



Herr Dr. Stutzinger	Niedergelassener Praktischer Arzt/KV, Arbeitsgruppe Infektionsschutz der KGK (Referent)
Frau Tautz	Schwangerenberatungsstelle Donum Vitae, Krefelder Netzwerk Schwangerennotruf (Referentin)
Herr Wolf	Schwangerenberatungsstelle der Diakonie, Krefelder Netzwerk Schwangerennotruf, PSAG-Untergruppe Krisenintervention (Referent)

**Entschuldigt/nicht anwesend:**

Frau Bauer	Pro Familia Krefeld (Referentin)
Herr Hoffmann	FDP-Fraktion Krefeld
Herr Ix	IKK Nordrhein, Krefeld
Herr Dr. Lenssen	Rettungsdienst des Fachbereichs Feuerwehr und Zivilschutz
Herr Meertz	AOK Krefeld
Frau Dr. Meyer-Drecker	Krefelder Tagesklinik für gynäkologische Operationen und pränatale Diagnostik (Referentin)
Herr Mohren	Ratsgruppe Die Linke Krefeld
Herr Olgemann	Pflegekonferenz/Fachbereich Soziales der Stadt Krefeld
Herr Poersch	Helios-Krankenhaus Hüls, Pflegedienst (Referent)

**Schriftführung:**

Frau Paas und Frau Drees	Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld, Geschäftsführung der Kommunalen Gesundheitskonferenz/Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung
-----------------------------	---

Vorab nehmen einige Teilnehmer an der Führung über das Gelände der Klinik Königshof sowie durch den Wohnbereich und ausgewählte Behandlungsbereiche teil.

Der Vorsitzende Herr Micus begrüßt die Anwesenden. Er teilt mit, dass er Dezernent im Geschäftsbereich IV Bildung und Sport sei und den Vorsitz der Gesundheitskonferenz kommissarisch innehabe, bis ein neuer Gesundheitsdezernent gefunden sei. Er dankt dem Geschäftsführer der Klinik Königshof, Herrn Novotny, und dem zukünftigen neuen ärztlichen Leiter, Herrn Dr. Stuckstede, für ihre Gastfreundschaft und die informative Klinik-Führung.

Herr Novotny heißt die Mitglieder der Gesundheitskonferenz herzlich willkommen und bittet Herrn Dr. Stuckstede, sich persönlich vorzustellen. Dieser berichtet, dass er seine Stelle offiziell am 01.01.2011 antreten werde. Er sei zunächst langjähriger ärztlicher Leiter des ehemaligen Neusser Alexius-Krankenhauses gewesen und habe nach der Fusion der beiden psychiatrischen Neusser Krankenhäuser im Jahr 2004 den Bereich der Ambulanzen der Neusser St. Augustinus-Kliniken übernommen.

Dann informiert er über die Klinik Königshof: Diese weise aktuell 145 Planbetten auf, davon 17 teilstationäre und 20 neurologische. Die durchschnittliche Verweildauer der

Patientinnen und Patienten liege bei ca. 20 Tagen, die Patienten-Fallzahl bei 2327, der Anteil der neurologischen Patienten liege bei über 500. Die Klinik beschäftige 185 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und biete die Behandlungsschwerpunkte Allgemeinpsychiatrie, Neurologie, Gerontopsychiatrie und Suchterkrankungen an. In der Allgemeinpsychiatrie wiesen die meisten Patienten die Diagnose Depression/Angst auf, dieser folgten die Diagnosen bipolare Störungen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Herr Dr. Stuckstede weist auch auf die türkische Ambulanz und russische Ambulanz hin und berichtet, dass sich das Haus auch um Offenheit bemühe, indem es der Öffentlichkeit immer wieder kulturelle Angebote (Ausstellungen, Konzerte) und Schulungen anbiete.

Herr Micus eröffnet mit Hinweis auf die ausliegenden Tischvorlagen die Tagesordnung, nachdem er darauf hingewiesen hat, dass die Referentin zu TOP 3.2 erkrankt ist.

### **Zu TOP 1 – Genehmigung der Niederschrift:**

Die Niederschrift der 21. Gesundheitskonferenz wird genehmigt.

### **Zu TOP 2 – Eingänge und Mitteilungen:**

%

### **Zu TOP 3 – Schwangerenberatung**

#### **Zu TOP 3.1 – Vorstellung des Schwangerennotrufs:**

Die anwesenden Vertreter der Krefelder Schwangerschaftsberatungsstellen Frau Heimes, Frau Tautz und Herr Wolf stellen sich vor und entschuldigen ihre erkrankte Mitreferentin Frau Bauer. Herr Wolf berichtet, dass der Oberbürgermeister bereits im Jahr 2005 ein Expertengremium eingerichtet habe, das sich einhellig gegen eine Babyklappe und für einen speziellen entsprechenden Notruf ausgesprochen habe, wobei die Umsetzung damals an den geschätzten Kosten von jährlich 350.000 € aber gescheitert sei.

Daraufhin hätten die Schwangerschaftsberatungsstellen nach einer erneuten Kindesaussetzung in Krefeld im Jahr 2007 selber nach einer Lösung gesucht. Anhand einer gemeinsam erarbeiteten Powerpoint-Präsentation, welche die Referenten nach ihrem Vortrag als Tischvorlage an die Mitglieder verteilen, geben die Referenten nun Informationen über den Schwangerennotruf (die Unterlagen können bei Bedarf bei der Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz angefordert werden).

Der Präsentation können Informationen entnommen werden zu

- der Vorgeschichte des Schwangerennotrufs,
- dem Konzept und den Strukturen,
- den 3 Säulen – in der Theorie,
- den 3 Säulen - in der Praxis,
- dem Dienstplan,
- der Dokumentation,
- dem Werbemittel: Plakate,
- dem Werbemittel: Flyer,
- Praxiserfahrungen – mit dem Blick nach „außen“,
- Praxiserfahrungen – mit dem Blick nach „innen“,
- einigen Zahlen,

- den Initiatoren.

Zusammengefasst berichtet Herr Wolf, dass der Schwangerennotruf eine Initiative sei der vier Fachberatungsstellen donum vitae, pro Familia, Schwangerenberatung der Diakonie und der Beratungsstelle Rat und Hilfe der Katholischen Kirche sowie der Krefelder Krisenhilfe der Alexianer Krefeld GmbH und der Telefonseelsorge. Der am 01.08.2007 in Betrieb genommene Schwangerennotruf stelle keine neue Einrichtung dar, sondern ein Vernetzungsprojekt, das ohne bürokratischen Ballast und ohne größere finanzielle und personelle Mittel auskomme.

Unter der zentralen Telefonnummer 02151 / 6 53 52 51 sei durch einen gemeinsam abgestimmten Dienstplan eine direkte Erreichbarkeit, rund um die Uhr, gegeben. Die an die speziell eingerichtete E-Mail-Adresse - [sos@schwangerennotruf-krefeld.de](mailto:sos@schwangerennotruf-krefeld.de) gesandten E-Mails würden innerhalb weniger Stunden beantwortet. Frau Heimes betont, dass es mit dem Schwangerennotruf gelungen sei, ein extrem niedrigschwelliges Angebot sowohl für schwangere Mädchen und Frauen in Konfliktsituationen als auch deren Bezugspersonen, Angehörige und Kontaktpersonen zu implementieren, um unbetreute Geburten, panikhafte Kindesaussetzungen und -tötungen durch unterlassene Versorgung verhindern zu helfen. Viele dieser schwangeren Mädchen und Frauen würden die Wahrnehmung ihrer Schwangerschaft vor sich selbst und/oder ihrem sozialen Umfeld verbergen bzw. hätten keine/n private/n Ansprechpartner/in für ihre als ausweglos empfundene und überfordernd erlebte Notlage. Die Beratung erfolge gesetzlich abgesichert vertraulich und auf Wunsch auch anonym.

Die Projektentwicklung und Koordination würden von der Leiterinnen und Leitern der beteiligten Einrichtungen unentgeltlich geleistet. Kosten entstünden einzig für den Einsatz zusätzlicher geschulter Honorarkräfte bei der Krefelder Krisenhilfe und für die Werbung. Diese würden dauerhaft in Höhe von 20.000 € jährlich von der Stadt Krefeld getragen. Seitens der Stadt sei der Sozial- und Gesundheitsausschuss federführend.

Frau Tautz berichtet, dass der Schwangerennotruf effektiv und reibungslos funktioniere, unterstützt durch eine bereit angelegte Werbung in der Alltagsumgebung der Zielgruppen, die durch die Werbeagentur Lohmann & friends kostengünstig möglich sei. Mit der Werbung sollen nicht nur Betroffene erreicht werden, sondern auch Bezugspersonen sensibilisiert werden. Herr Wolf ergänzt, dass die Inanspruchnahme des Schwangerennotrufes den Erwartungen entspreche und abhängig von der Intensität der Werbemaßnahmen sei. Pro Monat nähmen gut acht Ratsuchende telefonisch Kontakt mit dem Notruf auf, je zur Hälfte über die Fachberatungsstellen (während der normalen Dienstzeit) und die Telefonseelsorge/Krisenhilfe (nachts und am Wochenende). Das höre sich nach einer geringen Anzahl an, aber bei den Kontakten handele es sich um „die richtigen“. Fast 10% der Anrufer/innen gehörten zu der wichtigsten Zielgruppe: Sie hätten sich in einer „subjektiv ausweglosen Lage“, die sich leicht weiter zu einer „Kurzschlusshandlung „ hätte zuspitzen können. Natürlich gebe es auch viele Scherzanrufe, zumindest aber sei den meist jungen Anrufern dadurch aber die Existenz eines solchen Angebotes bekannt. Die Website werde ca. 200 Mal pro Monat besucht.

Anschließend weist Herr Wolf darauf hin, dass es sich um ein in der BRD einzigartiges Projekt handele, zu dem die Initiatoren schon viele Anfragen aus anderen Städten erhalten hätten.

Herr Micus dankt den Vortragenden und bittet um Fragen. Frau Schnell möchte bzgl. des 10%-en Anteils der entscheidenden Kontakte wissen, wie die Beratung nach dem Erstkontakt weitergeht. Herr Wolf macht deutlich, dass nach der telefonischen Erstberatung eine Vermittlung der betreffenden Person in eine der Beratungsstellen bereits am nächsten Tag möglich sei. Dabei erfolge auch eine Kontaktaufnahme seitens der Beratungsstellen zu den Mädchen bzw. Frauen, wenn erforderlich sogar täglich. Frau Tautz ergänzt, dass die Berater/innen in einer Krisensituation bei Bedarf auch die Ratsuchende aufsuchten. Frau Hillmann erkundigt sich nach der Quote der männlichen Anrufer und erhält die Antwort, dass diese bei 15% bis 20% liege. Herr Hahn bittet um Auskunft, ob die Beraterinnen auch in den Schulen präsent seien. Frau Heimes verweist auf die sexualpädagogische Arbeit der Fachberatungsstellen, die als ein Schwerpunkt der Beratungsarbeit sowieso in den Schulen für die Zielgruppe der Kinder ab 12 Jahren stattfindet. In diesem Zusammenhang werde auf das Angebot des Schwangerennotrufes hingewiesen.

Herr Renner fragt nach dem Sachstand des Ellen-Projektes, das bereits im Sozial- und Gesundheitsausschuss vorgestellt worden sei. Dazu erläutert Frau Heimes, die dieses durchführt, dass ca. 150 Schüler/innen pro Jahr in 20 bis 25 Klassen die Möglichkeit nutzen, mithilfe dieses Projektes mit babyähnlichen, computergesteuerten Puppen Elternschaft zu üben (Ellen = Elternschaft lernen). Das Interesse sei groß, das Projekt werde gut angekommen, sei aber unterfinanziert. Herr Micus teilt mit, dass Frau Heimes dieses Projekt auch beim Jahresgespräch der Schulleiter/innen aller Schulen vorgestellt hat.

Herr Wolf bittet abschließend den Vorsitzenden, ihm die Gelegenheit zu geben, aus aktuellem Anlass die gemeinsame Haltung der Schwangerschaftsberatungsstellen zum Thema Babyklappe zu präsentieren.

### **Zu TOP 3.2 (geändert) – Position der Projektgruppe Schwangerennotruf bzgl. einer Babyklappe:**

Da die Referentin zum ursprünglich an dieser Stelle vorgesehenen Thema – Vorstellung der Krefelder Tagesklinik für gynäkologische Operationen und pränatale Diagnostik - verhindert ist und der Vortrag ausfalle, beschließt der Vorsitzende, das Thema „Babyklappe“ als Tagesordnungspunkt 3.2 hier zu behandeln. (Der Vortrag von Frau Dr. Meyer-Drecker ist für eine der nächsten Gesundheitskonferenzen vorgesehen.)

Herr Wolf führt aus, dass das Helios-Klinikum Krefeld im vergangenen Jahr zu einem nicht öffentlichen Runden Tisch mit Experten eingeladen und darüber informiert habe, dass es beabsichtige, eine Babyklappe und die Möglichkeit anonymer Geburten anzubieten. Er verteilt als Tischvorlage die Stellungnahme „Babykorb und anonyme Geburt“ der Projektgruppe Schwangerennotruf Krefeld zur möglichen Einrichtung dieser Angebote im Helios Klinikum Krefeld. (Diese kann bei Bedarf bei der Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz angefordert werden.) Daraus gehe hervor, dass die am Positionspapier Beteiligten als entscheidende Maßstäbe in ihren seit Jahren ergebnisoffenen Diskussionen herangezogen hätten, ob Babyklappe und anonyme Geburt die Interessen aller Beteiligten tatsächlich berücksichtigten. Schützen sie Leben oder Gesundheit von Mutter und Kind besser als andere Angebote, indem sie gerade diejenigen Schwangeren erreichen, die das bestehende Hilfesystem nicht in Anspruch nehmen und die ohne Babyklappe oder anonyme Geburt eine Kindesaussetzung oder Kindestötung begehen könnten, verhindern sie also tatsächlich Kindestötungen wirksam?

Nach diesen Maßstäben seien die Schwangerschaftsberatungsstellen, die Krisenhilfe und die Telefonseelsorge zu eindeutigen Ergebnissen gekommen. So berücksichtigten die Angebote Babyklappe und anonyme Geburt viele wichtige Interessen nicht: Sie stellten zwar eine eindimensional medizinisch-somatische, aber keine umfassende sozialpräventive Lösung dar. Alle Gesetzesinitiativen zu einer generellen Legalisierung anonymer Geburten seien gescheitert, weil diese den komplexen individuellen Situationen mit jeweils mehreren Betroffenen mit unterschiedlichen Rechten und Anliegen nicht gerecht würde. Daher bewegten sich solche Angebote in Deutschland nach wie vor in einer Zone rechtlicher Unklarheit bis eindeutiger Rechtswidrigkeit und würden von den Strafverfolgungsbehörden bestenfalls geduldet. Dazu komme, dass die anonyme Geburt und anonyme Abgabe von Kindern insbesondere dem durch Grundgesetz und UN-Kinderrechtskonvention garantierten Persönlichkeitsrecht des Kindes und seinem Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung – was eine wichtige Voraussetzung für die seelische Gesundheit darstelle - widersprächen. Die Adoptionsforschung habe psychische Schäden entsprechender Kinder nachgewiesen. In Frankreich, wo anonyme Geburten seit 1941 legalisiert seien, gebe es daher eine zunehmende gesellschaftliche Bewegung gegen diesen Weg, vor allem getragen von den rund 400.000 anonym geborenen Kindern.

Die Lösungen mittels Babyklappe und anonymer Geburt seien zudem für eine Mutter nur scheinbar „problemlos“, da diese möglicherweise mit ihrem Trauma der anonymen Kindesweggabe auf Dauer alleine und unversorgt bleibe. Herr Wolf berichtet weiter, dass das Angebot einer Babyklappe und anonymen Geburt die Zielgruppe der „Kindesaussetzerinnen und Kindestöterinnen“ nicht erreiche, dass Vieles dafür spreche, dass die anonym geborenen oder einer Babyklappe anvertrauten Kinder nicht von Kindstötung bedroht gewesen seien, sondern ohne diese Angebote in der Regel zur Adoption freigegeben worden wären. Diese Einschätzung sei u.a. in der Expertenanhörung des Deutschen Ethikrates am 23.10.2008 eindeutig bestätigt worden. Frau Nöthen-Schürmann, Polizei Krefeld, bestätigt diese Auffassung ebenfalls.

Die 93 Babyklappen in Deutschland (23 davon verbunden mit dem Angebot der anonymen Geburt, eine mit der vertraulichen Geburt, Stand 3/2009) hätten nicht zu einer Senkung der Kindesaussetzungen oder -tötungen geführt, weder bundesweit noch an ihren jeweiligen Standorten.

Herr Wolf weist darauf hin, dass es keine gesicherten psychologischen oder soziologischen Erkenntnisse über einen Kausalzusammenhang zwischen der Anonymität der Geburt und dem Verzicht auf Kindesaussetzung oder -tötung gibt. Fazit sei, dass bei einer eventuellen Legalisierung mit einer weiter stark steigenden Zahl anonymer Geburten zu rechnen sei – und zwar gleichzeitig mit einer weiterhin stabil hohen Zahl an Kindesaussetzungen und -tötungen. Babyklappen hätten sich außerdem vielfach als nicht erforderlich erwiesen, wenn ein umfassendes Hilfenetzwerk und entsprechende Öffentlichkeitsarbeit vorhanden gewesen wären.

Folglich habe Krefeld sich für die bessere Alternative des unter TOP 3.1 bereits vorgestellten Schwangerennotrufes entschieden. Hier könne man den betroffenen Mädchen und Frauen in psychosozialen Notlagen sowie ihren Angehörigen und Kontaktpersonen eine gesetzlich abgesicherte Vertraulichkeit und Anonymität zusichern, mit dem Ziel, sie frühzeitig mit dem Beratungsangebot zu erreichen, und in der Hoffnung, die Schwangeren zu ermutigen, wenigstens ihrem Kind gegenüber nicht anonym zu bleiben, also zum Beispiel anstelle einer anonymen Geburt eine vertrauliche Geburt an-

zunehmen. Dabei werde Vertraulichkeit gegenüber dem sozialen Umfeld und den Behörden gewährleistet. Ein Brief der Mutter für ihr Kind werde aber so lange beim Jugendamt hinterlegt, bis es nach Vollendung seines 16. Lebensjahres auf Wunsch darauf zugreifen könne.

Das Josefhospital biete diese Möglichkeit seit Jahren an. Die Projektgruppe Schwangerennotruf würde es begrüßen, wenn das Helios-Klinikum seine Absicht aufgebe, eine Babyklappe einzurichten oder anonyme Geburten anzubieten. Das Angebot vertraulicher Geburten wäre eine gute Alternative, dieses medizinisches Angebot sollte in die in Krefeld vorhandenen psychosozialen Angebote integriert werden. Herr Wolf appelliert an die Gesundheitskonferenz, diese Position zu unterstützen.

In der anschließenden Diskussion weist Herr Dr. Stutzinger darauf hin, dass sich besonders junge, schwangere Mädchen in Notsituationen zu alt für Kinderärzte fühlen könnten und zu jung für Gynäkologen, und daher wahrscheinlich – wenn überhaupt – während ihrer Schwangerschaft eher Hausärzte konsultierten. Er begrüßt das Angebot des Schwangerennotrufes und bittet darum, die Krefelder Hausärzte mit Informationsmaterial darüber zu versorgen. Frau Hillmann dankt Herrn Wolf insbesondere für die Darstellung der Erfahrungen, die andere Städte bereits mit Babyklappen und anonymen Geburten gemacht hätten. Frau Nöthen-Schürmann teilt mit, dass sich die Polizei Krefeld ebenfalls gegen eine Babyklappe ausgesprochen habe. Abschließend positioniert sich die Gesundheitskonferenz sich gegen Babyklappe und anonyme Geburt. Herr Micus dankt dem Referenten und den Mitgliedern der Gesundheitskonferenz für die klare Positionierung.

#### **Zu TOP 4 – Vorbereitung eines Alarmierungssystems für psychosoziale Helfer nach Großschadensereignissen:**

Herr Micus dankt Herrn Wolf, der bereits seinen dritten Tagesordnungspunkt vortragen werde, diesmal gemeinsam mit Frau Nöthen-Schürmann. Herr Wolf stellt nun in seiner Funktion als Sprecher der Untergruppe (UG) „Krisenintervention der PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Krefeld) die Arbeit der dort angesiedelten Projektgruppe Vorbereitung eines Alarmierungssystems für psychosoziale Helfer nach Großschadensereignissen - abgekürzt als Projektgruppe „Netzwerk Disaster“ - anhand einer Powerpoint-Präsentation vor, die er den Teilnehmern als Tischvorlage aushändigt. (Die Unterlagen können bei Bedarf bei der Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz angefordert werden.)

Vor dem Hintergrund der weltweiten Zunahme von Großschadensereignissen hätten die Mitglieder der PSAG-UG Krisenintervention ihre Verantwortung erkannt, sich auf einen möglichen entsprechenden Ernstfall in Krefeld und Umgebung vorzubereiten. Bei einem Schadensereignis im großen Ausmaß mit sehr vielen Betroffenen sei auch das gut organisierte Netz der professionellen Ersthelfer (Polizei, Feuerwehr, Notfallseelsorger der Feuerwehr) überfordert und benötige Unterstützung von möglichst vielen weiteren krisenerfahrenen Fachleuten.

Die PSAG habe die Krefelder Polizei und die Krefelder Feuerwehr traditionell als offen für Kooperationen mit dem psychosozialen Bereich erlebt, es beständen gute Kontakte. Daher habe die UG Krisenintervention zur Vorbereitung eines Alarmierungssystems für psychosoziale Helfer nach Großschadensereignissen und zur Sicherstellung ihres Einsatzes als Krisenhelfer eine spezielle Projektgruppe gegründet.

Herr Wolf betont die Federführung der Polizei und Feuerwehr bei entsprechenden Ereignissen. Das Netzwerk „Desaster“ nehme eher einen „Platz am Zaun“ ein, um im Ernstfall zum einen an einem Sammelpunkt außerhalb des Schadensortes, aber in dessen Nähe, primär im Rahmen von Akuthilfe Orientierung und erste psychologische Hilfen zu geben, zum anderen aber auch nachsorgende Betreuung zu einem späteren Zeitpunkt anzubieten. Zielgruppen seien vor allem Angehörige von Opfern, nicht körperlich behandlungsbedürftige Betroffene und evakuierte oder stark beunruhigte Bürger/innen.

Im Jahr 2009 habe die UG Krisenintervention zunächst rund 200 potenzielle psychosoziale Helferinnen und Helfer eingeladen, die in Krefeld tätig seien und in der Nähe wohnten (Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialarbeiter und- Sozialpädagogen, Ärzte, davon viele psychotherapeutisch ausgebildet, alle krisenerfahren, Mitarbeiter von Beratungseinrichtungen, psychiatrischen Kliniken, psychotherapeutischen Praxen und des Gesundheits- und Jugendamtes). Von diesen hätten sich 77 Personen zur konkreten Vorbereitung und Mitarbeit bereiterklärt. Zu den bisherigen Netzwerktreffen seien immerhin durchschnittlich 30 bis 40 Netzwerkleiter gekommen. Alle hätten ihre Bereitschaft erklärt, sich zwei- bis dreimal jährlich an mehrstündigen Treffen (Fortbildung, Koordination) teilzunehmen und bei Bedarf im Ernstfall alarmieren zu lassen.

Frau Nöthen-Schürmann gibt einen Überblick über die bisherigen Treffen. So seien am 09.09.2009 Erfahrungsberichte bzgl. der Amokläufe in Erfurt und Winnenden besprochen worden. Am 09.12.2009 habe sie die Einsatzstrukturen von Polizei und Feuerwehr vorgestellt. Beide hätten grundsätzlich eine eigene Einsatzleitung. Im Rahmen eines Einsatzes werde eine Sortierung der Betroffenen vorgenommen (körperlich unverletzt, leicht verletzt, schwer verletzt). Die aus dem Einsatzgeschehen entlassenen, körperlich unverletzten Personen bräuchten oftmals eine Anlaufstelle direkt vor Ort. Es komme auch vor, dass sie nicht sofort psychische behandlungsbedürftige Probleme hätten, sondern diese erst zu einem späteren Zeitpunkt aufträten. Für den Fall einer Betreuung im Nachgang könnten die psychosozialen Helfer diese Menschen vorsorglich direkt mit Informationen über Anlaufstellen versorgen.

Am 24.03.2010 habe eine Netzwerk-Veranstaltung zum Schwerpunktthema Psychotraumatologie stattgefunden, am 24.11.2010 sei die „Talk down“-Methode vorgestellt worden.

Das Netzwerk „Desaster“ kooperiere mit dem PSNV-Team Niederrhein (PSNV = Psychosoziale Notfallversorgung), dem Zentrum für Psychotraumatologie der Alexianer GmbH Krefeld, Notfall-Psychotherapeuten und dem beim Oberbürgermeister angesiedelten Krisenstab.

Frau Nöthen-Schürmann erläutert auf Nachfrage kurz die Aufgaben des PSNV-Teams Niederrhein, Informationen dazu gebe es auf dessen Homepage [www.psnv-niederrhein.de](http://www.psnv-niederrhein.de).

Herr Wolf weist darauf hin, dass das Netzwerk zwar noch relativ am Anfang sei, sich aber gerüstet sehe für mögliche Praxiseinsätze. Bereits im Zusammenhang mit dem Loveparade-Unglück in Duisburg sei er nahe daran gewesen, die Helfer des Netzwerkes zu alarmieren. Da aber nur 30 Personen in Krefeld tatsächlich aktiv Hilfebedarf angezeigt hätten, hätten die Kapazitäten von Krisenhilfe und Traumatologiezentrum gerade noch ausgereicht.

Mittlerweile sei die Alarmzentrale des Netzwerkes bei der Telefonseelsorge eingerichtet. Die Telefonseelsorge betreue diese Liste mit allen Daten, die für die Alarmierung per Telefon und/oder E-Mail erforderlich seien und werde entsprechend tätig, sobald psychosoziale Helfer über die Notfallseelsorge, von Polizei oder Feuerwehr „angefordert“ würden.

Abschließend betont Herr Wolf, dass ein derartiges Netzwerk in Deutschland Seltenheitswert aufweise, wie Informationsanfragen aus anderen Städten erkennen ließen.

### **Zu TOP 5 – Patientenüberleitung in Krefeld:**

Herr Micus führt in den Tagesordnungspunkt ein und berichtet, dass die Gesundheitskonferenz von Anfang an in die Beratungen eingebunden gewesen sei. In ihrer 18. Sitzung am 22.10.2008 habe sie bereits ein positives Votum abgegeben zur Erarbeitung eines Verfahrens zur einheitlichen Patientenüberleitung in Krefeld – Berufsübergreifende Kommunikation und Kooperation an den Schnittstellen - durch die bei der Pflegekonferenz (Fachbereich Soziales, Senioren und Wohnen) angesiedelten Arbeitsgruppe Patientenüberleitung. Danach sei sie regelmäßig informiert worden. Die Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz habe in dieser Arbeitsgruppe mitgearbeitet. Die Krefelder Pflegekonferenz habe am 15.09.2010 ihr positives Votum zu dem von der AG entwickelten Verfahren der Patientenüberleitung (siehe Tischvorlage der Geschäftsstelle der Pflegekonferenz) abgegeben und das Verfahren den Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Anwendung empfohlen.

Frau Olders, Leiterin des Patientenservice-Centers des Helios-Klinikum Krefeld und Mitglied dieser Arbeitsgruppe, entschuldigt den erkrankten Herrn Poersch, Pflegedienstleiter der Helios-Klinik Hüls, und stellt die Arbeitsgruppe, deren Arbeit und die entsprechenden Ergebnisse anhand einer Powerpoint-Präsentation vor. (Die Präsentationsunterlagen können bei Bedarf bei der Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz angefordert werden.) Frau Olders berichtet über die sogenannten „Rosa Umschläge“, die seit 2004 in Krefeld einheitlich verwendet würden, um Patientenunterlagen an andere Institutionen des Gesundheitswesens weiterzuleiten. Jede Einrichtung aber habe ihre eigenen Überleitungsbögen darin versandt. Besonders die Pflege habe schon seit Jahren immer wieder den Wunsch nach einem standardisierten Patientenüberleitungsverfahren mit einheitlichen Formularen für ganz Krefeld geäußert. Dabei gehe es um die adäquate und zeitnahe Weitergabe relevanter patientenbezogener Daten, die sowohl für die Behandlung und Therapie als auch für die Pflege, Versorgung und Betreuung wichtig seien.

Bei der Erarbeitung des Patientenüberleitungsverfahrens habe man sich am entsprechenden Essener Modell orientiert, das der damalige Gesundheitsminister Laumann anderen Kommunen zur Nachahmung empfohlen hatte. Die Krefelder Patientenüberleitungsunterlagen beinhalten folgende Informationen und Bögen:

- Einleitung, in der die Entwicklung, Bedeutung und Umsetzung des Verfahrens erläutert werden,
- Formular „Erklärung zur Einführung des Standards `Patientenüberleitung in Krefeld´,
- Formular „Allgemeiner Patientenüberleitungsbogen“,
- Formular „Ärztlicher Kurzbericht“,
- Formular „Faxantwort“,
- Formular „Anlage: MRE/MRSA (Multiresistente Erreger/Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus)“,

- Formular „Anlage: Psychiatrie/Sucht“,
- Formular „Anlage: Demenz“,
- Checkliste zum Entlassmanagement.

Frau Paas informiert darüber, dass das Formular des Ärztlichen Kurzberichtes mittlerweile in die Formulareammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgenommen worden ist. Frau Olders berichtet, dass das Helios-Klinikum Krefeld und das Helios-Krankenhaus Hüls alle Patientenüberleitungs-Formulare bereits in die bestehende Krankenhaus-Software eingebunden habe und die ersten Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort mit der Umsetzung äußerst positiv seien.

Sie teilt mit, dass auch das Krefelder Hospiz gegenüber der Sprecherin der AG Patientenüberleitung Interesse an einer entsprechenden Einbindung, Vernetzung und Kooperation signalisiert habe und in die Arbeitsgruppe aufgenommen werden solle. Ein passendes Anlage-Formular für das Hospiz solle entwickelt werden.

Es folgt eine Diskussion über die Bedeutung der bereits existierenden Anlagen (Demenz, Psychiatrie/Sucht und MRE/MRSA – siehe dazu TOP 6.1), in denen besondere patientenbezogene Schwerpunkte dargestellt werden können. Die Gesundheitskonferenz dankt der Arbeitsgruppe Patientenüberleitung für die Entwicklung des einheitlichen Patientenüberleitungsverfahrens für Krefeld.

Die Gesundheitskonferenz gibt dazu ein positives Votum ab und empfiehlt den Krefelder Einrichtungen (Krankenhäusern, Arztpraxen, Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten, Reha-Einrichtungen und anderen an der Patientenüberleitung Beteiligten) dessen Anwendung.

#### **Zu TOP 6 – Schutz vor Infektionen mit dem multiresistenten Erreger MRSA**

#### **Zu TOP 6.1 – Krefelder Standard: Schutz vor Infektionen mit multiresistenten Erregern – Sektorenübergreifender Standard für Pflege, Hygiene und Behandlung am Beispiel MRSA:**

Herr Micus weist darauf hin, dass die Gesundheitskonferenz der Arbeitsgruppe Infektionsschutz bereits am 29.04.2009 den Auftrag erteilt habe, den Krefelder Standard zum Schutz vor Infektionen mit multiresistenten Erregern am Beispiel MRSA zu entwickeln. Ziele dabei gewesen seien die Harmonisierung der Umgangsweisen mit MRSA-Patienten und die Verbesserung der einrichtungsinternen und -übergreifenden Kommunikation und Information bzgl. MRSA.

Die AG habe die Gesundheitskonferenz regelmäßig über ihre Beratungen informiert und lege heute als Ergebnis den „Krefelder Standard: Schutz vor Infektionen mit multiresistenten Erregern – Sektorenübergreifender Standard für Pflege, Hygiene und Behandlung am Beispiel MRSA“ vor, der als Tischvorlage ausliege. (Der Standard kann bei Interesse bei der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz angefordert werden.) Dieser orientiere sich, wie auch schon beim Thema Patientenüberleitung, an die Empfehlungen der Essener Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz und entstand in Abstimmung mit der AG Patientenüberleitung der Pflegekonferenz. Herr Micus erinnert daran, dass die Anlage MRE/MRSA auch Teil der Patientenüberleitungsbögen ist.

Herr Dr. Stutzinger, der in der Arbeitsgruppe die Kassenärztliche Vereinigung Krefeld vertritt, nennt auch die übrigen in der Arbeitsgruppe vertretenen Einrichtungen: alle Krefelder Krankenhäuser, die Ärztekammer Krefeld, die Apothekerkammer Krefeld,

eine Krankenkasse, die Pflegeberufe (Pflegekonferenz und DRK-Schwesternschaft), der Fachbereich Gesundheit und der städtische Rettungsdienst. Nach seiner Erfahrung trage eine derartige Arbeitsgruppe hervorragend dazu, Grabenkämpfe zwischen einzelnen Einrichtungen zu verhindern und stattdessen die Kommunikation und Kooperation untereinander zu fördern. Gemeinsam sei es gelungen, den von Herrn Micus angesprochenen MRSA-Standard zu entwickeln, der nun möglichst von allen betroffenen Einrichtungen im Sinne der Patienten umgesetzt werden sollte.

Herr Dr. Stutzinger stellt im Folgenden anhand einer Powerpoint-Präsentation (die bei Bedarf angefordert werden kann) sehr anschaulich die Bedeutung von Hygiene im Zusammenhang mit multiresistenten Keimen vor. Er erläutert den Erreger MRSA und andere multiresistente Keime und deren Vorkommen unter Bezugnahme auf das Einleitungskapitel des Standards. Er thematisiert den ebenfalls im Standard beschriebenen Unterschied zwischen Besiedelung und Infektion mit derartigen Keimen. Er hält ein allgemeines Screening (ein wenig vergleichbar mit dem Mammografie-Screening) für sinnvoll. Die Niederlande hätten vorbildliche sogenannte „Search- and Destroy-Strategien“ entwickelt, um die Verbreitung derartiger Keime frühzeitig einzudämmen. Im Standard würde auf geltende Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes und des Landesinstitutes für Gesundheit und Arbeit (LIGA) für verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens hingewiesen. Der Standard beziehe sich auf Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, Rehabilitationseinrichtungen, psychiatrische Kliniken und Abteilungen, ambulante Pflegedienste, Arztpraxen, Praxen für ambulantes Operieren, ambulante Therapieeinrichtungen (Podologie, Physiotherapie, Logopädie u.a.), Krankentransportdienste und Bestattungsunternehmen.

Immer wieder betont Herr Dr. Stutzinger die Wichtigkeit der richtigen, regelmäßigen Hände-Hygiene (Desinfektion). Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern/-pfleger und Angehörige weiterer Gesundheitsfachberufe könnten dadurch nicht nur die Patienten, sondern auch sich selber vor Keimen schützen.

Herr Micus dankt dem Referenten für seine verständlichen und kurzweiligen Ausführungen. Er unterstreicht die Bedeutung der Thematik und begrüßt es, dass die Arbeitsgruppe zum einen diesen Standard für Krefeld entwickelt hat und zum anderen dazu beiträgt, Grabenkämpfe zu verhindern.

Die Gesundheitskonferenz gibt nach kurzer eingehender Diskussion ein positives Votum ab und empfiehlt den Krefelder Einrichtungen die Anwendung des „Krefelder Standards: Schutz vor Infektionen mit multiresistenten Erregern – Sektorenübergreifender Standard für Pflege, Hygiene und Behandlung am Beispiel MRSA“.

### **Zu TOP 6.2 – Sachstandsbericht zum EuSafety Health-Net – Euregionales Netzwerk für Patientensicherheit und Infektionsschutz:**

Herr Hagenräke, der Sprecher der Arbeitsgruppe Infektionsschutz, stellt anhand einer Powerpoint-Präsentation das Euregionale Netzwerk für Patientensicherheit und Infektionsschutz EuSafety Health Net vor, welches im Sommer 2010 gegründet worden ist. Seit Beginn dieses Jahres ist auch Krefeld Mitglied in diesem Netzwerk, dessen Federführung und Koordinationsstelle im Gesundheitsamt Neuss angesiedelt sind.

Er informiert darüber, dass in den nächsten fünf Jahren die Projektpartner (bislang neben Krefeld die Stadt Mönchengladbach, die Kreise Viersen und Wesel, die medizinischen Laboratorien Düsseldorf, die Akademie für Patientensicherheit und Infekti-

onsschutz der Universität Düsseldorf sowie die Gemeinschaftspraxis für Gefäßchirurgie in Mönchengladbach) einen gemeinsamen Qualitätsverbund aus Krankenhäusern, Arztpraxen, Gesundheitsämtern, Krankenkassen und anderen Akteuren der Gesundheitsbranche aufbauen wollen. Auch niederländische Einrichtungen sollen gewonnen werden.

Der Informationsaustausch und die Kooperation der Mitglieder sollen der Realisierung folgender Ziele dienen:

- der Schaffung vergleichbarer Qualitätsstandards zur Bekämpfung von Krankenhauskeimen,
- der Schulung des Gesundheitspersonals zu den Themen Hygiene und Antibiotika-Einsatz,
- der Etablierung eines grenzüberschreitenden Frühwarnsystems über besonders gefährliche Erreger.

Aktuell gehe es auch um den Vorbeugung von und den Umgang mit MRSA in den einzelnen Einrichtungen vor Ort. Angesichts der Tatsache, dass gemäß Studien jeder dritte stationäre Patient mit MRSA besiedelt ist, sei die Identifizierung von Risikopatienten prioritär. Herr Dr. Stutzinger ergänzt, dass nosokomiale Infektionen in Deutschland zu den häufigsten Todesursachen gehörten und unterstreicht erneut die Bedeutung entsprechender Netzwerke, sowohl auf kommunaler Ebene - in Form der AG Infektionsschutz - als auch auf regionaler und grenzüberschreitender Ebene in Form des von Herrn Hagenräke vorgestellten Netzwerkes.

Auf die Frage von Frau Schnell nach der MRSA-Rate erläutert Herr Dr. Binder, dass die Rate in Deutschland in den letzten Jahren von 3% auf 25% angestiegen sei. Auch die Rate der durch nosokomiale Infektionen bedingten Todesfälle habe sich erhöht. Die Ursachen dafür seien vielfältig. So würden etwa Krankheiten vielfach großzügig und zu unkritisch mit Antibiotika behandelt werden. Die mit der gestiegenen Lebenserwartung oft einhergehende Multimorbidität führe zu einer erhöhten Anfälligkeit. Auch eine verbesserte Hygiene, wie Herr Dr. Stutzinger ausführlich dargelegt habe, könne zu einer Senkung der Raten beitragen.

Herr Dr. Binder hat den Eindruck, dass manche Krankenhäuser es für unwirtschaftlich halten, ein verstärktes Augenmerk auf hygienische Aspekte zu legen. Alle Krankenhaus-Mitarbeiter/innen (Pflegerkräfte, Ärzte, das Reinigungspersonal und andere) mit Patientenkontakt müssten kontinuierlich entsprechend informiert und sensibilisiert werden. Herr Hagenräke fügt hinzu, dass ein gutes Hygienemanagement billiger sei, als wenn besiedelte Patienten immer wieder Mitpatienten ansteckten.

Herr Renner möchte wissen, was die niederländischen Krankenhäuser besser machten, deren MRSA-Rate bekanntlich viel niedriger sei. Herr Dr. Stutzinger antwortet, dass dort jeder neu aufgenommene Patient gescreent werde, was sicherlich höhere Anfangskosten verursache, aber letztendlich betriebswirtschaftlich sinnvoller sei.

Nach Herrn Hagenräke ist auch die gesetzliche Grundlage unterschiedlich. Aufgrund der recht „schwammigen“ Hygieneverordnung NRW habe das Gesundheitsamt wenig Handhabe zu agieren. Es gebe zwar viele Richtlinien, aber zu wenig konkrete gesetzliche Regelungen. Zudem setzten die Niederländer grundsätzlich viel weniger Antibiotika ein.

Frau Munsch bemängelt die fehlende Information und Aufklärung der Patienten. Herr Dr. Horn ist der Auffassung, dass einem generellen Screening eine politische Entscheidung zugrunde liegen müsste und dafür gesetzliche klare Vorgaben erforderlich seien.

Abschließend informiert Frau Paas darüber, dass die Arbeitsgruppe Infektionsschutz Fortbildungen zum Thema MRSA für verschiedene Zielgruppen (Pflegekräfte, Arzthelferinnen, Ärzte) in Kooperation mit dem EuSafety Health-Net plane. In der nächsten Gesundheitskonferenz werde darüber berichtet werden.

Herr Micus begrüßt die dargestellte kommunale und regionale Netzwerk-Arbeit und bittet darum, dass die Gesundheitskonferenz regelmäßig informiert wird.

### **Zu TOP 7 – Verschiedenes:**

Herr Dr. Horn informiert darüber, dass der Europäische Gerichtshof bereits am 17.12.2009 die nachträgliche Entfristung einer Sicherheitsverwahrung für unvereinbar mit der europäischen Menschenrechtskonvention erklärt habe. Der Deutsche Bundestag berate zurzeit den Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Rechts zur Sicherheitsverwahrung (Gesetz zur Therapie und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter) und begleitender Regelungen. Es handele sich um ein sehr komplexes Thema.

Der Entwurf sehe vor, dass bestimmte, aus der Sicherheitsverwahrung entlassene oder noch zu entlassende Personen, denen eine psychische Störung testiert werde und von denen die Gefahr weiterer Straftaten ausgehe, in eine geschlossene Therapieeinrichtung eingewiesen werden sollen. Geeignet seien danach Einrichtungen, die räumlich und organisatorisch vom Strafvollzug getrennt seien, die wegen ihrer medizinisch therapeutischen Ausrichtung eine angemessene Behandlung der psychischen Störung mit dem Ziel einer möglichst kurzen Unterbringungsdauer gewährleisten könnten und die unter Berücksichtigung therapeutischer Gesichtspunkte und der Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit eine die Untergebrachten so wenig wie möglich belastende Unterbringung zuließen.

Herr DR. Horn berichtet: sowohl die Bundesdirektorenkonferenz BDK (Verband der ärztlichen Direktoren der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie) als auch der Arbeitskreis der Chefärztinnen und –ärzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland AckPa haben aktuell aus fachlich medizinischer Sicht zu diesem Entwurf Stellungnahmen abgegeben (diese können bei Interesse bei der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz angefordert werden). Darin werde darauf aufmerksam gemacht, dass es sich bei der Personengruppe, auf die das Gesetz abziele, um Täter handele, die sicherheitsverwahrt würden, weil eine Gefährlichkeit für die Allgemeinheit und eine hohe Wiederholungsgefahr anzunehmen sei.

Diese Täter hätten aber ihre Taten nicht (!) im Zustand einer durch eine psychische Erkrankung aufgehobene oder verminderte Schuldfähigkeit begangen. Wenn dies so gewesen wäre, hätte man sie nämlich zur Sicherheitsverwahrung in einem forensisch psychiatrischen Krankenhaus untergebracht. Es sollen als nach dem Gesetzentwurf nun voll schuldfähig begutachtete und verurteilte Straftäter in Obhut einer medizinisch orientierten Einrichtung zur Behandlung psychischer Störungen gebracht werden, und zwar nicht deshalb, weil die vorhergehende Einschätzung als falsch angesehen

werde, sondern, weil die Betroffenen weiter als gefährlich gälten und man keine andere Chance mehr sehe, sie weiter in strafrechtlicher Obhut festzuhalten.

Herr Dr. Horn weist darauf hin, dass die BDK und die ACKPA dies als medizinisch nicht begründbar und unsinnig ansehen, da u.a. davon auszugehen sei, dass bei den betroffenen Personen zum Zeitpunkt der Anordnung der Sicherungsverwahrung keine Einschränkung der Schuldfähigkeit durch eine psychische Erkrankung bestand. In den Stellungnahmen würden weitere Gründe und Informationen sowie rechtliche Bedenken angeführt. Wichtig sei ihm, an dieser Stelle zu betonen, dass die Kliniken nicht dazu geeignet seien, den Sicherheitsauflagen gerecht zu werden und dass eine psychische Erkrankung nicht per se zu Straftaten führe. Zusammenfassend wehrten sich die Verbände gegen eine wissenschaftlich völlig inakzeptable „Psychiatisierung“ gefährlicher Wiederholungstäter. Man befürchte eine erneute Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und eine Konterkarierung jahrelanger Bemühungen, die Psychiatrie als gemeindeintegrierte offene und möglichst ambulante Hilfe zur Teilhabe psychisch kranker Menschen an der Gemeinschaft dazustellen. Die Unterbringung der aus der Sicherungsverwahrung entlassener oder noch zu entlassender Straftäter sei Aufgabe der Justiz und nicht der Gesundheitseinrichtungen.

Herr Dr. Horn appelliert an die Mitglieder der Gesundheitskonferenz, zeitnah in ihren Einrichtungen und in ihren Wirkungskreisen über diese Position zu informieren und sie zu unterstützen. Herr Micus bittet Herrn Dr. Horn, in einer der nächsten Gesundheitskonferenzen über die weiteren Entwicklungen zu diesem wichtigen Thema zu berichten.

#### **Zu TOP 8 – Termin der nächsten Gesundheitskonferenz:**

Die 23. Gesundheitskonferenz wird stattfinden am **Mittwoch, den 11.05.2011, 17.00 Uhr bis ca. 19.00** Uhr im Rathaus, Raum C6.