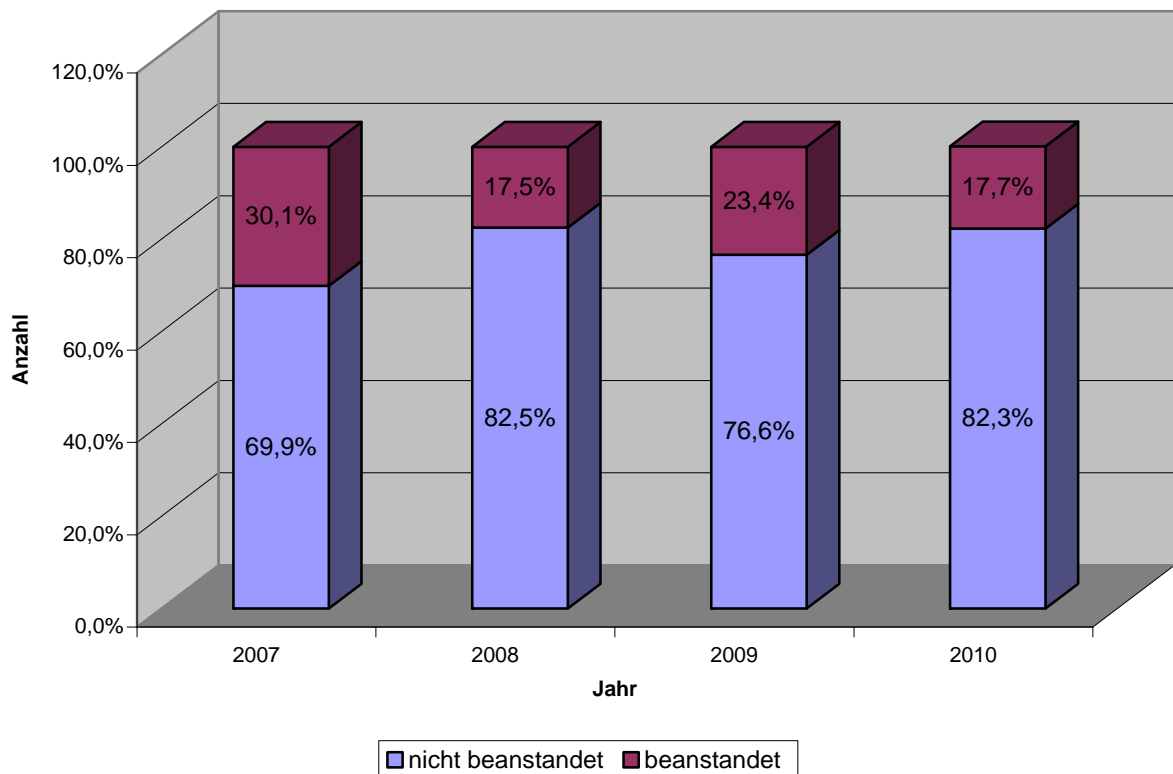


Abbildung 9b: Trinkwasserqualität der Probenahmen im Landkreis Stendal in den Jahren 2007–2010

Der Rückgang der Anzahl der Trinkwasserproben im Jahr 2009 ist dem Umstand geschuldet, dass die Einrichtungen in verschiedene Kategorien unterteilt werden und dementsprechend in unterschiedlichen zeitlichen Intervallen beprobt werden. Zudem beanspruchte die Bekämpfung der Influenza A H1N1-Pandemie die Mitarbeiter der Gesundheitsaufsicht so, dass nach Risikoeinschätzung Trinkwasserprobeentnahmen auf das erste Quartal 2010 verschoben wurden. Wie zu erwarten, stiegen die Probenahmen im Jahr 2010 wieder auf das Niveau von 2008 an. Obwohl sich die Probenahmezahl im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt hat, blieb der Anteil der beanstandeten Proben mit 17,7 % niedriger als im Vorjahr.

Im **Jahr 2007** wurden **824 Wasserproben** im Landkreis Stendal entnommen. Davon zeigten 248 Wasserproben (30,1 %) Auffälligkeiten.

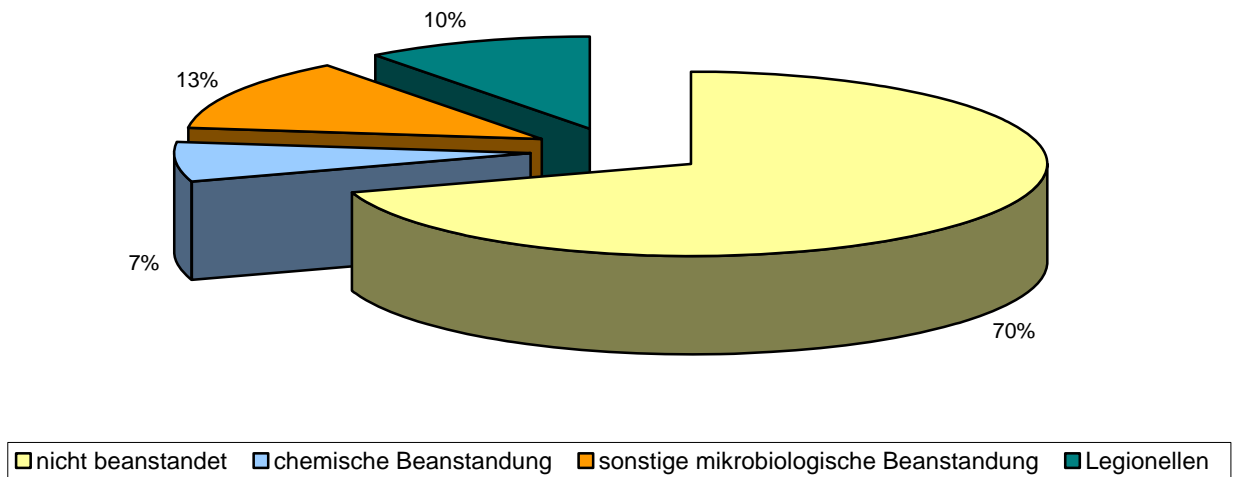


Abbildung 10b: Trinkwasserproben im Landkreis Stendal 2007

Im **Jahr 2008** wurden **777 Wasserproben** im Landkreis Stendal entnommen. Davon zeigten 136 Wasserproben (17,5 %) Auffälligkeiten.

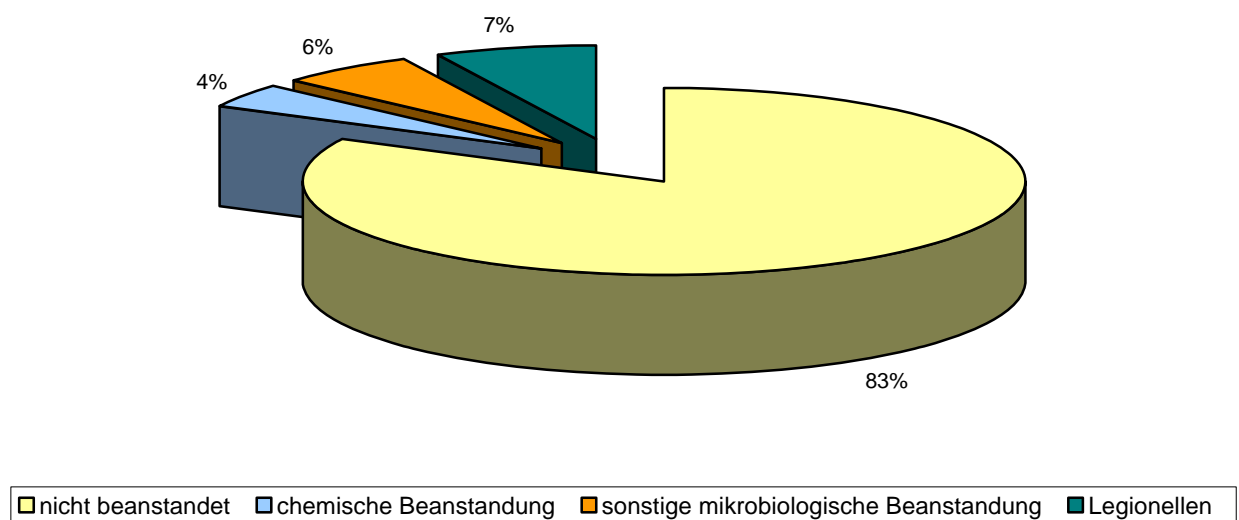


Abbildung 11b: Trinkwasserproben im Landkreis Stendal 2008

Im **Jahr 2009** wurden **380 Wasserproben** im Landkreis Stendal entnommen. Davon zeigten 89 Wasserproben (23,4 %) Auffälligkeiten.

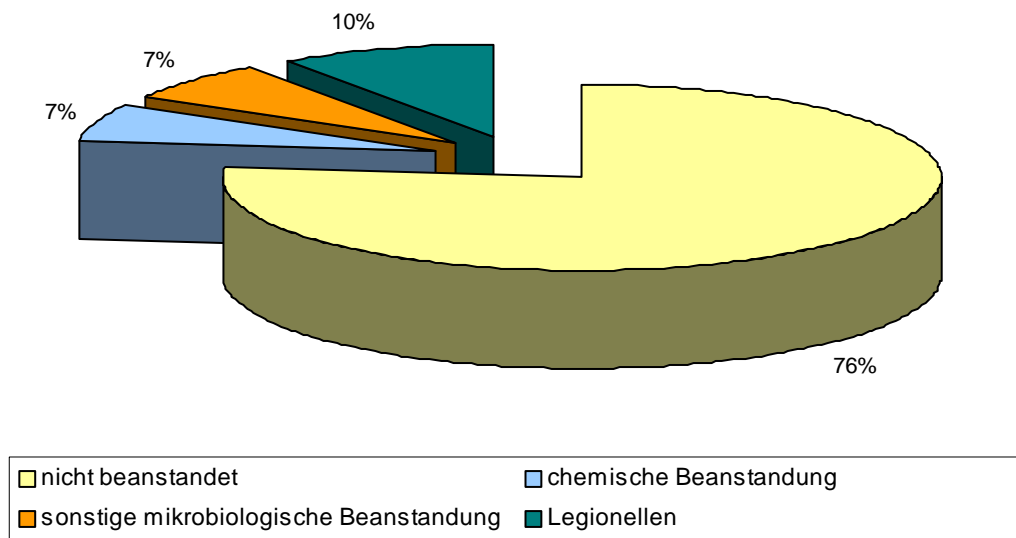


Abbildung 12b: Trinkwasserproben im Landkreis Stendal 2009

Im **Jahr 2010** wurden **860 Wasserproben** im Landkreis Stendal entnommen. Davon zeigten 152 Wasserproben (17,7 %) Auffälligkeiten.

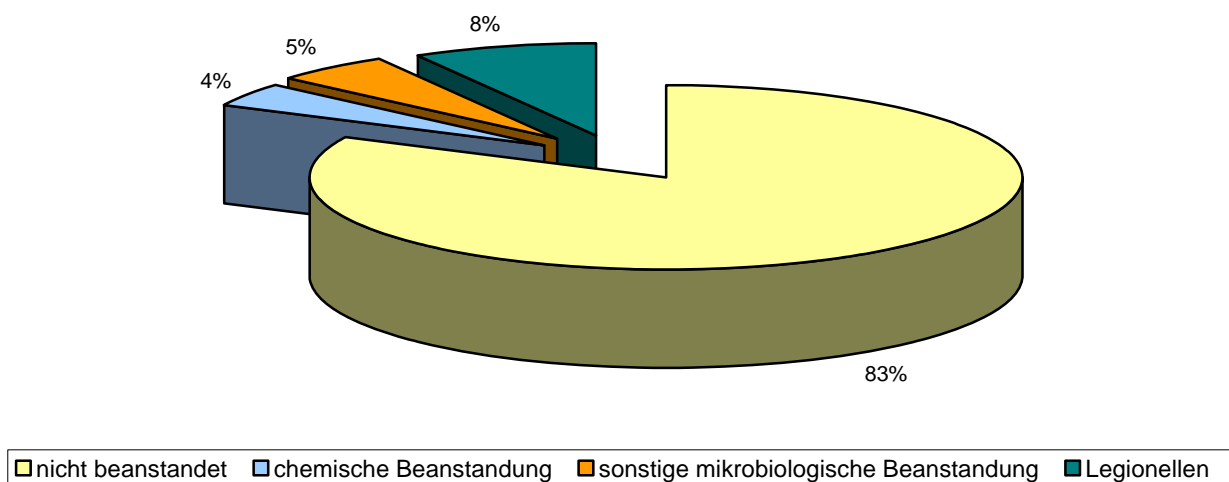


Abbildung 13b: Trinkwasserproben im Landkreis Stendal 2010

Das Auftreten auffälliger Befunde zieht eine Ortsbegehung durch Mitarbeiter der Gesundheitsaufsicht zur Ursachenermittlung nach sich, außerdem Stellungnahmen in Bezug auf Abhilfemaßnahmen, die Anordnung von Nachproben und deren Befundbewertung.

Hinsichtlich der Infektionsrisiken durch Verunreinigung der Wasserversorgungsanlagen bzw. der Hausinstallationen wird bei der **Überwachungsfrequenz** und beim **Probenumfang** zwischen den verschiedenen Einrichtungen differenziert. Das Untersuchungsintervall liegt zwischen einem und drei Jahren.

Die pandemische Influenza A bedingte einen erheblichen Arbeitsaufwand für die Mitarbeiter der Gesundheitsaufsicht. Aus diesem Grund wurden im Jahr 2009 weniger Wasserproben entnommen. Die Wasserqualität blieb im Zeitraum 2007 bis 2010 auf gleichem Niveau. Der Anteil nicht beanstandeter Proben lag jeweils bei 70 % oder mehr:

2007: 69,9 % der Proben nicht beanstandet;

2008: 82,5 % der Proben nicht beanstandet;

2009: 76,6 % der Proben nicht beanstandet;

2010: 82,3 % der Proben nicht beanstandet.

Die Häufigkeit auffälliger Wasserbefunde der letzten Jahre im Landkreis Stendal ist vergleichbar mit den Zahlen des Landes Sachsen-Anhalt.

Im Jahr 2007 war die hohe Zahl an mikrobiologischen Beanstandungen auf die permanente Belastung mit coliformen Keimen (Bakteriengattung) im Stendaler Trinkwassernetz zurückzuführen. Das Vorhandensein coliformer Keime ist ein Hinweis auf Verunreinigungen, die fäkaler, aber auch nicht fäkaler Art sein können.

### **3.6.1. Entnahme und Auswertung von Wasserproben im Rahmen des Planungsverfahrens zum Bau der Autobahn 14**

Durch den Landesbetrieb Bau Niederlassung Süd FB 4 – Autobahnen wurde das Gesundheitsamt beauftragt, entlang der geplanten Autobahn 14, Magdeburg – Wittenberge - Schwerin, nördlich der Anschlussstelle Seehausen bis Landesgrenze Brandenburg/Sachsen-Anhalt, Wasserproben zu entnehmen und auf Trinkwasserqualität untersuchen zu lassen.

Die Untersuchung der Wasserproben war im Rahmen eines Gutachtens über die voraussichtliche Belastung von Eigenwasserversorgungsanlagen durch Versickerung tausalzhaltiger

Straßenabwässer im Zusammenhang mit dem Lückenschluss der A 14 erforderlich, weil sich im Bereich des geplanten Bauabschnittes mehrere Eigenwasserversorgungsanlagen befinden.

Mit der Vorbereitung und Durchführung dieses Gutachtens war ein Büro für Hydrologie und Bodenkunde beauftragt worden. Mit einer Mitarbeiterin dieses Büros wurde der Untersuchungsumfang der zu untersuchenden Wasserproben abgestimmt.

Am 21. und 22.07.2010 wurden gemeinsam mit der Mitarbeiterin des Ingenieurbüros die Wasserproben in einem Haushalt, in einem Betrieb, an einer bereits vorhandenen Grundwassermessstelle und an zwei für diesen Zweck eingerichteten Grundwassermessstellen entnommen. Die Auswertung der Befunde ergab bei allen entnommenen Proben keine Trinkwasserqualität. Die Familie, aus deren Hauswasserversorgung eine Probe entnommen wurde, wurde über die Beanstandung informiert und darüber in Kenntnis gesetzt, dass eine Nutzung des Wassers zur Zubereitung von Säuglings- und Kleinkindnahrung nicht geeignet ist.

In dem Betrieb war bekannt, dass das Wasser nicht den Vorschriften der Trinkwasserverordnung entspricht. Den Angestellten steht Wasser aus Wasserspendern zur Verfügung.

Die Grenzwertüberschreitungen sind im Allgemeinen geogenen Ursprungs und/oder dem Einfluss von Aland sowie Elbe geschuldet. Die Überschreitungen des Ammoniumwertes können durch die landwirtschaftliche Nutzung der umliegenden Flächen bedingt sein.

Unmittelbare Auswirkungen der Unterhaltung und des Verkehrs auf der B 189 auf die Grundwassergüte konnten nicht abgeleitet werden. Der Bau der A14 wird keinen relevanten Einfluss auf die Qualität des Trinkwassers in diesem Gebiet haben.

### **3.6.2. Erfassung aller nicht ortsfesten Anlagen und Trinkwasserübergabestellen im Landkreis Stendal**

Die Erfassung und Überprüfung aller nicht ortsfesten Lebensmitteleinrichtungen, die nicht über eine ständige und feste Trinkwasserleitungsverbindung mit dem örtlichen Wasserversorger verfügen, erfolgt durch das Gesundheitsamt. Nicht ortsfeste Lebensmitteleinrichtungen werden in mobile oder leicht mobile Gewerbe eingestuft, welche Lebensmittel herstellen, bearbeiten oder in den Verkehr bringen und nicht über eine eigene Trinkwasserversorgungsanlage verfügen.

In diesem Zusammenhang wurden auch Trinkwasserübergabestellen, aus denen eine Entnahme von Trinkwasser aus dem öffentlichen Trinkwassernetz erfolgt, erfasst. Diese Übergabestellen werden von den Kommunen, Veranstaltern oder auch dem Trinkwasserversorger für die

Durchführung von Markttagen, Volksfesten oder Großveranstaltungen bereitgestellt. Es werden nur die Betreiber erfasst, die im Landkreis Stendal gewerblich gemeldet sind. Händler und andere Lebensmittelbetriebe aus den angrenzenden Bundesländern sind hierbei nicht berücksichtigt, da eine länderübergreifende Zuständigkeit nicht gegeben ist.

In die Überwachung des Gesundheitsamtes sind die Entnahmestellen mit einbezogen, aus denen ein Be- bzw. Abfüllen von Trinkwasser in Kanistern und Tanks durch den Betreiber einer nicht ortsfesten Trinkwasserversorgungsanlage stattfindet.

#### Ergebnis:

- 269 Betreiber nicht ortsfester Lebensmitteleinrichtungen;
- 68 angegebene offizielle Trinkwasserentnahmestellen.

#### Schlussfolgerung:

Zur Umsetzung der Handlungsempfehlung zur Überwachung von Anlagen zur Versorgung ortsveränderlicher Lebensmitteleinrichtungen mit Trinkwasser vom 17.05.2006 in Verbindung mit der Trinkwasserverordnung vom 21. Mai 2001 und dem Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 ist die Überprüfung aller Betreiber und Entnahmestellen zur Sicherstellung von Qualität und Sicherheit von Wasser für den menschlichen Gebrauch notwendig. Eine flächendeckende Überwachungsoptimierung der 269 Betreiber und 68 Trinkwasserentnahmestellen im Landkreis Stendal ist hinsichtlich des Untersuchungsumfanges, der Überwachungsintervalle und der Überprüfung sämtlicher Entnahmestellen, die zum Ab- bzw. Befüllen von Tanks und Kanistern der Betreiber genutzt werden, sehr aufwändig und umfangreich.

### **3.7. Badewasserüberwachung**

Das Gesundheitsamt kontrolliert die natürlichen Badegewässer und die sonstigen Schwimmbecken (Therapie-, Bewegungs- und Schwimmbecken sowie Whirlpools und Saunatauchbecken) gemäß EU-Richtlinie Badegewässer, Badegewässerverordnung vom 13.12.2007 sowie DIN EN ISO 19643 (Aufbereitung von Schwimm- und Badebeckengewässern Teil 1-5).

Dabei werden Wasserproben entnommen, die im Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt untersucht werden. Die Gesundheitsaufsicht beurteilt daraufhin die hygienische Situation. Die Zahl der untersuchten Gewässer hat sich gegenüber den Vorjahren nicht verändert. Im Landkreis werden **sechs Badegewässerstellen** überwacht. In allen untersuchten Seen kann laut



Gesundheitsministerium ohne Bedenken gebadet werden. **Fünf Badestellen** sind 2010 mit dem Prädikat «**sehr gut**» bewertet worden. Als «**gut geeignet**» ist **eine Badestelle** eingestuft worden. Außerdem werden 14 Bewegungs- und Therapiebecken, sieben Freibäder mit insgesamt 18 Becken, sieben Saunatauchbecken, drei Whirlpools und drei Schwimmhallen mit insgesamt zehn Becken sowie drei sonstige Becken ganzjährig im Landkreis Stendal überwacht. Aufgrund von mikrobiologischen Beanstandungen war es vorübergehend notwendig, im Jahr 2008 ein Bewegungsbad in Stendal und im Jahr 2009 ein Planschbecken in Werben zu schließen.

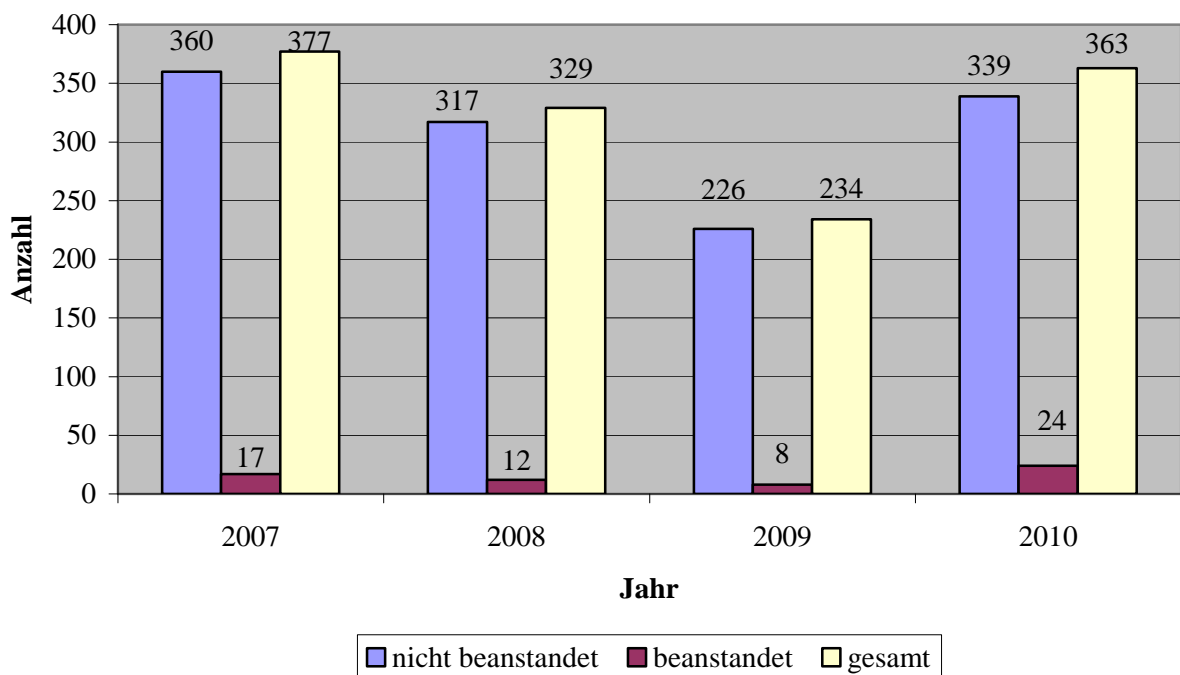


Abbildung 14b: Badewasserproben im Landkreis Stendal in den Jahren 2007-2010

Im Jahr **2007** wurden 360 Badewasserproben entnommen, davon zeigten 17 Wasserproben (**4,7 %**) Auffälligkeiten. Nachgewiesen wurden:

- eine beanstandete Probe mit Grenzwertüberschreitung bezüglich Legionellen;
- sonstige mikrobiologische Grenzüberschreitungen bei sieben Proben;
- Grenzüberschreitung chemischer Parameter in neun Proben.

Im Jahr **2008** wurden 317 Badewasserproben entnommen. In 12 Wasserproben (**3,8 %**) zeigten sich Auffälligkeiten. Nachgewiesen wurden:

- ebenfalls eine beanstandete Probe mit Grenzwertüberschreitung durch Legionellen;
- sonstige mikrobiologische Grenzüberschreitungen in zehn Proben;
- Grenzüberschreitung chemischer Parametern in einer Proben.

Im Jahr **2009** wurden 226 Badewasserproben entnommen, acht Wasserproben (**3,5 %**) davon zeigten Auffälligkeiten. Nachgewiesen wurden:

- Grenzwertüberschreitungen sonstiger mikrobiologischer Parameter in vier Proben;
- sowie Grenzüberschreitungen chemischer Parameter in weiteren vier Proben.

Im Jahr **2010** wurden 339 Badewasserproben entnommen, 24 Wasserproben (**7,1 %**) davon zeigten Auffälligkeiten. Nachgewiesen wurden:

- Grenzwertüberschreitungen sonstiger mikrobiologischer Parameter in 15 Proben;
- sowie Grenzüberschreitungen chemischer Parameter in weiteren neun Proben.

Es wurden 113 Wasserproben mehr untersucht als im Jahr 2009. Das entspricht einem Anstieg um 50 %. Der Grund dafür ist ein Anstieg der Objekte um fünf Becken (Bewegungsbecken, Tauchbecken, Kleinschwimmbecken). Bei einer Neueröffnung ist es erforderlich, das Überwachungsintervall auf einen Monat zu verkürzen. Der Anstieg der Beanstandungen auf 7,1 % begründet sich mit mikrobiellen Grenzwertüberschreitungen eines Bewegungsbeckens mit nicht DIN gerechter Aufbereitungsanlage (Fehlen der Flockungsanlage). Des Weiteren kam es zu Grenzwertüberschreitungen bei Trihalogenmethanen im Bewegungsbecken einer Physiotherapie (siehe Kapitel 3.7.1). Erst wenn die überprüften Objekte über eine technische Voraussetzung für eine DIN-gerechte Wasseraufbereitung verfügen und eine geringere Anzahl von Beanstandungen vorliegt, kann der Überwachungsrythmus gemäß der Empfehlung des Umweltbundesamtes nach Anhörung der Schwimm- und Badebeckenwasserkommission des Bundesministeriums für Gesundheit auf längstens zwei Monate ausgedehnt werden, was wieder zu einer Abnahme der untersuchten Wasserproben führen würde.

### **3.7.1. Badeverbot aufgrund von Grenzwertüberschreitung**

Im Rahmen der routinemäßigen Badewasserprobenahmen im Bewegungsbecken und Kontrolle der Anlage wurden durch das Gesundheitsamt massive Mängel an der Aufbereitungstechnik und bei dem Erfüllen der Betreiberpflichten festgestellt.

Aufgrund von Schwierigkeiten bei der Behebung der technischen Mängel und durch die z.T. mangelhafte Mitarbeit des Betreibers war es erforderlich, die Kontrolltätigkeit unsererseits zu verstärken: 14-mal kam es im Monat Juli zu täglichen Kontrollen der Mess- und Anlagenwerte durch das Gesundheitsamt, dreimal wurde von Mai bis Juli ein Badeverbot ausgesprochen.

Als weitere Maßnahmen wurden eine sofortige Stilllegung mit Überholung der gesamten Anlage durch eine Fachfirma, mit anschließender Untersuchung des Beckenwassers auf

Badewasserqualität gefordert. Nach Beseitigung aller technischen Mängel sowie nach Eingang der Untersuchungsbefunde des Badewassers konnte das Badeverbot im August wieder aufgehoben werden.

### **3.7.2. Erstellung der Badegewässerprofile 2010**

Die EU-Richtlinie 2006/7/EG über die Qualität der Badegewässer und deren Bewirtschaftung ist am 24. März 2006 in Kraft getreten und war innerhalb von zwei Jahren in nationales Recht umzusetzen. Nach in Abstimmung mit allen Bundesländern beschlossenen Zeitplan werden in Deutschland seit 2008 flächendeckend die neuen Parameter der Richtlinie beprobt und auf der Grundlage der Daten erfolgt nach der Badesaison 2011 eine Bewertung nach der neuen Richtlinie. Außerdem sieht die Richtlinie eine bessere Information der Öffentlichkeit am Badegewässer selbst ebenso wie im Internet oder anderen geeigneten Medien vor.

Nach § 6 Badegewässerverordnung (GVBl. LSA Nr. 33/2007) sind die unteren Gesundheitsbehörden für die Erstellung, Überprüfung und Aktualisierung von Badegewässerprofilen verantwortlich. Erstmals waren Badegewässerprofile bis März 2011 zu erstellen.

Im Landkreis Stendal befinden sich sechs Gewässer, die als EU-Badegewässer gemeldet sind. Für die Erstellung der Badegewässerprofile ist die Unterstützung der unteren Wasserbehörde und des Landesamtes für Verbraucherschutz als Koordinierungsstelle erforderlich.

Um den Termin fristgerecht einhalten zu können, wurde im Jahr 2010 intensiv an der Erstellung der Badegewässerprofile gearbeitet. Neben der mikrobiologischen Bewertung des Badewassers ist eine möglichst umfassende Ermittlung und Bewertung von Verschmutzungsursachen im Hinblick auf die Gesundheit der Badenden ein wichtiger Bestandteil der Badegewässerprofile. Dazu zählen auch die Gefahr der Massenvermehrung von Cyanobakterien (Blualgen), Makroalgen oder Phytoplankton sowie – bei Badegewässern, die dafür anfällig sind – detaillierte Angaben zu „kurzzeitigen Verschmutzungen“.

Sechs Badegewässerprofile mit einer Beschreibung der grundlegenden Eigenschaften der Gewässer sowie deren zusätzlichen Informationen sind erstellt worden und konnten dem Landesverwaltungsamt fristgerecht zur Veröffentlichung vorgelegt werden.

### 3.8. Umweltmedizin und -hygiene

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst wirkt an Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor schädigenden Einflüssen aus der Umwelt mit und kann ein entsprechendes Aufklärungs- und Beratungsangebot bereithalten. Er beobachtet und bewertet unter umweltmedizinischen Gesichtspunkten die Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit“ (§ 6 GDG LSA). Gemeinschaftseinrichtungen und Einzelpersonen werden auf dieser Grundlage bei auftretenden Fragen in umweltmedizinischer und –hygienischer Hinsicht beraten. Das kann durch telefonische Beratung, Ortsbesichtigung, Erhebung von medizinischen Befunden, Messungen und schriftlichen Stellungnahmen geschehen. Bei Bedarf erfolgen Probenahmen. Außerdem können Sachverständige kontaktiert und/oder hinzugezogen werden.

#### 3.8.1. Aufgaben im umweltbezogenen Gesundheitsschutz

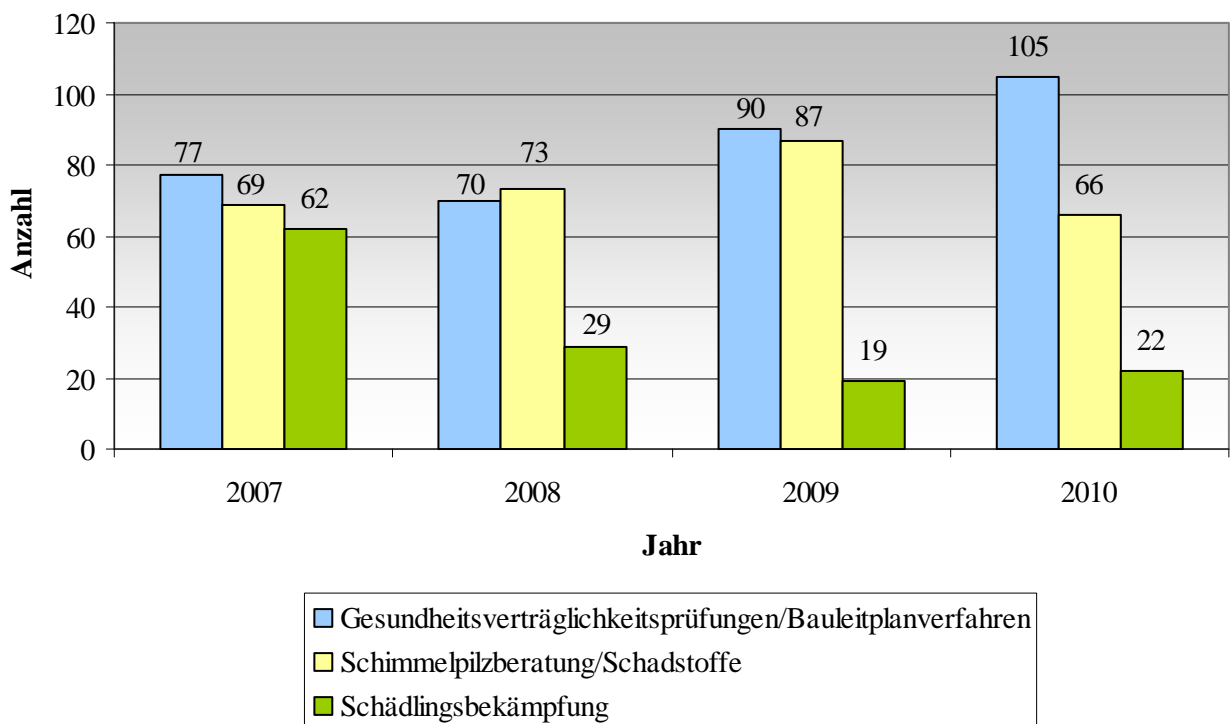


Abbildung 15b: Anzahl der umweltbezogenen Gesundheitsschutzmaßnahmen in den Jahren 2007–2010

Bei vermehrtem Vorkommen von tierischen Schädlingen und Insekten stehen die Mitarbeiter der Gesundheitsaufsicht beratend zur Seite und leiten ggf. Maßnahmen zur Beseitigung ein. Der Beratungsbedarf richtet sich nach dem Vorkommen der Schädlinge, welches wiederum von der Populationsdichte und der Umgebungstemperatur beeinflusst wird und saisonalen Schwankungen

unterliegt.

Das Vorhandensein von Schadstoffen (beispielsweise Asbest, Phenole und Kresole) im privaten Wohnbereich und in Gemeinschaftseinrichtungen erforderte in den Jahren 2007, 2008, 2009 und 2010 wiederholt die Einleitung von Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung durch das Gesundheitsamt.

Darüber hinaus wurden im Landkreis Stendal im Jahr 2007 **69 Einzelpersonen**, 2008 **73 Einzelpersonen**, 2009 **87 Einzelpersonen** und im Jahr 2010 **66 Einzelpersonen** zu Fragen der Wohnungshygiene (Feuchtigkeit/Schimmel/Schadstoffe) beraten. In der Mehrzahl der Fälle wurden Ortsbesichtigungen und in Einzelfällen Probenahmen durchgeführt.

Einen weiteren Aufgabenbereich im umweltbezogenen Gesundheitsschutz nehmen die **Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen** im Rahmen vorgeschriebener Umweltverträglichkeitsprüfungen sowie Bauleitplanverfahren ein. Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen für Großprojekte, wie beispielsweise die Errichtung von Windparks, sind sehr arbeitsintensiv. Sie erfordern eine umfangreiche Recherchearbeit und verschiedene Untersuchungen. Zusätzlich müssen Sachverständige zu Rate gezogen werden. Zahlreiche Anträge zur Errichtung von Biogasanlagen wurden unter der Berücksichtigung des Schutzgutes Mensch bearbeitet. Ein weiteres Großprojekt der letzten Jahre war die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung für den Ausbau der Autobahn 14, die durch den Landkreis führen soll. Das Gesundheitsamt gibt als Träger öffentlicher Belange zu allen antragsbedürftigen Um- und Neubauten, bei Nutzungsänderungen, bei Anträgen entsprechend Bundesimmissionsschutzgesetz, bei Dorferneuerungen, Bebauungsplänen etc. nach Überprüfung der Unterlagen (ggf. Vor-Ort-Besichtigungen) eine Stellungnahme zu dem beantragten Vorhaben ab.

### **3.8.2. Vermehrtes Taubenvorkommen verbunden mit einer Belästigung durch Fliegen, Dreck und Gestank**

Im März 2010 ging im Gesundheitsamt eine Anzeige über ein vermehrtes Taubenvorkommen, verbunden mit einer Belästigung durch Fliegen, Dreck und Gestank von Bewohnern eines Mehrfamilienhauses im Landkreis Stendal ein. Im Sinne der Verordnung über die Feststellung und Bekämpfung eines Befalls mit tierischen Schädlingen vom 14. Februar 1996 (GVBL. LSA Nr. 8/1996) gehören Fliegen sowie die verwilderten Haustauben zu den tierischen Schädlingen.

Bei Feststellung eines vermehrten Auftretens ist der Eigentümer verpflichtet, dieses dem Gesundheitsamt anzuzeigen und eine sachkundige Bekämpfung durchführen zu lassen.

Zur Feststellung des o.g. Befalls wurde mit dem Hauseigentümer ein Termin zur Besichtigung des Wohnhauses vereinbart. Bei der Begehung wurden grobe Sicherungsmängel, die Ursache für den massiven Taubenbefall waren, am Dremmel des Wohnhauses festgestellt. Die Luken und Dachfenster waren teilweise kaputt. Der Zwischenboden des gesamten Wohnblockes war mit Taubendreck verunreinigt. Überall befanden sich in großer Anzahl Taubenkadaver in unterschiedlichen Verwesungsstadien, worauf der massive Fliegenbefall sowie die Geruchsbelästigung zurückzuführen waren. Der Wohnblock gehörte zwei Wohnungsbau-gesellschaften. Beide Eigentümer erhielten eine Aufforderung zur Beseitigung der Sicherungsmängel, Kadaver und des Taubendrecks. Tauben können für den Menschen gesundheitliche Risiken mit sich bringen, eine Reihe von Schädlingen und sogenannten Lästlingen können von den Brutplätzen in den Wohn- und Arbeitsbereich des Menschen überwechseln.

Der Kontakt mit Taubenkot kann unter bestimmten Bedingungen eine konkrete Gefahr bedeuten. Selbst über längere Zeit ausgetrockneter Taubenkot kann noch lebensfähige Erreger beherbergen. Hinzu kommt noch, dass Tauben und ihre Nistplätze oft von Parasiten, wie Zecken und Milben, befallen sind, die wiederum auf den Menschen übertragen werden können. Des Weiteren bieten die Exkremete einen Nährboden für Schimmelpilze, deren Sporen sensibilisierend wirken. Tauben können z. B. Träger des Chlamydomyces psittaci-Bakteriums sein, welches Ornithose, eine vor allem die Lunge betreffende Infektionskrankheit, verursacht. Aus diesem Grunde wurde vom Gesundheitsamt darauf hingewiesen, dass die Beseitigung von vor Witterungseinflüssen geschütztem, trockenen Taubenkot durch eine sachkundige Firma erfolgen muss. Die Hauseigentümer wurden über die Notwendigkeit informiert, dem Massenvorkommen von Tauben durch entsprechende Vergrämungsmaßnahmen vorzubeugen.

### **3.8.3. Regionaler Entwicklungsplan Altmark – sachlicher Teilplan Wind (Errichtung von Windparks)**

Im Rahmen des Ergänzungsverfahrens „Regionaler Entwicklungsplan Altmark – sachlicher Teilplan Wind“ (Errichtung von Windparks) wurde der Landkreis Stendal, u.a. das Gesundheitsamt, im Jahr 2010 als Träger öffentlicher Belange beteiligt.

Es ist Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Bevölkerung so zu schützen und zu fördern, dass gesundheitliche Gefährdungen oder gesundheitliche Schäden sich gar nicht erst

entwickeln können. Daher ist das Gesundheitsamt verpflichtet, vom Antragsteller/Betreiber eines Windparks den Nachweis für die gesundheitliche Unbedenklichkeit auf Dauer für die Menschen, die in den betroffenen Gemeinden leben, zu verlangen. Leider waren Ergebnisse der Umweltverträglichkeitsstudien in den Planungsunterlagen zum Schutzgut Mensch nahezu aussagefrei, sodass sich eine Beurteilung durch das Gesundheitsamt als schwierig herausstellte. Es folgten umfangreiche Recherchen in Literatur, Internet, in Rücksprache mit dem RKI, namhaften Wissenschaftlern und in Rechtssprechungen zu den gesundheitlichen Auswirkungen von tieffrequentem Schall, Schattenwurf, Lichtreflexen und Lärmbelästigung auf die Anwohner. Dabei entstanden erhebliche Bedenken aus umweltmedizinischer Sicht bezüglich der negativen gesundheitlichen Auswirkungen auf die Anwohner, sodass eine erneute Beurteilung der Windkraftanlagen durch das Gesundheitsamt erst nach Vorlage von detaillierten Untersuchungsergebnissen unter Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse zur gesundheitlichen Unbedenklichkeit auf Dauer erfolgen kann. Dem Vorhaben zur Errichtung des Windparks wurde von Seiten des Gesundheitsamtes nicht zugestimmt.

#### **4. Ausblick**

Die Erfüllung der Aufgaben der Hygieneüberwachung zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor Infektionen wird weiterhin Schwerpunkt der Tätigkeit der Gesundheitsaufsicht sein. Insbesondere Infektionskrankheiten erfordern eine individuelle, schnelle, zeitnahe, aber auch kontinuierliche Ermittlungs- und Kontrolltätigkeit.

Die infektionshygienischen Überwachungen der Arztpraxen im Landkreis Stendal und der Zahnarztpraxen, die ambulant operieren, werden auch im Jahr 2011 Priorität haben.

Mit der Umsetzung der zu erwartenden neuen Trinkwasser-Verordnung zur Überprüfung der Trinkwasserqualität werden neue Standards und Handlungsempfehlungen entwickelt. Besonderes Augenmerk ist dann auf die Überprüfung der nicht ortsfesten Anlagen und Trinkwasserübergabestellen auf Märkten und Volksfesten im Landkreis Stendal gerichtet.

## **5. Publikationen**

### **5.1. Botulismus verursacht durch marinierten Fisch**

Robert-Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin Nr. 42 vom 25. Oktober 2010, S. 412-413

Im Sommer 2009 erkrankte im Landkreis Stendal eine 49-jährige Frau an Botulismus. Ihre 23-jährige Tochter verstarb an dieser Krankheit. Botulismus kommt zwar selten vor, sollte aber bei entsprechenden Symptomen immer differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.

Die betroffene Familie (die Mutter mit ihrer Tochter und ihrem Lebenspartner) aß am 31.7.2009 gemeinsam zu Abend. Die beiden Frauen verzehrten selbsteingelegten Hering mit Brot, ein Stück Geflügelbrust und zusätzlich Wurstbrot. Der Lebenspartner verzehrte ausschließlich Geflügel. Am nächsten Morgen klagte die Mutter über Unwohlsein, Doppelsehen, Würgereiz und Atemnot. Sie wurde in einem Krankenhaus stationär aufgenommen und musste kurze Zeit später wegen akuter Atemwegsverlegung reanimiert werden. Anschließend wurde sie auf eine Intensivstation verlegt und in ein künstliches Koma versetzt. Die 23-jährige, geistig behinderte Tochter der Patientin lebte in einem Wohnheim für behinderte Menschen in einer anderen Stadt und wurde am 1.8.2009 dorthin zurückgebracht. Sie klagte zu diesem Zeitpunkt über Schwindel, war sehr aufgeregt und stellte sich deshalb einem Arzt vor, der Medikamente zur Beruhigung verabreichte. Einen Tag später wurde die Tochter mit Erbrechen und Schluckbeschwerden in einem Krankenhaus ihres Wohnortes stationär aufgenommen. Der Zustand wurde nicht als bedrohlich eingeschätzt. Die Tochter verstarb jedoch unerwartet. Auf Grund der unklaren Todesursache wurde die Staatsanwaltschaft informiert. Diese veranlasste eine rechtsmedizinische Untersuchung und schaltete die Kriminalpolizei ein. Die zuständige Rechtsmedizinerin bezog in ihre Recherchen die fast zeitgleich aufgetretene klinische Symptomatik der Mutter der Verstorbenen ein und äußerte den Verdacht auf Botulismus. Daraufhin erhielt am 4.8.2009 das Krankenhaus, in dem die Mutter lag, die Nachricht, dass die Tochter der Patientin plötzlich verstorben sei und eine Botulinum-Intoxikation vermutet wurde. Zu diesem Zeitpunkt befand sich die Mutter bereits seit vier Tagen in einem lebensbedrohlichen Zustand. Nach Mitteilung der Verdachtsdiagnose an das Krankenhaus wurde der Patientin sofort aus dem Notfalldepot Botulinum-Antitoxin verabreicht. Parallel dazu veranlasste das Krankenhaus die Untersuchung auf Botulinumtoxin in den Proben von Serum, Stuhl und Mageninhalt der Patientin im Institut für Medizinische Mikrobiologie des Universitätsklinikums Magdeburg. Am 5.8.2009 wurde das zuständige Gesundheitsamt durch das Krankenhaus über den Verdacht auf eine Botulinum-Intoxikation bei einer 49-jährigen Patientin informiert. Vom Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt wurden die Ermittlungen sofort



aufgenommen und konzentrierten sich aufgrund der Anamnese auf den Fisch als mögliche Erkrankungsursache. Der Fisch war in Mecklenburg-Vorpommern direkt und frisch von einem Kutter gekauft und über mehrere Wochen/Monate im Gefrierschrank gelagert worden. Die Heringe wurden nach einem Hausrezept eingelegt. Die Aufbewahrung erfolgte vermutlich ungekühlt für drei Tage in der Vorratskammer. Mutter und Tochter verzehrten den Fisch am 31.7.2009 zwischen 18 und 19 Uhr. Bei den Ermittlungen wurden im Kühlschrank weitere Lebensmittel gefunden (Wurst, Käse, Butter, Camembert). In den Gefriertruhen befanden sich Fleischstücke und auch Hering. Das zuständige Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt entnahm 15 Lebensmittelproben (u. a. Reste des marinierten Herings, der auf dem Gartenkompost entsorgt worden war, und gefrorenen Hering) und veranlasste die Untersuchung auf *Clostridium botulinum* im Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt. Am 6.8.2009 wurde die Diagnose Botulismus bei der Patientin durch Toxinnachweise im Stuhl und in der Serumprobe im Tierversuch bestätigt. Eine vertiefende Untersuchung erfolgte auf Initiative des Gesundheitsamtes im Robert-Koch-Institut. Dabei wurden im Stuhl und im Serum mittels diagnostischen Tierversuches Botulismus- Neurotoxin Typ E nachgewiesen. Außerdem wurde aus der Stuhlprobe ein *Clostridium botulinum* Typ E bildender Stamm isoliert. In den post mortem entnommenen klinischen Proben der Tochter konnten weder Botulismus-Neurotoxin noch *Clostridium botulinum* nachgewiesen werden. Am 10.8.2009 erhielt das Gesundheitsamt die Bestätigung, dass in den am Landesamt für Verbraucherschutz untersuchten Proben (entsorgte Heringsreste, Hering tiefgefroren, Camembert, Kräuterbutter und zwei Tupferproben) aus dem Haushalt der Erkrankten nach Anreicherung molekularbiologisch (PCR) *Clostridium botulinum* mit der Fähigkeit zur Bildung von BoNT (Botulismus-Neurotoxin) Typ E nachgewiesen wurde. Das molekularbiologische Ergebnis wurde durch den Nachweis von *Clostridium botulinum* Typ E für die Fischreste, den tiefgefrorenen Hering, den Camembert und die beiden Tupferproben kulturell bestätigt. Die molekularbiologisch positiven Proben wurden zeitnah zum Robert Koch-Institut gesandt. Im Heringsrest vom Kompost, im tiefgefrorenen Hering und in der Probe Camembert konnte ebenfalls nach Anzucht eines Stammes molekularbiologisch BoNT Typ E nachgewiesen werden.

In den Heringsresten wurde das BoNT Typ E zusätzlich im diagnostischen Tierversuch nachgewiesen. Weitere molekularbiologische Untersuchungen im Robert-Koch-Institut zeigten, dass sowohl der isolierte Stamm aus den Patientenproben als auch der Stamm aus Hering die gleiche Nukleinsäuresequenz des BoNT/E-Gens aufwiesen und zum Subtyp E1 gehörten.

## Schlussfolgerungen

Die Ursache für Erkrankungsfälle durch eingelegten Fisch sind in der Regel Aufgüsse mit zu geringem Essigsäuregehalt, so dass die Essigsäure im Gegensatz zu einer Garbadlagerung nur langsam in das Fischfleisch eindringt. Eine ausreichende und schnelle Säuerung (pH < 4,5; Essigsäuregehalt > 1,0 %) sowie eine durchgängige Kühlung verhindern in der Regel eine Toxinanreicherung. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass sich *Clostridium botulinum* Typ E noch bei einer Temperatur von 3 °C vermehrt und zur Toxinbildung fähig ist. Nach dem von der Erkrankten verwendeten Rezept würde der Essigsäuregehalt der Marinade bei Verwendung von Haushaltsessig (5 % Essigsäure) bei 0,45 % liegen. In dieser Marinade verblieben die Heringe für anderthalb Tage und wurden danach für drei Tage in eine essigsäurefreie Lösung verbracht. Das Einlegen erfolgte vermutlich in einer ungekühlten Vorratskammer. Die Verhinderung der Vermehrung und Toxinbildung von *Clostridium botulinum* ist unter diesen Bedingungen nicht gewährleistet. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse muss angenommen werden, dass in dem eingelegten Hering Sporen von *Clostridium botulinum* vorhanden waren, die während des Einlegens auskeimten und BoNT Typ E bildeten. Bei den Nachweisen in Kräuterbutter, Camembert und den Tupferproben ist von Kontaminationen durch den Hering im Haushalt der Erkrankten auszugehen. Bei der Einweisung der Mutter in ein Krankenhaus wurde Botulismus trotz klassischer Symptome nicht differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen. Dies ist vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass im Landkreis seit mehr als 30 Jahren keine Botulinum-Intoxikationen aufgetreten waren. Auch an seltene Erkrankungen muss jedoch gedacht werden. Sie erfordern ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und eine zeitnahe, enge Zusammenarbeit aller Institutionen und Einrichtungen, sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Therapie und Ursachenermittlung.

Für diesen Bericht danken wir Dr. Iris Schubert, Raisa Rip und Ingrid Pietrasik, Gesundheitsamt des Landkreises Stendal. Dank gilt Dr. Hanna Oppermann und Dr. Amal Wicke, Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, für die fachliche Beratung, den Mitarbeiterinnen des Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamtes des Landkreises Stendal sowie Dr. Martin Dorner und Dr. Brigitte Dorner im Zentrum für Biologische Sicherheit des RKI für die Zusammenarbeit bei den Ermittlungen.

Das RKI ist insbesondere an der Untersuchung von aktuellen klinischen Verdachtsproben auf Botulismus interessiert. Ansprechpartnerin ist Dr. Brigitte Dorner ([DornerB@rki.de](mailto:DornerB@rki.de)).

## **5.2. Schwerer Verlauf einer Infektion mit pandemischer Influenza A (H1N1) 2009 bei einer Schwangeren mit im Verlauf aufgetretenem intrauterinen Fruchttod**

Robert-Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin Nr. 45 vom 15. November 2010, S. 448-449

Das Gesundheitsamt des Landkreises Stendal wurde am 10.12.2009 über eine schwer verlaufende Erkrankung mit pandemischer Influenza A (H1N1) 2009 bei einer 21-jährigen Frau informiert. Die Ermittlungen ergaben, dass die in der 32. Woche schwangere Patientin am 4.12.2009 mit Husten und Fieber erkrankt war und sich am nächsten Tag in der Frauenklinik vorgestellt hatte. Dort wurde sie unter der Verdachtsdiagnose eines grippalen Infektes stationär aufgenommen. Es erfolgte zunächst eine symptomatische Behandlung mit fiebersenkenden Medikamenten und parenteraler Infusionsgabe (Ringerlösung, 5 % Glukose, eine Ampulle Cernevit).

Am 6.12.2009 kam es zu einem Temperaturanstieg auf 39 °C bei unverändertem Allgemeinzustand. Ab dem 7.12.2009 erhielt die Patientin eine Antibiotika-Therapie (Ampicillin/Sulbactam i. v.). Die bakteriologisch-mikrobiologische Untersuchung des Sputums ergab am 9.12.2009 den Nachweis von *Haemophilus influenzae*. In der Nacht zum 9.12.2009 verschlechterte sich der Zustand der Patientin dramatisch mit erneutem Fieberschub, Akrozyanose und Atemnot. Mittels dopplersonografischer Untersuchung wurde der wegen fehlender fetaler Herztöne erhobene Verdacht eines intrauterinen Fruchttodes bestätigt. Die Patientin wurde unter dem Verdacht einer Viruspneumonie auf die Intensivstation verlegt und musste beatmet werden. Nach einer Stabilisierung des Allgemeinzustandes erfolgte am gleichen Tag die Sectio caesarea. Nach der Aussage der behandelnden Ärzte war das Fruchtwasser klar und der Fetus ohne Infektionszeichen. Eine Obduktion des Kindes wurde nicht durchgeführt. Die histopathologische Untersuchung der Plazenta ergab disseminierte kleinherdige Durchblutungsstörungen, die als Hinweis auf einen hypoxischen Fruchttod gewertet wurden. Es fanden sich jedoch keine Hinweise auf intra- oder extraplazentare Entzündungen oder Zeichen einer Malignität.

Bei der am 9.12.2009 erstmals durchgeführten Untersuchung von Rachen- und Nasenabstrichen auf Influenzaviren wurde mittels PCR eine Influenza A (H1N1) 2009 diagnostiziert. Die Patientin erhielt verschiedene Breitspektrum-Antibiotika (zunächst Piperacillin/Tazobactam und Ceftazidim, später Moxifloxacin und Meropenem) sowie zusätzlich Oseltamivir. Anamnestisch war bekannt, dass die Patientin unter einer Schwangerschaftsgestose litt und Raucherin war. Sie

war aktuell weder gegen saisonale noch gegen pandemische Influenza geimpft. Die letzte Impfung gegen saisonale Influenza hatte sie im November 2008 erhalten.

Die Patientin wollte sich gegen die pandemische Influenza impfen lassen, aber auf den für Schwangere besonders empfohlenen, nicht adjuvantierten Impfstoff, warten. Dieser stand im Landkreis Stendal erst ab dem 15.12.2009 zur Verfügung. Wegen der anhaltend schlechten Oxygenierung im Zusammenhang mit einem Atemnotsyndrom (ARDS) wurde die Patientin ab dem 12.12.2009 in die Charité-Universitätsmedizin Berlin verlegt und dort weiterbehandelt. Aufgrund der hochseptischen Ausgangssituation und aufgetretenen konfluierenden Infiltraten in der Lunge wurde die Antibiotika-Therapie erneut umgestellt und eine ECMO-Therapie (extrakorporale Membranoxygenierung) eingeleitet. Intermittierend kam es zu einer gesteigerten Blutungsneigung aus der Nase, dem Tracheo stoma und um die ECMO-Einstichstellen. Ein zunehmender fibrotischer Umbau der Lunge mit ausgedehnten Belüftungsstörungen wurde mit Kortison behandelt. Die ECMO-Therapie konnte nach 24 Tagen beendet werden. Danach trat die Behandlung rezidivierender Pneumothoraces in den Vordergrund der respiratorischen Therapie. Der Zustand der Patientin verbesserte sich langsam, sie wurde zunehmend ansprechbar und konnte mobilisiert werden. Am 11.2.2010 wurde die Patientin in ein neurologisches Rehabilitationszentrum verlegt. Zu diesem Zeitpunkt konnte sie mit Unterstützung weniger als 10 Meter laufen. Sie wurde intensiv physiotherapeutisch, ergotherapeutisch und neuropsychologisch betreut. Nach drei Wochen entschied die Patientin gegen ärztlichen Rat, den Reha-Aufenthalt abubrechen. Es wurde dringend eine Vorstellung beim Hausarzt empfohlen, insbesondere aufgrund der Lungenfunktionseinschränkung und um die Fortführung der physio- und ergotherapeutischen Behandlungen zu gewährleisten. Ebenso wurde nachdrücklich auf die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung hingewiesen.

Für diesen Bericht danken wir Dr. med. Iris Schubert und Raisa Rip (Gesundheitsamt des Landkreises Stendal). Dank gilt Dr. Hanna Oppermann, Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, den behandelnden Ärzten des Johanniter-Krankenhauses Genthin-Stendal gGmbH, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie Dr. Jens Rau und Oberarzt der Frauenklinik Dr. Andreas Neumann, den behandelnden Ärzten in der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Zentrum für Anästhesiologie, OP Management und Intensivmedizin, sowie den behandelnden Ärzten und als **Ansprechpartnerin** steht Raisa Rip (E-Mail: Raisa.Rip@Landkreis-Stendal.de) zur Verfügung.

## C. Sozialpsychiatrische Aspekte

### 1. Gemeindepsychiatrische Versorgung im Landkreis Stendal

Die gemeindepsychiatrische Versorgung im Landkreis Stendal stützt sich auf drei Säulen: Beratung, Behandlung und Hilfen.

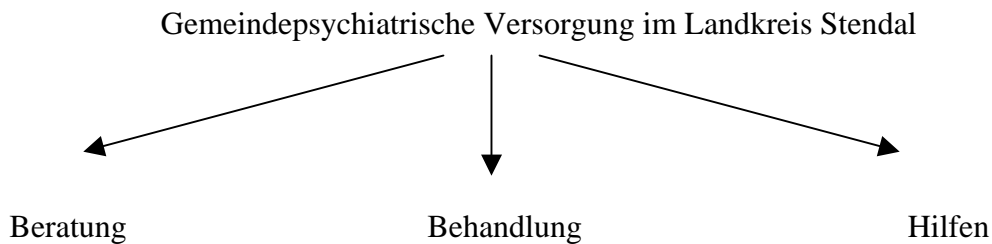


Abbildung 1c: Gemeindepsychiatrische Versorgung im Landkreis Stendal

Bei Beratung „[...] handelt es sich um eine problemzentrierte Interaktion zwischen Ratsuchenden und Berater mit dem Ziel, Wissensrückstände aufzuarbeiten, Alternativen aufzuzeigen und Entscheidungshilfen zu geben.“<sup>5</sup>

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist ein Hauptakteur in der Beratungslandschaft des Landkreises Stendal. Nähere Informationen sind im Kapitel 2.3. zu finden.

Der Caritasverband für das Dekanat Stendal bietet Sucht- und Drogenberatung an. Im Jahr 2010 wurden 371 Klienten betreut. Von diesen konsumierten 73,9 % legale (Alkohol/Tabak) und 24,8 % illegale Drogen. Die Klienten, die letztere einnahmen, hatten zu 70,7 % hauptdiagnostisch Störungen durch Cannabinoide. Bei 18,5 % lag eine Störung durch Opioide vor. Von den betreuten Klienten waren 83,0 % männlichen und 17,0 % weiblichen Geschlechts.

Im Landkreis Stendal gibt es weitere Träger, die Bürger beraten. Dazu zählt der Soziale Dienst der Justiz Stendal, der eine Opferberatung anbietet. Beim WEISSEN RING e.V. finden Kriminalitätsoffer Hilfe. Der Verein „Miß-Mut“ e.V. Stendal hat zum einen eine Beratungsstelle für Opfer sexualisierter Gewalt und zum anderen eine Interventionsstelle für Opfer häuslicher Gewalt und Stalking. Der Paritätische Wohlfahrtsverband berät Bürger bei Schulden und zur Insolvenz.

Die Behandlung von psychisch und suchtkranken Bürgern im Landkreis Stendal erfolgt stationär, teilstationär und ambulant.

<sup>5</sup> Kreft/Mielenz, Wörterbuch Soziale Arbeit, 4. Auflage, 1996, S. 102.

Im Landkreis Stendal stellt das Fachklinikum Uchtspringe mit Kliniken, Tageskliniken, Psychiatrischen Institutsambulanzen und ambulant tätigen Fachärzten die wichtigste Säule der psychiatrischen Behandlung dar. Die stationäre Behandlung von psychisch kranken und suchtkranken Erwachsenen wird in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, der Klinik für Psychotherapeutische Medizin und Abhängigkeitserkrankungen angeboten.

Das Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie Uchtspringe ist eine Einrichtung zur Besserung und Sicherung von psychisch kranken Straftätern nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB). Das Gericht ordnet demnach für jemanden, der eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit begangen hat, die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erheblich rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Eine teilstationäre Behandlung wird in zwei Tageskliniken des Fachklinikums Uchtspringe (Seehausen, Stendal) und einer Tagesklinik des Fachkrankenhauses Jerichow (Havelberg) angeboten. In Tageskliniken werden „[...] schwer psychisch Kranke tagsüber behandelt [...], wenn sie nach dem Abklingen der akuten Symptomatik nachts und am Wochenende wieder eigenständig leben können.“<sup>6</sup>

Im Landkreis Stendal gibt es vier Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie und ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ).

Sieben Psychologen bieten therapeutische Hilfen an.

Die 54 Hausärzte sind oft der erste Ansprechpartner für psychisch kranke oder suchtkranke Patienten.

Im Landkreis Stendal gibt es Hilfen stationärer, teilstationärer und ambulanter Art.

Stationäre Hilfen stellen Wohnmöglichkeiten für Menschen dar, die krankheitsbedingt und/oder behinderungsbedingt nicht in der Eigenständigkeit leben können. Sie werden für geistig behinderte Menschen, psychisch kranke und suchtkranke Menschen angeboten.

Unter teilstationären Hilfen sind Einrichtungen zu verstehen, in denen kranke und behinderte Menschen nach ihrem individuellen Bedarf gefördert und beschäftigt werden. Im Landkreis gibt es Einrichtungen, die Hilfen dieser Art für geistig behinderte und psychisch kranke Menschen anbieten. Dazu gehören zum Beispiel Werkstätten für behinderte Menschen oder Tagesstätten für Senioren.

Ambulante Hilfen, wie zum Beispiel in Form des Ambulant betreuten Wohnens, unterstützen

---

<sup>6</sup> Röttgers/Nedjat, Psychiatrie für Sozialberufe, 2003, S. 20.

krankte Menschen, die in der Eigenständigkeit leben und werden für geistig behinderte, psychisch kranke und suchtkranke Menschen angeboten.

## **2. Der Sozialpsychiatrische Dienst**

### **2.1. Gesetzliche Grundlagen**

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) hat einen gesetzlichen Versorgungsauftrag und arbeitet auf der Grundlage des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Sachsen-Anhalt (§ 10 Absatz 2 Gesundheitsdienstgesetz) und des Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA). Dort heißt es in § 1:

„Dieses Gesetz regelt [...] Hilfen für Personen, die an einer Psychose, Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung oder an einer seelischen oder geistigen Behinderung leiden oder gelitten haben, oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen; [...]“ (GVBl. LSA S. 88, 432).

Der SpDi leistet:

- vorsorgende Hilfen (§ 3 Absatz 2 PsychKG LSA), durch die insbesondere darauf hingewirkt werden soll, dass der Betroffene bei Anzeichen einer Krankheit, Störung oder Behinderung rechtzeitig ärztlich behandelt wird;
- Begleitung bei stationärer psychiatrischer Behandlung nach Einweisung/Unterbringung (§ 11 PsychKG LSA) oder auf Grund freiwilligen Krankenhausaufenthaltes (§ 28 PsychKG LSA);
- nachsorgende Hilfen (§§ 3 Absatz 2, 31 PsychKG LSA), durch die den aus stationärer psychiatrischer Behandlung oder aus einer Unterbringung entlassenen Personen der Übergang in das Leben außerhalb stationärer Einrichtungen und die Eingliederung in die Gemeinschaft erleichtert werden soll.

Es sollen ortsnahe Hilfen geleistet werden, so dass der Betroffene soweit wie möglich in seinem gewohnten Lebensbereich verbleiben kann (§ 3 Absatz 3 PsychKG LSA).

Die Hilfen sollen auch darauf gerichtet sein, bei denjenigen, die mit den Betroffenen in näherer

Beziehung stehen, Verständnis für seine besondere Lage zu wecken und die Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Behebung seiner Schwierigkeiten zu fördern und zu erhalten (§ 3 Absatz 4 PsychKG LSA).

## **2.2. Die Sozialpsychiatrischen Dienste im Land Sachsen-Anhalt**

Nach der Einführung des PsychKG LSA wurden in allen Landkreisen und kreisfreien Städten des Landes Sachsen-Anhalt Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet. Sie betreuen unterschiedlich viele Bürger, die als Klienten bezeichnet werden.

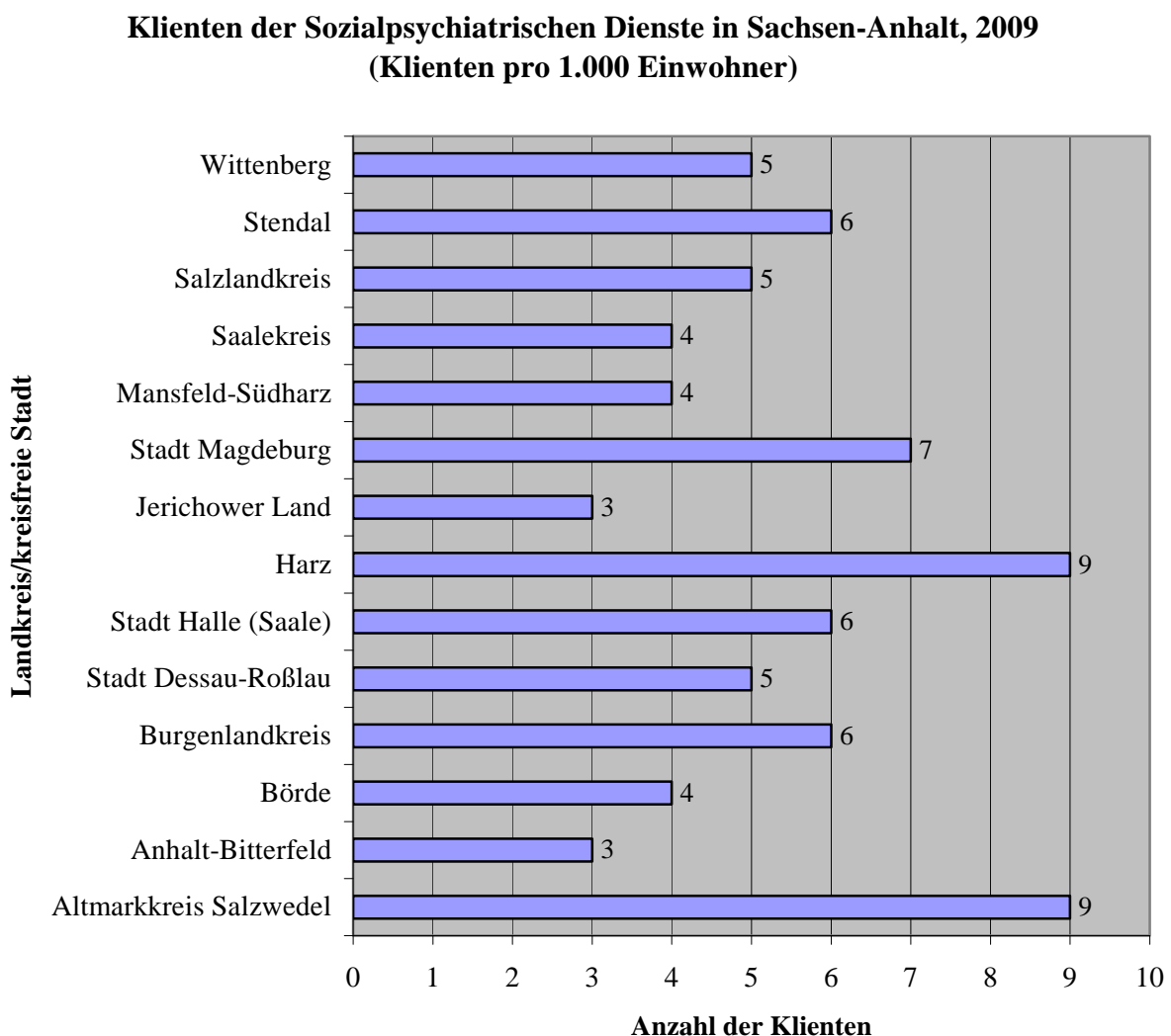


Abbildung 2c: Anzahl der im Jahr 2009 durchschnittlich betreuten Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste im Land Sachsen-Anhalt pro 1.000 Einwohner<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Draba, Dr., Bericht aus Ostdeutschland – Lage der Sozialpsychiatrischen Dienste in Sachsen-Anhalt und Brandenburg, 2010.



Der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises Stendal betreute im Jahr 2009 sechs Klienten pro 1.000 Einwohner. Er lag damit oberhalb des Durchschnittes aller Sozialpsychiatrischen Dienste im Land Sachsen-Anhalt (5 Klienten pro 1.000 Einwohner).

Diese Daten wurden einmalig im Rahmen der Vorbereitung auf eine Veranstaltung erfasst.

## **2.3. Der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises Stendal**

### **2.3.1. Arbeitsweise**

Der Sozialpsychiatrische Dienst übt als Vermittler und Vernetzer eine Schlüsselfunktion in der Beratungslandschaft des Landkreises Stendal aus.

Zur Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrages bietet der Sozialpsychiatrische Dienst folgendes an:

- Einzel- und Angehörigengespräche in den Beratungsstellen oder durch Hausbesuche;
- Besuche im Krankenhaus und Begleitung nach Klinikaufhalten;
- Hilfe im Umgang mit Ämtern (zur Abwendung akuter Probleme).

Der Sozialpsychiatrische Dienst wird durch die Amtsärztin und die Psychiatriekoordinatorin geleitet.

Im Gesundheitsamt sind fünf Sozialarbeiter tätig, die von dort aus für die einzelnen, territorial aufgeteilten Bereiche des Landkreises verantwortlich sind.

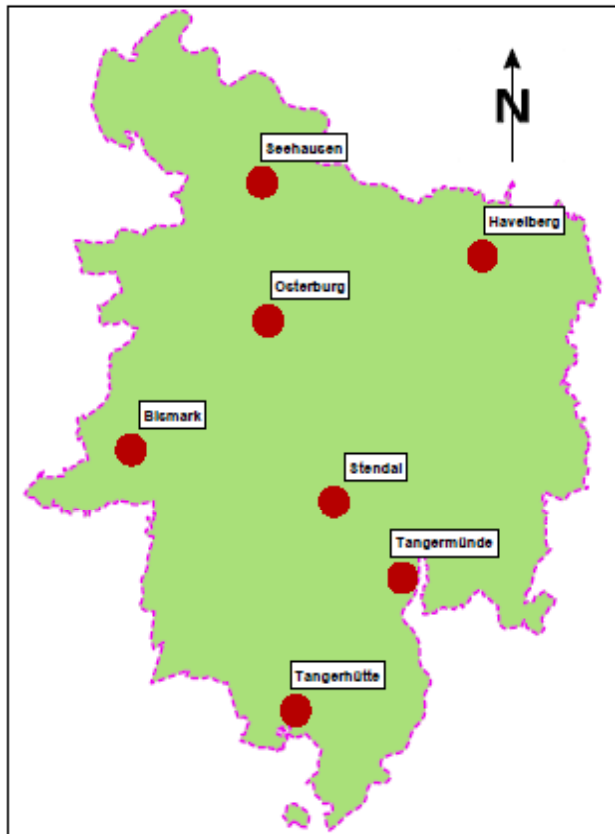
Um der wichtigen Stellung im Landkreis Stendal gerecht zu werden, erfüllt der Sozialpsychiatrische Dienst das Prinzip der Gemeindenähe.<sup>8</sup> In den letzten Jahren wurden neun Beratungsstellen eingerichtet, die sich flächendeckend über den großen Landkreis verteilt befinden und somit für die Bürger auf kurzem Weg erreichbar sind. Dieses wurde durch die gute Zusammenarbeit mit den Stadtverwaltungen, Institutionen (Krankenhaus, Fachklinikum) und einem Verein möglich, die dem Sozialpsychiatrischen Dienst die Räume zu den Beratungszeiten kostenlos zur Verfügung stellen. Nach der Eröffnung der Beratungsstelle in Kliestz im Jahr 2005 und dem zunächst großen Zulauf nahm die Nutzung der Sprechzeit durch die Klienten im Jahr 2010 stark ab. Daraus resultierend wurde die Beratungsstelle geschlossen und die Klienten werden bei Bedarf per Hausbesuch erreicht. Sollte der Bedarf zukünftig wieder ansteigen, ist es

---

<sup>8</sup> Deutscher Bundestag, Enquete, 1975, S. 204.

jederzeit möglich, in diesem Ort erneut eine Sprechzeit durch den Sozialpsychiatrischen Dienst anzubieten. (Aktuelle Angebote siehe Anhang 1.)

In den Beratungsstellen sind die Mitarbeiter einmal wöchentlich zu festen Sprechzeiten anzutreffen.



**Landkreis Stendal**  
**Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes**  
**Legende**  
● Orte mit Sprechzeiten  
■ Landkreis Stendal

Abbildung 3c: Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Landkreis Stendal

Bürger, die nicht in eine Beratungsstelle kommen können, werden durch einen Hausbesuch erreicht.

## 2.3.2. Tätigkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den Jahren 2006 bis 2010

### 2.3.2.1. Anzahl der Klienten und Kontakte des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Der Sozialpsychiatrische Dienst steht allen Bürgern des Landkreises Stendal als Ansprechpartner zur Verfügung und betreute in den Berichtsjahren eine unterschiedliche Anzahl an Klienten.

**Anzahl der Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes**

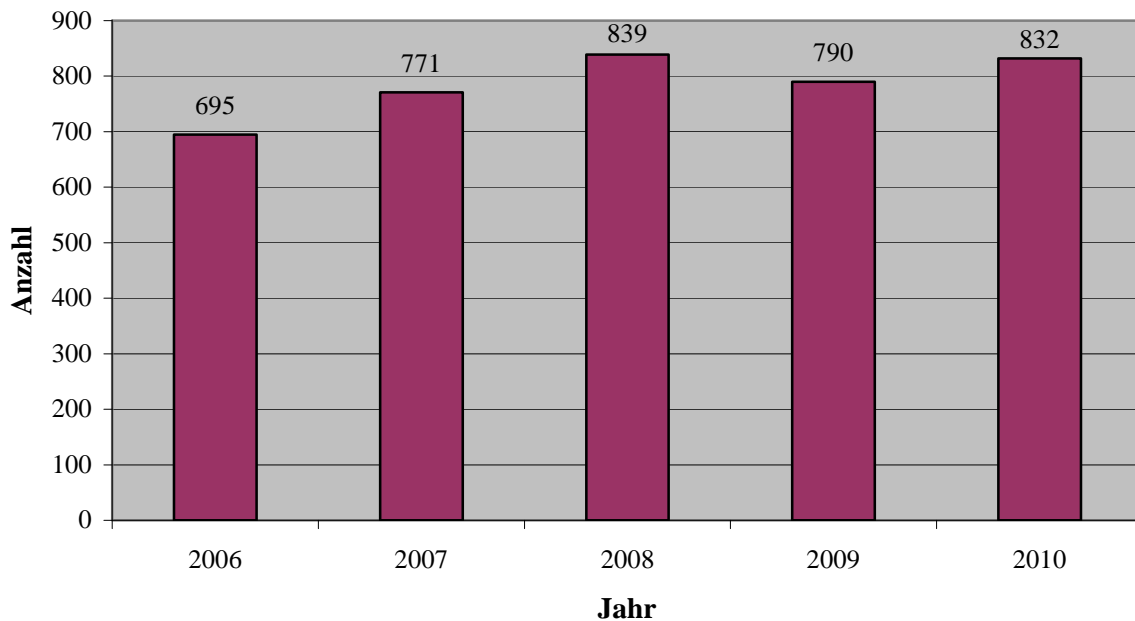


Abbildung 4c: Anzahl der Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Anzahl schwankte zwischen 695 Klienten im Jahr 2006 und 832 Klienten im Jahr 2010. Nach einem Anstieg um 20,7 % von 2006 zu 2008, fiel die Anzahl der Klienten im Folgejahr um 5,8 %, um im Jahr 2010 wieder auf das Niveau von 2008 anzusteigen. Resümierend ist in den Berichtsjahren eine Zunahme der Anzahl der Klienten um 19,7 % festzuhalten.

Der Anstieg der Klientenanzahl steht im Gegensatz zur Entwicklung der Bevölkerungszahlen (siehe Kapitel A.2.). Im Land Sachsen-Anhalt ging der Bestand der Bevölkerung von 2.441.787 (2006) auf 2.335.006 Einwohner (2010) um 4,4 % zurück. Der Landkreis Stendal verzeichnete einen Rückgang der Einwohnerzahlen von 129.481 (2006) auf 121.899 Menschen (2010) um 5,9 %.<sup>9</sup>

Für die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist trotz dieser Entwicklung der Hilfebedarf in der Bevölkerung unverändert hoch.

<sup>9</sup> [www.stala.sachsen-anhalt.de](http://www.stala.sachsen-anhalt.de)

Um die Klienten ihrem individuellen Hilfebedarf entsprechend zu unterstützen, nahmen die Sozialarbeiter zu unterschiedlichen Personen Kontakt auf. Dazu gehörten neben dem Klienten unter anderem Angehörige, Ärzte und Behörden.

### Anzahl der Kontakte des Sozialpsychiatrischen Dienstes

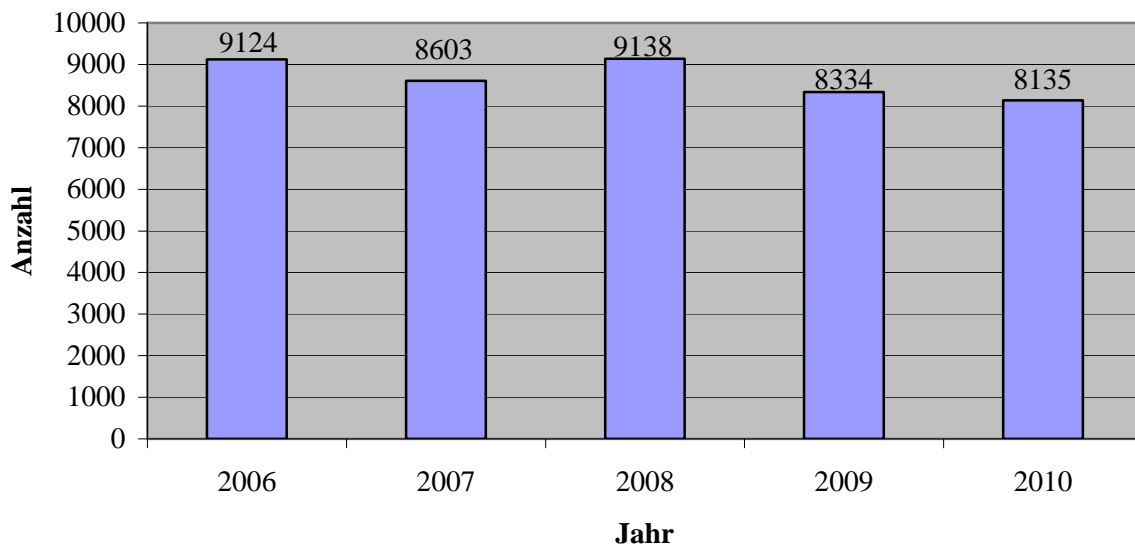


Abbildung 5c: Anzahl der Kontakte des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Anzahl der Kontakte gibt keine Auskunft über den Hilfebedarf der Bürger im Landkreis Stendal. In den letzten Jahren hat sich die Qualität der Kontakte geändert. Es werden nicht nur kurzweilige Anfragen von Bürgern bearbeitet, sondern oft auch langwierige und wiederholte Beratungsgespräche mit dem Ziel geführt, bei den Klienten das Bewusstsein für deren Erkrankung zu entwickeln und sie zur Annahme von Hilfen zu motivieren.

### 2.3.2.2. Klientengruppen

In der folgenden Abbildung wird auf die Anzahl der Klienten, unterteilt nach den Klientengruppen Geistig behinderte Menschen, Psychisch Kranke und Suchtkranke eingegangen.

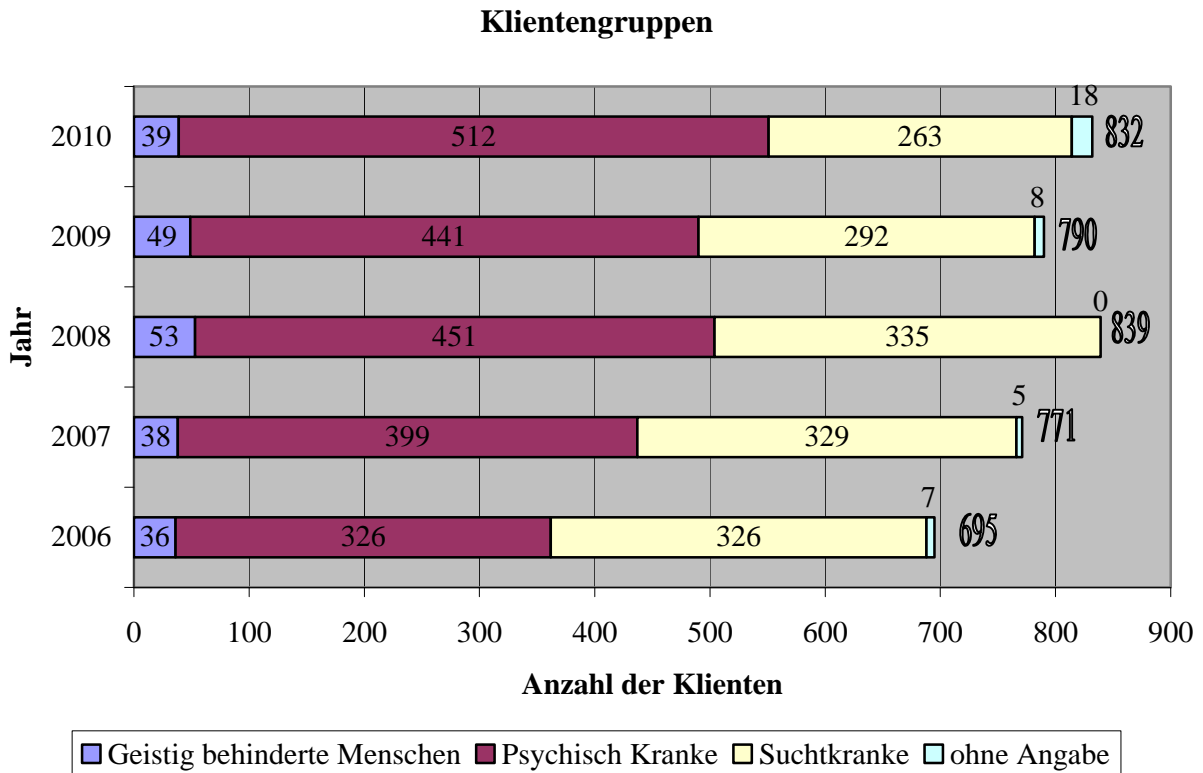


Abbildung 6c: Klientengruppen

Die Anzahl der geistig behinderten Klienten stieg von 36 Klienten im Jahr 2006 auf ein Maximum von 53 Klienten im Jahr 2008 und sank auf einen Stand von 39 Klienten im Jahr 2010. Im Vergleich zu den anderen beiden Klientengruppen machten die geistig behinderten Menschen in allen Berichtsjahren einen Anteil von unter 7 % der Gesamtheit der Klienten aus. Menschen mit einer geistigen Behinderung sind sehr oft in ein festes soziales Netz integriert. Mitarbeiter der jeweiligen Wohnform bzw. der gerichtlich bestellte Betreuer kümmern sich um ihre Anliegen. Aus diesem Grund wird eher selten die Hilfe und Unterstützung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Anspruch genommen.

Signifikant ist der stetige Anstieg der psychisch Kranken und der dabei gleichzeitige Rückgang der Suchtkranken. Gab es im Jahr 2006 noch ein Gleichgewicht zwischen psychisch Kranken und Suchtkranken im Verhältnis von eins zu eins, so lag das Verhältnis im Berichtsjahr 2010 bei ca. zwei zu eins von psychisch Kranken zu suchtkranken Klienten. Der Anteil der psychisch Kranken an der Gesamtklientenzahl stieg von 2006 bis 2010 um 14,6 % an, während der Anteil

der suchtkranken Klienten um 15,3 % sank.

Auf die Zunahme der psychisch Kranken und den damit verbundenen steigenden Hilfebedarf wurde auch dahingehend reagiert, dass im Jahr 2006 zwei Selbsthilfegruppen für psychisch kranke Menschen bei der Gründung sowie der Organisation ihrer Treffen unterstützt wurden.

Im Folgenden wird nur auf die Klientengruppen Psychisch Kranke und Suchtkranke eingegangen.

### 2.3.2.2.1. Klientengruppen nach Geschlecht

Werden die Klientengruppen nach Geschlecht differenziert, sind die in der folgenden Abbildung dargestellten Verhältnisse erkennbar.

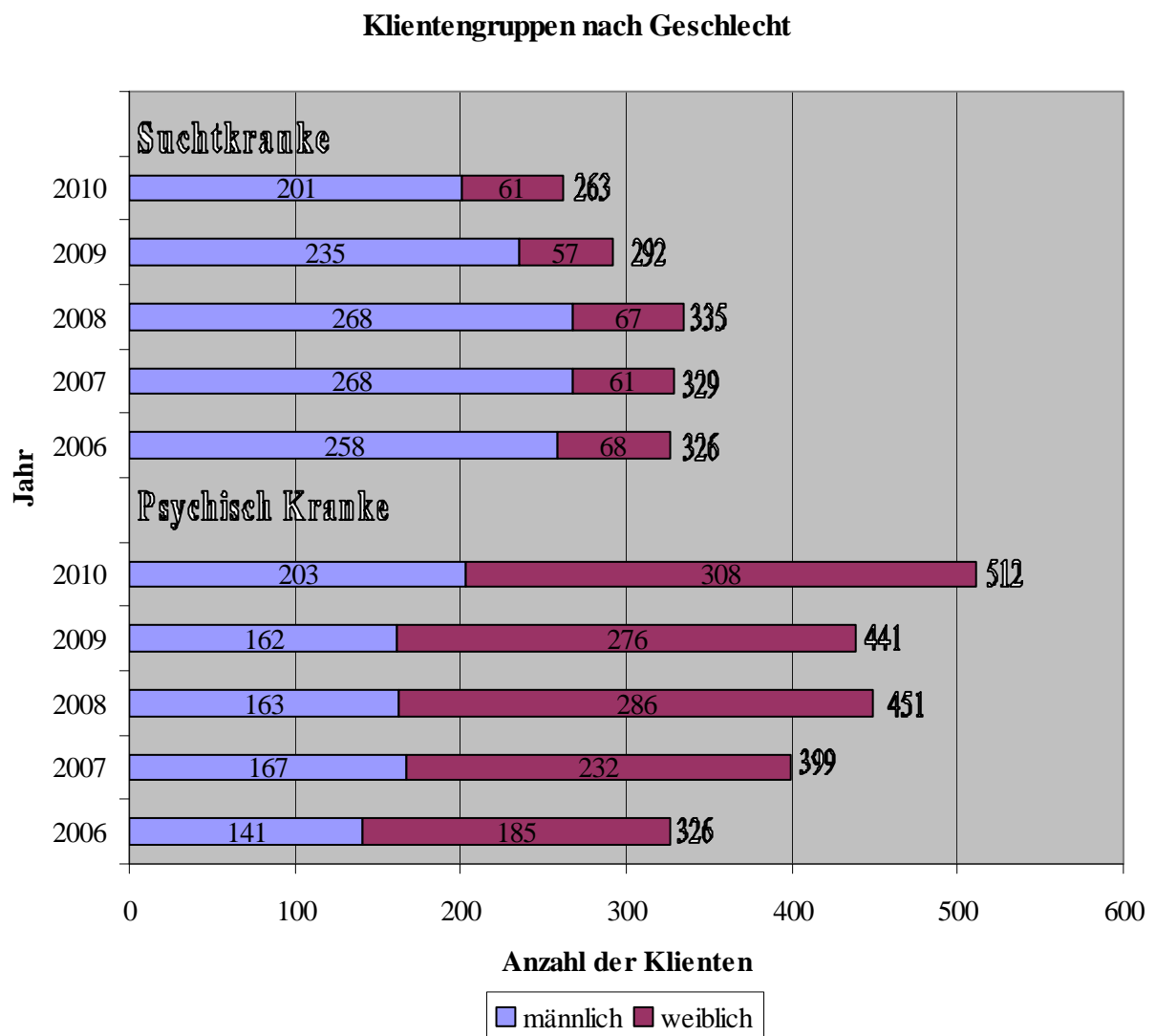


Abbildung 7c: Klientengruppen nach Geschlecht (Es fehlen Klienten, bei denen keine Angabe zum Geschlecht vorlag.)

Mehr als die Hälfte (durchschnittlich rund 60 %) der psychisch Kranken waren weiblichen und durchschnittlich rund 40 % männlichen Geschlechts. Vier Fünftel der suchtkranken Klienten waren Männer und ein Fünftel waren Frauen.

Es ist festzustellen, dass bei den psychisch kranken Frauen ein Anstieg um 66,5 % sowie bei den psychisch kranken Männern um 44,0 % verzeichnet wurde. Der Anteil der männlichen Suchtkranken fiel von 2006 zu 2010 um 22,1 % und der weiblichen Suchtkranken um 10,3 %.

#### 2.3.2.2.2. Klientengruppen nach Alter

Das Alter der Klienten wurde in unterschiedlichen Altersgruppen von 18 bis über 65 Jahren festgehalten.

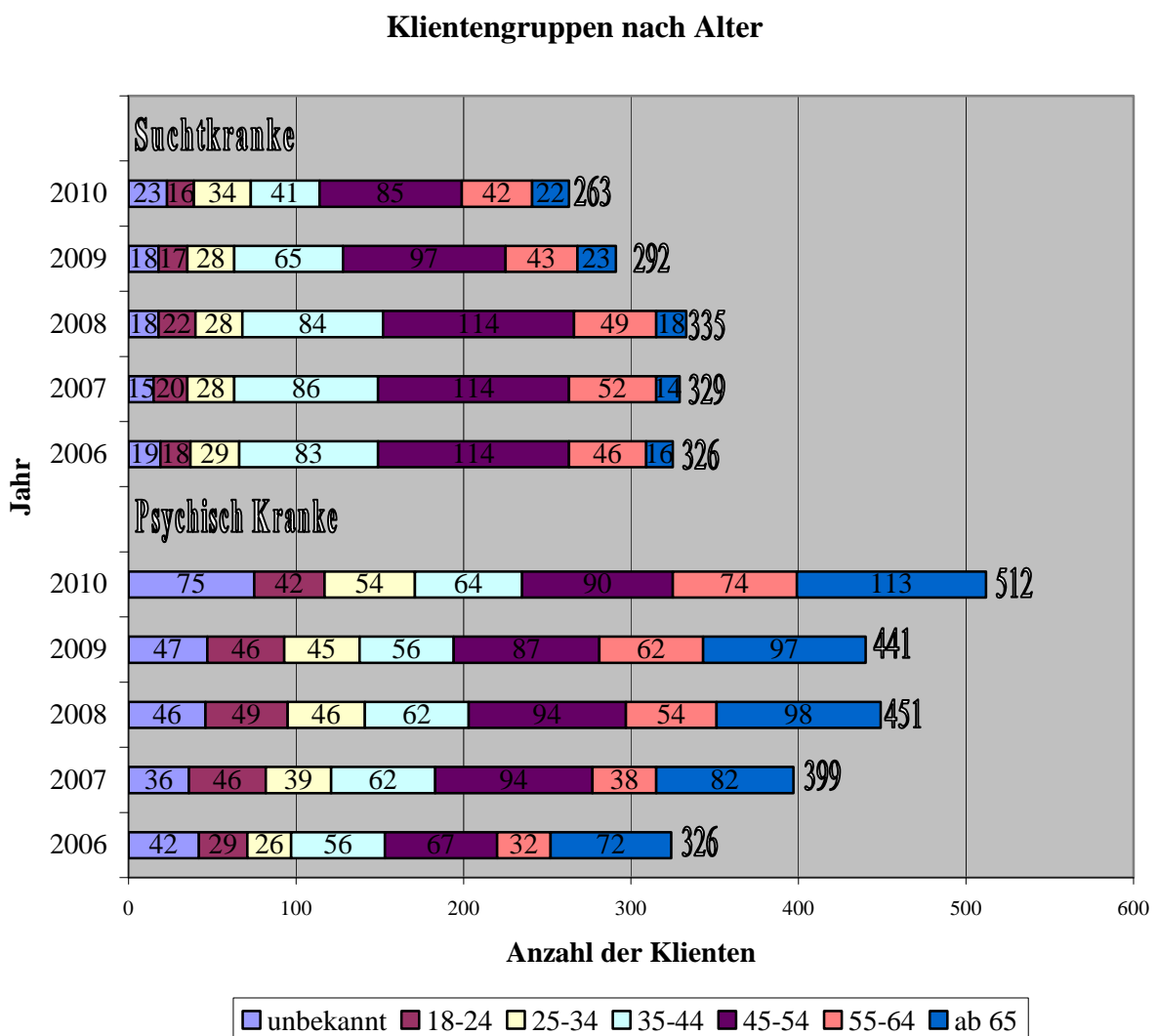


Abbildung 8c: Klientengruppen nach Alter

In der Klientengruppe Psychisch Kranke waren in den Berichtsjahren durchschnittlich rund die Hälfte der Klienten zwischen 35 und 64 Jahren alt. Mehr als ein Fünftel der Klienten waren älter als 65 Jahre.

Bei den Suchtkranken waren nahezu drei Viertel der Klienten zwischen 35 und 64 Jahren alt. Der Anteil der über 65-Jährigen lag in dieser Klientengruppe bei durchschnittlich 6 %.

Signifikante Anstiege der Anzahl der psychisch kranken Klienten waren in den Altersgruppen der 18-24-Jährigen (+ 44,8 %) und der 25-34-Jährigen (+ 107,7 %) sowie in den Altersgruppen der 55-64-Jährigen (+ 131,3 %) und der ab 65-Jährigen (+56,9 %) zu verzeichnen.

In der Klientengruppe Suchtkranke ging die Anzahl der 35-44-Jährigen um 50,6 % und die Anzahl der 45-54-Jährigen um 25,4 % zurück.



### 2.3.2.2.3. Klientengruppen nach Lebensform

In diesem Kriterium zeichnete sich eine Fokussierung auf die drei Arten der Lebensform alleinlebend, Familie/Partnerschaft sowie Herkunftsfamilie ab.

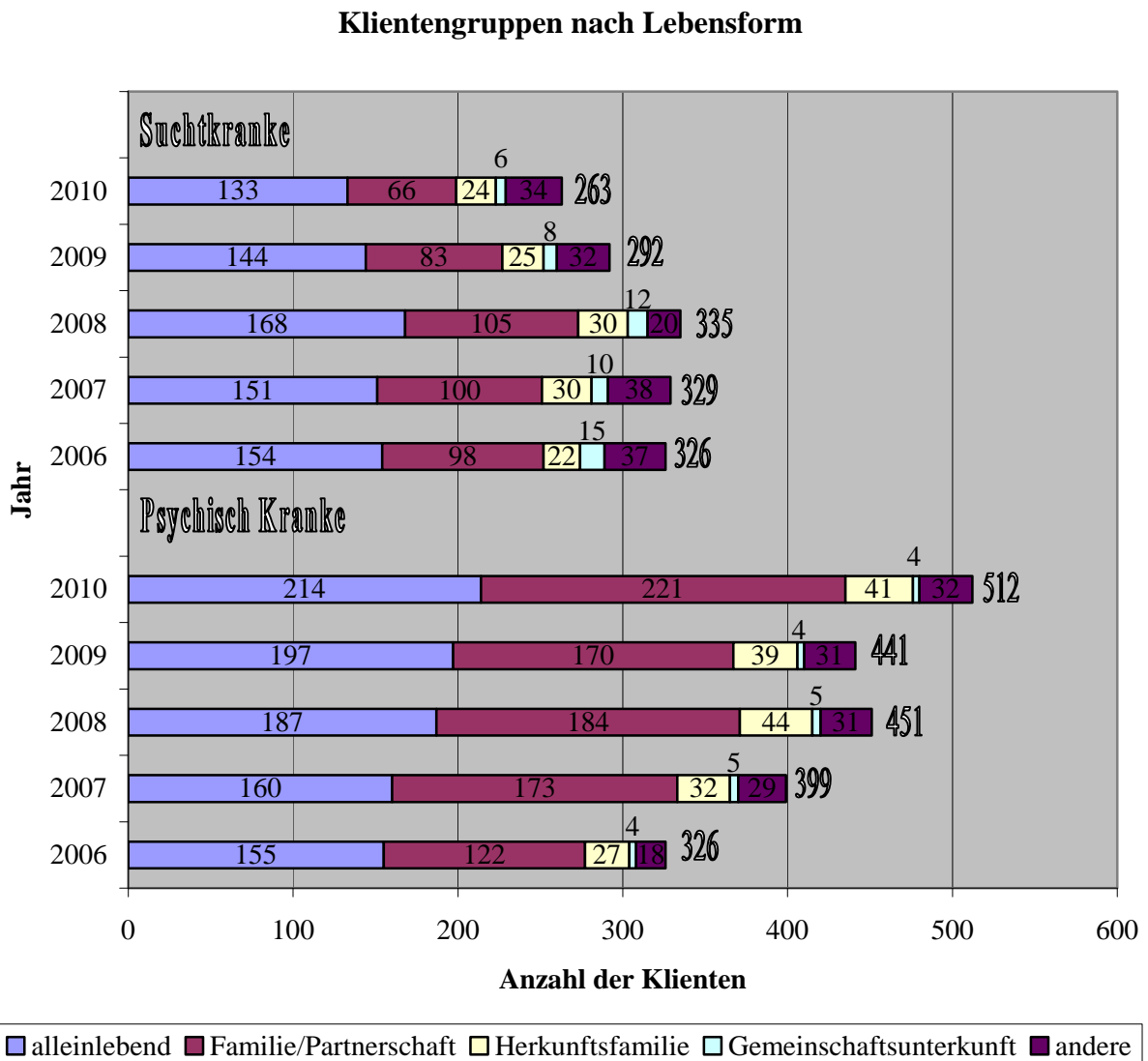


Abbildung 9c: Klientengruppen nach Lebensform (Anmerkung: Der Bereich „andere“ besteht aus den Kriterien Heim, nicht eingetragen, obdachlos und unbekannt.)

Während bei den psychisch kranken Klienten in den Berichtsjahren durchschnittlich 43 % allein und 41 % in Familie oder Partnerschaft lebten, waren bei den Suchtkranken größere Unterschiede in diesen Kriterien zu erkennen. Von ihnen lebten im Durchschnitt 49 % allein und 29 % in Familie oder Partnerschaft. Die Anteile der in der Herkunftsfamilie lebenden Klienten waren mit durchschnittlich rund 9 % bei beiden Klientengruppen ausgeglichen. Durchschnittlich

1 % der psychisch Kranken und 3 % der Suchtkranken lebten in einer Gemeinschaftsunterkunft. Ein signifikanter Anstieg war bei den in Familie/Partnerschaft lebenden psychisch kranken Klienten um 81,2 % zu verzeichnen. Die Anzahl der alleinlebenden psychisch Kranken nahm in den Berichtsjahren um 38,1 % zu.

#### 2.3.2.2.4. Klientengruppen nach Einkommen

Werden die Einkommensverhältnisse der psychisch und suchtkranken Klienten in den Berichtsjahren betrachtet, fallen Differenzen in den Kriterien Altersrentner, Arbeitslosengeld und Erwerbsunfähigkeitsrente auf.

### Klientengruppen nach Einkommen

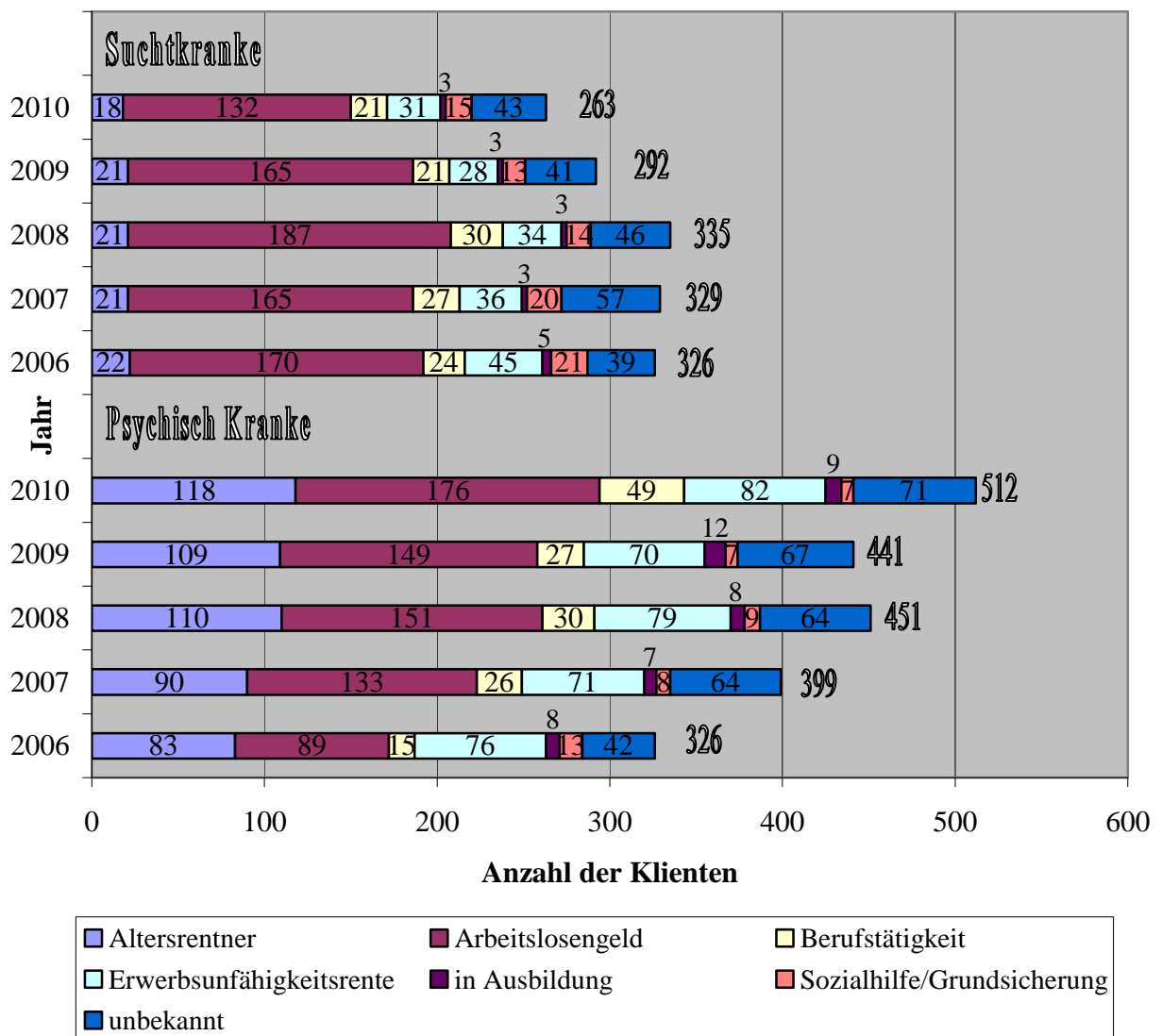


Abbildung 10c: Klientengruppen nach Einkommen (Anmerkung: Arbeitslosengeld beinhaltet Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II. In Erwerbsunfähigkeitsrente sind Erwerbsminderungsrente und Berufsunfähigkeitsrente eingeschlossen.)

Mit rund einem Drittel (durchschnittlich 33 %) machten die Arbeitslosengeld erhaltenden Klienten den größten Anteil der psychisch Kranken aus. Durchschnittlich 42 % der Klienten erhielten Rente. Davon bezogen durchschnittlich 24 % Altersrente und durchschnittlich 18 % Erwerbsunfähigkeitsrente. Durchschnittlich 7 % bestritten ihr Einkommen durch Berufstätigkeit. In Ausbildung Befindliche (durchschnittlich 2 %) und Bezieher von Sozialhilfe/Grundsicherung (durchschnittlich 2 %) nahmen einen geringen Anteil dieser Klientengruppe ein.

Bei den Suchtkranken (durchschnittlich 53 %) waren deutlich mehr Klienten Empfänger von Arbeitslosengeld als bei den psychisch Kranken. Durchschnittlich 18 % bezogen Rente. Davon erhielten durchschnittlich 11 % Erwerbsunfähigkeitsrente und durchschnittlich 7 % Altersrente. Ein nahezu gleicher Anteil (durchschnittlich 8 %) wie bei den psychisch Kranken bestritt sein Einkommen aus der Berufstätigkeit. Auch bei dieser Klientengruppe nahmen Bezieher von Sozialhilfe/Grundsicherung (durchschnittlich 5 %) und in Ausbildung Befindliche (durchschnittlich 1 %) einen geringen Anteil ein.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass in den Berichtsjahren 2006 bis 2010 in der Klientengruppe Psychisch Kranke an erster Stelle der Einkommensverhältnisse die Rente und an zweiter Stelle das Arbeitslosengeld stand, während der Großteil der suchtkranken Klienten Arbeitslosengeld bezog und ein deutlich geringerer Anteil seinen Lebensunterhalt durch eine Rente bestritt.

### 2.3.2.2.5. Klientengruppen nach Erstkontakt/Dauerkontakt

Bei den Klienten wurde zwischen Erstkontakten und Dauerkontakten unterschieden. Der Erstkontakt bezeichnet einen Klienten, der im Berichtsjahr erstmalig Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst aufnahm. Bei einem Dauerkontakt geht das Erstgespräch auf eines der Vorjahre zurück.

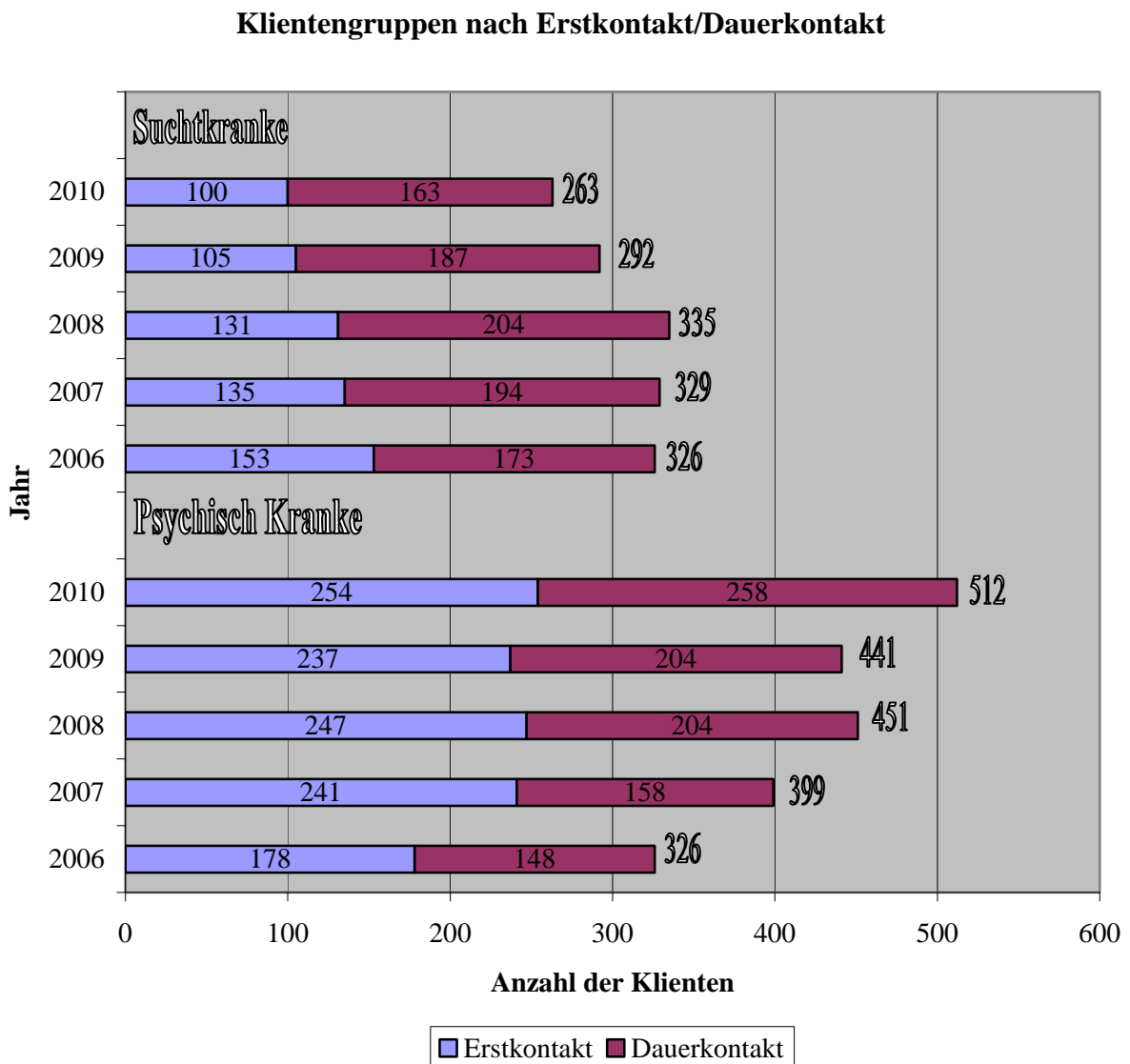


Abbildung 11c: Klientengruppen nach Erstkontakt/Dauerkontakt

In den Berichtsjahren stellte sich in der Klientengruppe Psychisch Kranke eine Tendenz zu prozentual gleichen Anteilen von Erst- und Dauerkontakten dar. Während im Jahr 2007 ca. 60 % der Klienten Erstkontakte und ca. 40 % Dauerkontakte waren, lagen deren Anteile im Jahr 2010 bei jeweils rund 50 %.

Bei den suchtkranken Klienten gab es in allen Berichtsjahren mit durchschnittlich rund 60 %

deutlich mehr Dauerkontakte als Erstkontakte (durchschnittlich rund 40 %).

### 2.3.2.2.6. Klientengruppen nach Herstellung des Erstkontaktes

Das Kriterium Herstellung des Erstkontaktes gibt Aufschluss darüber, wie der Kontakt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst zustande kam.

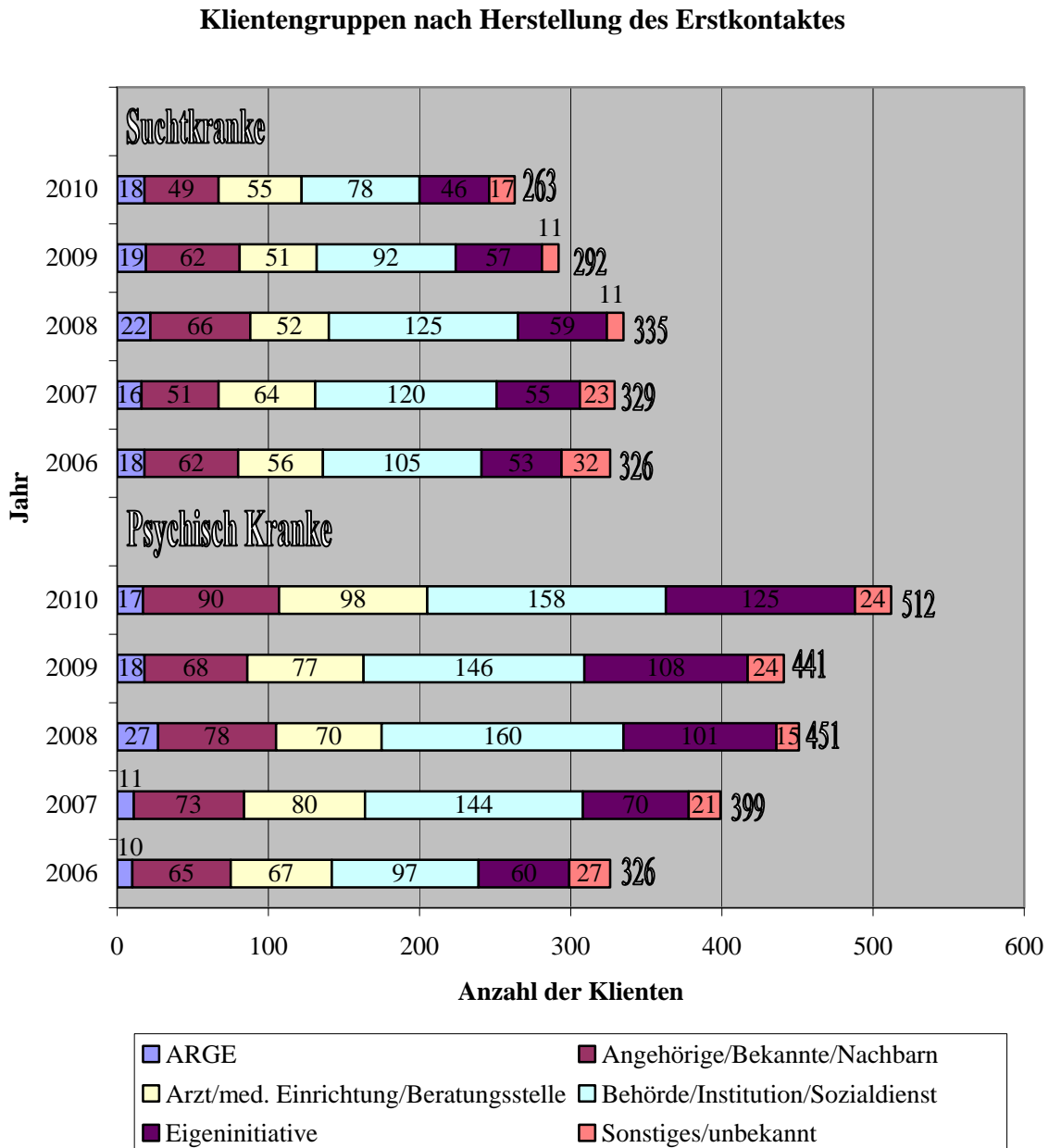


Abbildung 12c: Klientengruppen nach Herstellung des Erstkontaktes (Anmerkung: ARGE = Arbeitsgemeinschaft SGB II im Landkreis Stendal, seit 01.01.2011 Jobcenter SGB II im Landkreis Stendal)

Sowohl bei den psychisch Kranken als auch bei den Suchtkranken wurden mit jeweils durchschnittlich 33 % die meisten Erstkontakte durch eine Behörde, eine Institution oder einen Sozialdienst hergestellt. Mit durchschnittlich 18 bis 19 % waren die Kriterien Angehörige/Bekannte/Nachbarn und Arzt/medizinische Einrichtung/Beratungsstelle in den beiden Klientengruppen nahezu ausgeglichen. In der Gruppe der psychisch kranken Klienten gab es mit durchschnittlich 21 % einen großen Anteil der Klienten, die sich selbst, das heißt in Eigeninitiative, an den Sozialpsychiatrischen Dienst wandten. Bei den Suchtkranken lag dieser Anteil bei durchschnittlich 18 %.

In den Berichtsjahren wurden in der Klientengruppe Psychisch Kranke signifikante Anstiege bei der Herstellung des Erstkontaktes durch Angehörige/Bekannte/Nachbarn (+ 38,5 %), durch Arzt/medizinische Einrichtung/Beratungsstelle (+ 46,3 %), durch Behörde/Institution/Sozialdienst (+ 62,9 %) sowie durch die Eigeninitiative des Klienten (+ 108,3 %) verzeichnet. Bei den suchtkranken Klienten wurden Rückgänge vorwiegend bei der Kontaktaufnahme durch Angehörige/Bekannte/Nachbarn (- 21,0 %) sowie durch Behörde/Institution/Sozialdienst (- 25,7 %) festgestellt.

### 2.3.2.2.7. Klientengruppen nach Art der Klientenkontakte

In der Betreuung der Klienten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst werden unterschiedliche Kontaktarten genutzt, um dem Hilfebedarf eines jeden einzelnen Klienten gerecht zu werden. Dabei werden im Folgenden als einzelne Kontaktarten das Beratungsgespräch mit Klienten, das Beratungsgespräch mit Klienten und Bezugsperson, der Hausbesuch und die Telefonate mit Klienten dargestellt. Zu dem zusammengefassten Kriterium Sonstiges gehören das Beratungsgespräch mit Bezugsperson, das Erstellen des Sozialberichtes, die Telefonate mit Angehörigen/Bezugspersonen, der Fehlbesuch, der Klinikbesuch, die Gruppenaktivität mit Betroffenen sowie die Gruppenaktivität mit Angehörigen.

**Klientengruppen nach Art der Klientenkontakte**

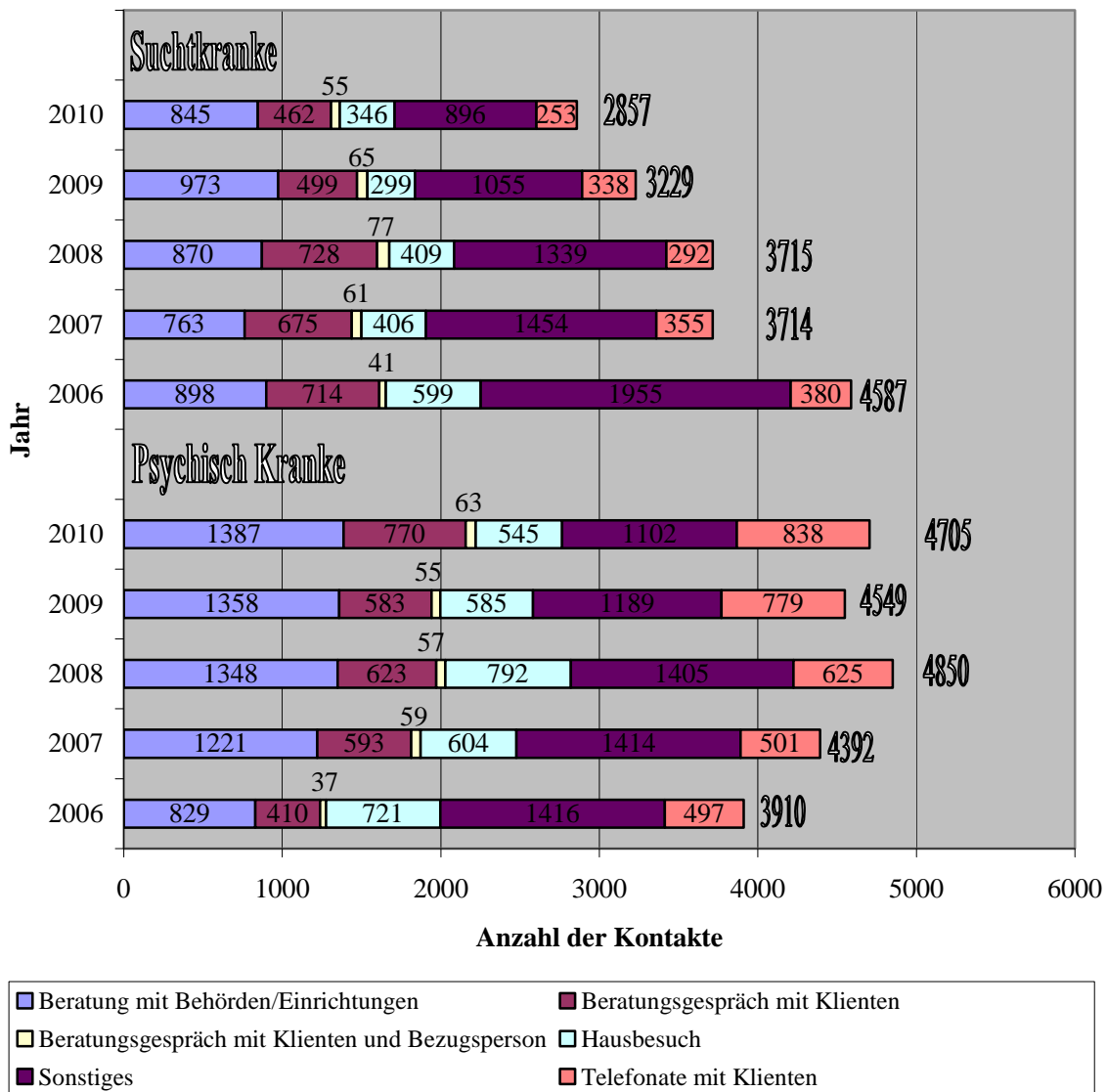


Abbildung 13c: Klientengruppen nach Art der Klientenkontakte

Den größten prozentualen Anteil der Einzelkontaktarten machte sowohl in der Klientengruppe Psychisch Kranke (durchschnittlich 27 %) als auch in der Klientengruppe Suchtkranke (durchschnittlich 25 %) die Beratung mit Behörden/Einrichtungen aus, da der Sozialpsychiatrische Dienst nicht nur beratend tätig ist, sondern auch als Vermittler zwischen Klienten und Behörden oder Einrichtungen fungiert. Dabei handelte es sich in den meisten Fällen um eine lösungsorientierte, schnelle Hilfe, die weniger Arbeitszeit in Anspruch nahm als die Motivation und Befähigung der Klienten, diese Kontakte zukünftig selbständig herzustellen. Durchschnittlich 14 % aller Klientenkontakte bei den psychisch Kranken und durchschnittlich 19 % aller Klientenkontakte bei den Suchtkranken waren Beratungsgespräche in den Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Zu einem Anteil von durchschnittlich 15 % bei den psychisch kranken Klienten sowie einem Anteil von durchschnittlich 11 % bei den Suchtkranken wurden die Klienten durch Hausbesuche erreicht.

Bei den psychisch kranken Klienten hat dieses Verhältnis zwischen Beratungsgesprächen und aufsuchender Tätigkeit unter Umständen mit dem Krankheitsbild zu tun. Dabei spielen fehlende Krankheitseinsicht und Symptome wie Antriebslosigkeit und Wahnvorstellungen eine Rolle. Suchtkranken ist ein Hausbesuch oft unangenehm. Das kann zum einen daran liegen, dass die Familie nichts vom Suchtverhalten desjenigen weiß oder dass zum anderen der Klient keinen Einblick in seine Wohnverhältnisse geben möchte.



### 2.3.2.2.8. Klientengruppen nach Häufigkeit der Beratung

Das Kriterium Häufigkeit der Beratung gibt an, wie viele Kontakte bezüglich eines Klienten im Berichtsjahr getätigt worden sind. Zu den Kontakten zählen dabei nicht nur jene, die im direkten Kontakt mit dem Klienten geschahen, sondern auch solche, die durch den Sozialpsychiatrischen Dienst für den Klienten, jedoch ohne dessen Beteiligung getätigt wurden.

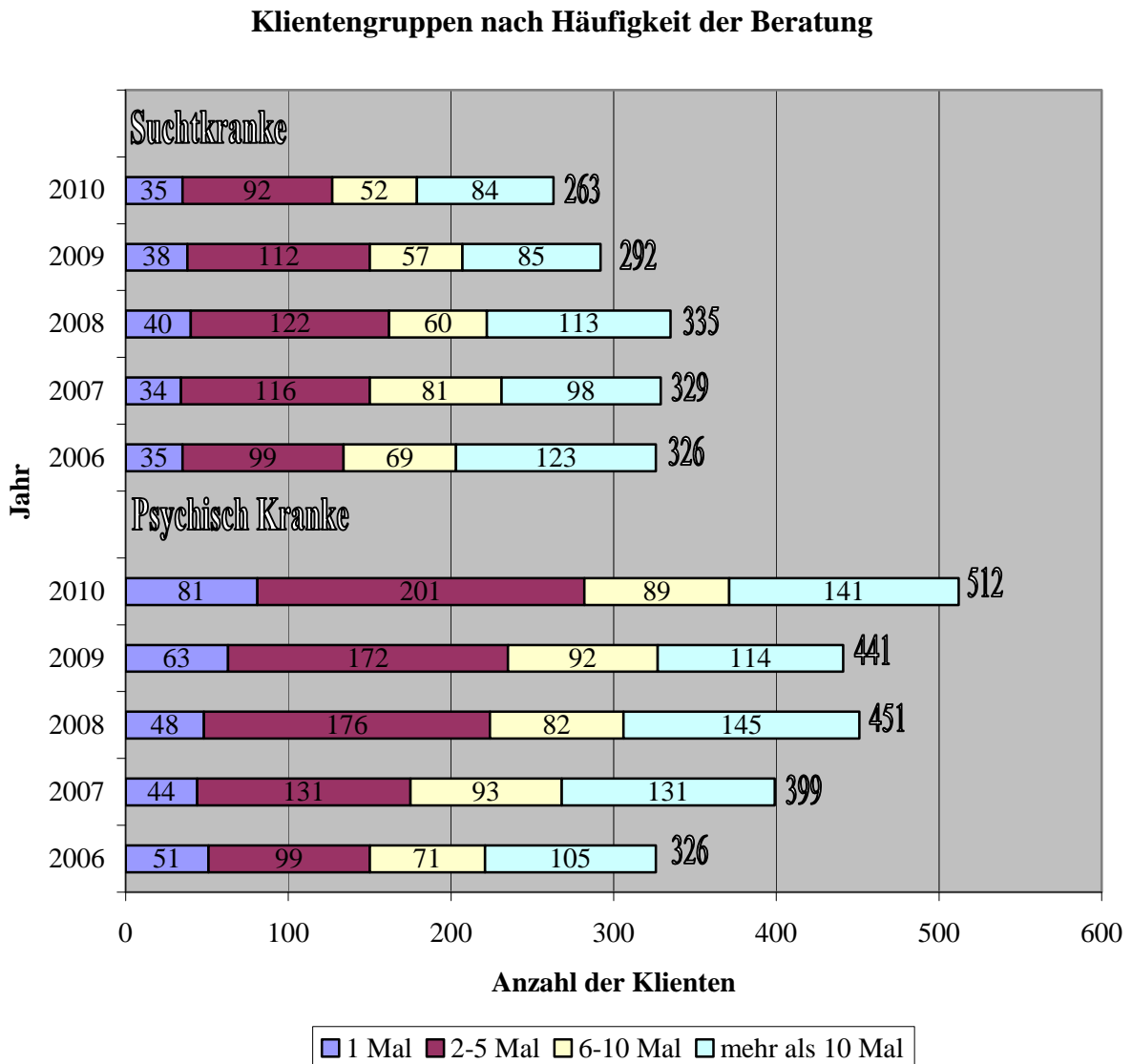


Abbildung 14c: Klientengruppen nach Häufigkeit der Beratung

Den geringsten Anteil machte in der Klientengruppe Psychisch Kranke (durchschnittlich 14 %) und in der Klientengruppe Suchtkranke (durchschnittlich 12 %) die einmalige Beratung aus. Die Maxima der Psychisch Kranken (durchschnittlich 36 %) und der Suchtkranken (durchschnittlich 35 %) nahmen zwei bis fünf Kontakte in Anspruch. Dabei stieg der prozentuale Anteil dieses Kriteriums in den Berichtsjahren bei den psychisch kranken Klienten um 8,9 % und

bei den suchtkranken Klienten um 4,6 % an.

Bei den sechs- bis zehnmaligen Beratungen lag der durchschnittliche Anteil in beiden Klientengruppen zwischen 20 % und 21 %.

Der Anteil der Klienten, deren Kontaktanzahl größer als zehn war, ging in beiden Klientengruppen um rund 5 % zurück und betrug im letzten Berichtsjahr 27,5 % bei den psychisch kranken und 31,9 % bei den suchtkranken Klienten.

Der Sozialpsychiatrische Dienst übernahm immer häufiger eine Position als Vermittler, das heißt, dass er den Klienten bei der Kontaktaufnahme zur für ihn angezeigten medizinischen oder beraterischen Institution unterstützte und ihn bei Bedarf zum dortigen Erstkontakt begleitete.

### **2.3.3. Vorläufige Einweisungen nach dem Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt**

Gemäß § 15 des Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) „[...] kann die Verwaltungsbehörde den Betroffenen längstens bis zum Ablauf des folgenden Tages vorläufig in den geschlossenen Teil eines Krankenhauses einweisen, wenn ein ärztliches Zeugnis über eine Befund vorliegt, nach dem die Voraussetzungen der Unterbringung nach § 13 vorliegen, und wenn der Befund frühestens am Tage vor der vorläufigen Einweisung erhoben worden ist“.

Gemäß § 13 PsychKG LSA ist eine Unterbringung „[...] nur zulässig, wenn und solange

1. die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht, daß der Betroffene sich infolge einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1 schwerwiegende gesundheitliche Schäden zufügt, oder
2. das durch die Krankheit, Störung oder Behinderung bedingte Verhalten des Betroffenen aus anderen Gründen eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung darstellt, und die Gefahr auf andere Weise nicht abgewendet werden kann“.

Häufig haben die Klienten keine Krankheitseinsicht. In diesen Situationen fordern Bürger und Angehörige vom Sozialpsychiatrischen Dienst, den Klienten in eine medizinische Einrichtung zur Therapie zu bringen. Diese hohen Erwartungen kann der Sozialpsychiatrische Dienst nicht erfüllen. Die Mitarbeiter können zunächst versuchen, Kontakt zu ihm herzustellen, um ihn dann zur Inanspruchnahme angezeigter medizinischer Maßnahmen zu motivieren.

Geht in einer Akutsituation vom Klienten eine Eigen- und/oder Fremdgefährdung aus, kann der

Klient vorläufig nach PsychKG LSA in den geschlossenen Teil eines Krankenhauses eingewiesen werden. Ist die Gefahr am Folgetag nicht mehr vorhanden und der Klient nicht mit einer weiteren stationären Behandlung einverstanden, muss er wieder entlassen werden. In diesen Situationen ist es notwendig, dass der Sozialpsychiatrische Dienst im familiären Umfeld des Betroffenen Verständnis für dessen gesundheitliche Situation weckt sowie deren Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Behebung seiner Schwierigkeiten fördert und erhält. Oft ist der Sozialpsychiatrische Dienst daher nicht nur mit der Betreuung des Klienten sondern des gesamten Umfeldes beschäftigt.

**Vorläufige Einweisungen nach PsychKG LSA**

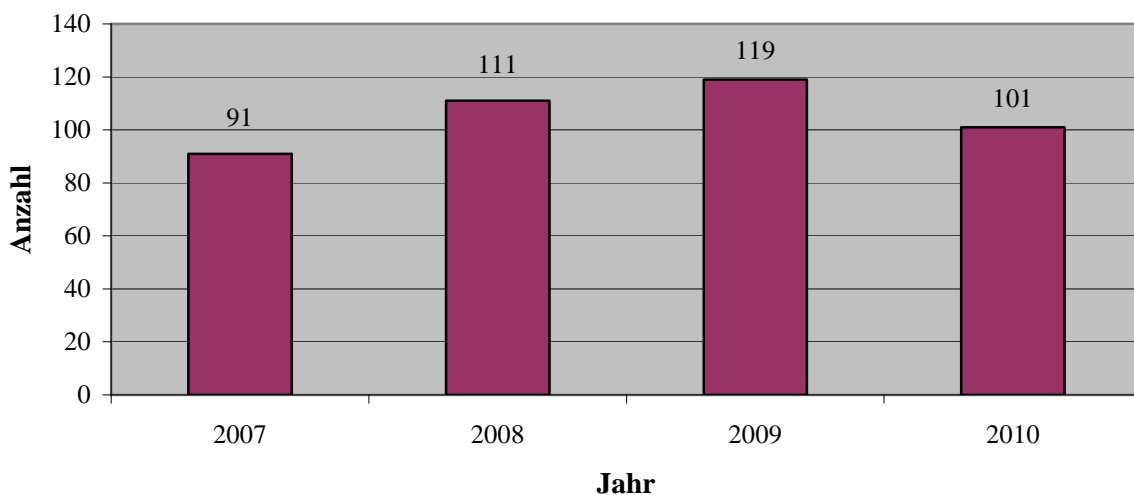


Abbildung 15c: Vorläufige Einweisungen nach PsychKG LSA<sup>10</sup>

Die Anzahl der vorläufigen Einweisungen nach PsychKG LSA stieg in den Jahren 2007 bis 2009 um insgesamt 30,8 % an, um im letzten Berichtsjahr um 15,1 % zu sinken. Werden das erste und letzte Berichtsjahr verglichen, war ein Anstieg der vorläufigen Einweisungen um 11,0 % zu verzeichnen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst wurde bei Betroffenen, für die kein Betreuer gerichtlich bestellt war, vom Ordnungsamt über die vorläufige Einweisung informiert. Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes war es an dieser Stelle zunächst einmal, den Betroffenen über die Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung zu informieren und diese anzubieten.

<sup>10</sup> Ordnungsamt des Landkreises Stendal.

#### **2.3.4. Ein besonderes Ereignis in der Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes**

Im Dezember 2002 wandte sich eine Klientin mit einem Brief an das Sozialamt, in dem sie ihre Situation wie folgt schilderte.

Psychische Probleme hätten sie fast in den Tod getrieben. Die Probleme seien durch zehnjährige Arbeitslosigkeit, Kündigung nach dreimonatiger Maßnahme, Machtmissbrauch und Mobbing entstanden. Sie habe kein Geld und keine Miete bezahlt. Sie leide unter starken Depressionen, Angstzuständen und verschiedenen körperlichen Beschwerden und wolle nicht mehr leben. Sie habe keine Angehörigen. Dadurch dass sie nichts zu essen hätte, sei sie unfreiwillig in Hungerstreik getreten. In ihrem Schreiben bat sie um Hilfe.

Das Sozialamt informierte den Sozialpsychiatrischen Dienst über die Situation der Klientin und ergänzte, dass eine Räumungsklage anhängig ist.

Beim Hausbesuch stellte sich heraus, dass sie den Antrag auf Arbeitslosengeld aufgrund der Angst vor der Agentur für Arbeit nicht ausgefüllt und abgegeben hatte. Ein gemeinsamer Besuch in der Agentur für Arbeit brachte Einblicke in die Denkweise der dortigen Mitarbeiter. Sie gingen davon aus, dass jemand, der so lange ohne Leistungen auskommt, nicht bedürftig ist. Dem Sozialpsychiatrischen Dienst war es möglich, diese Situation zu klären. Die Klientin erhielt einen Scheck sowie die Nachzahlung der Leistungen aufgrund ihrer Situation. Es folgten die Begleitung zur Sparkasse und zum Vermieter.

Im Januar 2003 gelang nach einem Fehlbesuch ein erneuter Hausbesuch. Die Klientin hatte die Nachzahlung von der Agentur für Arbeit erhalten und wurde zur Bundesversicherungsanstalt für Arbeit (heute: Deutsche Rentenversicherung) begleitet.

Im Februar 2003 wurde die Klientin einmal und im März 2003 zweimal nicht angetroffen. In beiden Monaten wurden Nachrichten hinterlassen, auf die sie jedoch nicht reagierte.

Im letztgenannten Monat konnte dann ein Hausbesuch durchgeführt werden. Die Klientin gab an zurechtzukommen. Sie habe oftmals noch viel Angst, wolle aber keine Ärzte aufsuchen.

Im Juni 2003 konnte die Klientin nicht erreicht werden.

Im Juli 2003 fand nach zwei Fehlbesuchen ein Gespräch statt, in dem sie mitteilte, dass es ihr gut gehe. Kurz darauf informierte der Vermieter der Klientin den Sozialpsychiatrischen Dienst, dass die Mieterin schon einige Tage nicht gesehen worden sei. Die Klientin lehnte einen weiteren Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst ab und signalisierte, dass sie allein zurechtkommt.

Im März 2005 trat der Vermieter erneut an den Sozialpsychiatrischen Dienst heran. Die Mieterin sei mit zwei Monatsmieten im Rückstand und verhalte sich merkwürdig. Sie sei sicher krank. Es wurde ein Hausbesuch angemeldet, die Klientin aber nicht angetroffen. Im Mai 2008 informierte

der Vermieter darüber, dass die Miete nicht bezahlt wird und der Keller der Mieterin „massiv verkrant“ sei. Die Klientin lehnte weiterhin, auch nach schriftlicher Anmeldung, den Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst sowie eine gerichtlich bestellte Betreuung ab.

Im Februar 2009 meldete sich der Vermieter wieder. Zu diesem Zeitpunkt wurde zwar die Miete bezahlt, aber der Keller platze aus allen Nähten. Es herrsche dort Unordnung. Die Mieterin lasse sich im Haus kaum sehen. Die Klientin wurde zum Beratungsgespräch in eine Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes eingeladen. Sie sagte diesen Termin schriftlich ab und gab an, sich drei Wochen später melden zu wollen.

Im März 2009 sagte sie erneut schriftlich ab. Sie müsse Kurzreisen nachholen und wolle in drei Wochen in die Beratungsstelle kommen.

Im April 2009 sagte sie wegen Krankheit schriftlich ab. Sie sei zur Zeit nicht in ihrer Wohnung. Es wurde ein Hausbesuch an einem Termin im Folgemonat angemeldet.

Im Mai 2009 erhielt der Sozialpsychiatrische Dienst einen Brief von der Klientin. Sie sei verärgert und denke, dass sie als Lügnerin hingestellt werde. Sie teilte mit, dass sie das Vertrauen zur Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes verloren habe. Sie wünsche deshalb vorläufig kein persönliches Gespräch mit ihr. Sie glaube nicht, dass sie ihr helfen könne.

Im Juni 2010 erhielt der Sozialpsychiatrische Dienst von der Betreuungsbehörde die Information, dass für die Klientin durch den Vermieter eine Betreuung angeregt worden ist. Laut seinen Aussagen verwahrlasse sie in ihrer Wohnung und brauche Hilfe. Bei einem gemeinsamen Fehlbesuch wurde ein Zettel an der Haustür mit der Information, dass sie verreist sei, vorgefunden. Der Vermieter teilte dem Sozialpsychiatrischen Dienst mit, dass er der Mieterin eine fristlose Kündigung mit Hinweis auf eine Zwangsräumung zugestellt hatte.

Im September 2010 erschien die Klientin zur Begutachtung im Rahmen der Betreuungssache in der Beratungsstelle. Nachfolgend wurde eine Betreuung durch das Amtsgericht bestellt.

Im November 2010 erfolgte ein erneuter Fehlbesuch zusammen mit der Betreuungsbehörde, als die Klientin bezüglich eines Betreuerwechsels angehört werden sollte. Der Betreuerwechsel wurde schlussendlich nach Aktenlage beschlossen.

Im Januar 2011 wurde die Klientin schriftlich in die Beratungsstelle eingeladen. Sie sagte schriftlich zu, erschien aber nicht zum Termin. Es folgte eine erneute schriftliche Einladung, die zu keinem Ergebnis führte. Die Betreuung wurde in diesem Monat vom Amtsgericht aufgehoben.

Im Februar 2011 teilte das Ordnungsamt dem Sozialpsychiatrischen Dienst den Termin der Zwangsräumung mit. Die Mitarbeiterin war während der Zwangsräumung anwesend. Die Wohnung der Klientin war völlig vermüllt. Die Klientin erhielt ein möbliertes Zimmer in einer

Gemeinschaftsunterkunft. Sie wird weiter durch den Sozialpsychiatrischen Dienst begleitet, lehnte aber eine gerichtlich bestellte Betreuung und den Besuch beim Hausarzt ab.

Fazit:

Alle Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes erfordern die Bereitschaft des Klienten. Schutzmaßnahmen wie die vorläufige Einweisung nach PsychKG LSA sind nur bei vom Klienten ausgehender akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung möglich. Infolgedessen können die Mitarbeiter nur immer wieder die Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes vorstellen und dem Klienten Hilfe und Unterstützung anbieten. Die Ablehnung der Angebote muss akzeptiert und respektiert werden.

Im vorliegenden Fall bestand zu keiner Zeit eine akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung, so dass von einer vorläufigen Einweisung nach PsychKG LSA abzusehen war. Trotz über die Jahre erfolgten Ablehnens der Hilfsangebote, versuchte der Sozialpsychiatrische Dienst immer wieder von Neuem, den Kontakt zur Klientin herzustellen und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, was jedoch bis zum Zusammenbruch ihrer Lebenssituation erfolglos blieb.

### **3. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft des Landkreises Stendal**

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des Landkreises Stendal ist ein Zusammenschluss von Einrichtungen, Verbänden, Behörden und Personen, die sich an der Versorgung von psychisch Kranken, Suchtkranken und geistig und seelisch behinderten Menschen beteiligen und gemeinsam das Ziel verfolgen, die medizinische und komplementäre Versorgung dieses Personenkreises zu verbessern.

Die Geschäftsstelle ist das Gesundheitsamt. Die Aufgaben werden durch die Amtsärztin und die seit Mai 2010 im Gesundheitsamt tätige Psychiatriekoordinatorin wahrgenommen.

Die PSAG und ihre Facharbeitskreise bilden das Forum, um Möglichkeiten zur Verbesserung der gemeindepsychiatrischen Versorgung im Landkreis Stendal zu erkunden, Pläne zu erörtern, Aktivitäten zu koordinieren, Vernetzungen anzuregen und zu fördern.

Am 19.07.2006 erfolgte die Neugründung der PSAG des Landkreises Stendal und mit ihr wurden die sechs Facharbeitskreise

- Alterspsychiatrie;
- Chronisch psychisch Kranke;
- Forensik;
- Geistig Behinderte;
- Kinder- und Jugendpsychiatrie;
- Sucht

eingerrichtet.

In den einzelnen Facharbeitskreisen sind Mitarbeiter und Angestellte aus verschiedenen stationären sowie ambulanten Einrichtungen, eingetragenen Vereinen und Fachämtern sowie Ehrenamtliche tätig, um eine möglichst enge Verknüpfung der gemeindepsychiatrischen Versorgung sicherzustellen.

Der Vorstand der PSAG traf sich nach der ersten Sitzung am 08.11.2006 durchschnittlich viermal im Jahr. Dabei wurden u.a. folgende Punkte thematisiert:

- Umsetzung der neuen Geschäftsordnung der PSAG;
- Diskussion und Beschlussfassung des Psychiatrieplanes 2008-2010;
- Beschlüsse über die Aufnahme neuer Mitglieder;
- Vorbereitungen der Mitgliederversammlungen;
- Psychiatriekoordinator;
- Suchtgefährdung bzw. Alkoholabhängigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung;
- Vorstellung des Forschungsprojektes der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) zur Bestandsaufnahme der psychosozialen Versorgungsstrukturen im Landkreis Stendal;
- Auswertungen der Protokolle der Facharbeitskreise;
- Internetbasierte Datenbank zur psychosozialen Versorgung im Landkreis Stendal in Kooperation des Gesundheitsamtes mit der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH).

Seit der Neugründung der PSAG am 19.07.06 mit der konstituierenden Abstimmung über die Mitgliedschaft in der PSAG, der Beratung und dem Beschluss über die Geschäftsordnung der PSAG sowie der Wahl des Vorstandes der PSAG fanden weitere Mitgliederversammlungen statt. Am 14.11.07 wurde der Beschluss über vorläufige Mitglieder der PSAG und über die neue Geschäftsordnung gefasst, die Tätigkeit des Vorstandes und der Facharbeitskreise ausgewertet.

In der Versammlung am 13.11.08 wurden der Rechenschaftsbericht des Vorstandes der PSAG sowie die Tätigkeitsberichte der einzelnen Facharbeitskreise thematisiert und der Vorstand der PSAG gewählt.

Am 11.05.11 legte der Vorstand seinen Rechenschaftsbericht und die Facharbeitskreise stellten ihre Tätigkeitsberichte vor. Des Weiteren wurde der neue Vorstand der PSAG gewählt.

#### Fazit:

Die PSAG ist ein unverzichtbares Gremium, um die psychiatrische Versorgung im Landkreis Stendal zu stabilisieren und zu verbessern. Aufgrund der beruflichen Vielfalt der ca. 100 Mitglieder, die in den unterschiedlichsten Bereichen der gemeindepsychiatrischen Versorgung tätig sind, ist die PSAG stets in der Nähe von Entwicklungen, Tendenzen sowie Problemen und kann dementsprechend schnell darauf reagieren. Manches kann aufgrund der kurzen Wege und der beschriebenen Vielfalt schnell und unkompliziert gelöst werden. Für anderes kann die PSAG Empfehlungen an entsprechende politische Gremien weiterleiten.

#### 4. Ausblick

Zukünftig ist es auch weiterhin von großer Bedeutung, die Bevölkerung für das Leben mit psychisch kranken Menschen, zum Beispiel mit Alzheimer-Patienten oder Depressiven, zu sensibilisieren.

Weiterhin sollte Informationsarbeit für Kinder und Jugendliche insbesondere zu Suchterkrankungen über verschiedene Ebenen geleistet werden. Das kann in staatlichen Einrichtungen wie Schulen, in betrieblichen Einrichtungen sowie in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen erfolgen.

Interessant wäre es zu erforschen, warum die Anzahl der psychisch Kranken ansteigt. Diesbezüglich könnten in Zusammenarbeit mit der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) wissenschaftliche Erhebungen durchgeführt werden. Dabei könnte u.a. thematisiert werden, wie die Arbeits- und Lebenssituation zu beeinflussen ist, so dass es nicht zu Erkrankungen und Frühberentungen kommt. Als Ergebnis könnten nachhaltige Empfehlungen wegweisend sein.

Bekanntermaßen stellt der Konsum von Alkohol oft die scheinbare Lösung bei schwerwiegenden Problemen, wie zum Beispiel eine Ehe- oder Partnerschaftskrise, Arbeitslosigkeit oder eine unbehandelte psychische Erkrankung (zum Beispiel Depression) dar. Mit Hinblick darauf wäre es interessant, die Gründe für den regelmäßigen Alkoholkonsum zu erforschen.



In den nächsten Jahren wird eine nähere Analyse der vorläufigen Einweisungen nach PsychKG LSA durch das Gesundheitsamt erfolgen, um die nachsorgende Tätigkeit zu verbessern.

In Zusammenarbeit mit der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) entsteht eine internetbasierte Datenbank, die alle Anbieter von Beratung, Behandlung und Hilfen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung des Landkreises Stendal enthält und sowohl von hilfesuchenden Bürgern und Angehörigen als auch vom professionellen Helfersystem genutzt werden kann.