

Kommunale Gesundheitskonferenz

24. Sitzung am 07.12.2011

Raum B44, Rathaus

Vorsitz/Moderation:

Herr Visser Stadt Krefeld, Geschäftsbereichsleiter VI Umwelt,
Gesundheit, Tiefbau und Grünflächen

Anwesende Mitglieder/Stellvertreter:

Herr Dr. Binder Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld, Ärztlicher Dienst
Herr Dr. Boeck FDP-Fraktion Krefeld
Frau Pelmtier SPD-Fraktion Krefeld
Herr Hahn/Frau Neuhaus Forum Selbsthilfe Krefeld
Herr Henke Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld, Zentralbereich,
Heim- und Medizinalaufsicht
Herr Dr. Horn PSAG Krefeld/Alexianer-Krefeld GmbH, Psychiatrisch-
Psychotherapeutische Kliniken
Herr Hüllen VdEK/Barmer GEK
Herr Dr. Krausbauer Ärztekammer Rheinland, Kreisstelle Krefeld (Referent)
Herr Krüger Apothekerkammer, Kreisstelle Krefeld (Referent)
Herr Meertz AOK Krefeld
Frau Meincke CDU-Fraktion Krefeld
Herr Mohren Ratsgruppe Die Linke
Herr Noth Patientenbeschwerdestelle im Helios-Klinikum Krefeld
Frau Nottebohm Sachverständigengruppe für Behindertenfragen im DPWV
Herr Novotny ArGe der Krankenhäuser Krefeld/Klinik Königshof
Herr Olgemann Pflegekonferenz/AWO
Herr Renner Fraktion Bündnis 90/Die Grünen Krefeld
Frau Weinbörner Gleichstellungsstelle der Stadt Krefeld
Herr Wolf Evangelische Beratungsstelle für Erziehungs-, Paar und
Lebensfragen der Diakonie Krefeld, PSAG (Referent)
Herr Zange Kassenärztliche Vereinigung, Kreisstelle Krefeld
Frau Adomat Presseamt der Stadt Krefeld

Gäste:

Herr Dr. Eich Alexianer Krefeld GmbH, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen (Referent)
Herr Franke AOK Krefeld (Referent)
Frau Grechza Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld, Gesundheitsbe-
richterstattung
Frau Dr. Meyer-Drecker Krefelder Tagesklinik für gynäkologische Operationen und
pränatale Diagnostik GTK (Referentin)
Frau Meskes-Woters Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld, Gesundheitsbe-
richterstattung
Herr Dr. Rieger Niedergelassener Facharzt für Allgemein- und Arbeitsmedi-
zin, Krefeld (Referent)
Herr Schmidt Städtische Seniorenheime Krefeld gGmbH (Referent)

Herr Dr. Schwalen Alexianer GmbH Krefeld, Klinik für Kardiologie und Pneumologie des Krankenhauses Maria Hilf (Referent)

Entschuldigt/nicht anwesend:

Frau Jungbluth	Fraktion UWG Freie Wähler
Herr Hochkamer	AG der Wohlfahrtsverbände/DPWV Kreisverband Krefeld
Herr Dr. Lenssen	Rettungsdienst des Fachbereichs Feuerwehr und Zivilschutz
Herr Mertens	ArGe BKK SBK Rhein/Ruhr
Herr Schild	IKK Nordrhein, Regionaldirektion Niederrhein

Schriftführung:

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

Vor Eintritt in die Tagesordnung stellt sich der neue Vorsitzende, Herr Visser, vor. Aufgrund einer Umstrukturierung gehört der Fachbereich 53 - Gesundheit - nun zu seinem Geschäftsbereich VI – Umwelt, Gesundheit, Tiefbau und Grünflächen.

Zu TOP 1 Genehmigung der Niederschrift der 22. Sitzung am 01.12.2010:

Die Niederschrift wird genehmigt.

Zu TOP 2 Eingänge und Mitteilungen:

/

Zu TOP 3a) Das Krefelder Netzwerk Pränatalmedizin:

Die Initiatorin dieses Netzwerkes, Frau Dr. Meyer-Drecker, gibt zunächst einen Einblick in ihre Arbeit bei der Tagesklinik GTK.

Sie berichtet, dass Schwangere immer älter würden und die Anzahl der Fruchtwasseruntersuchungen und Fehlbildungsschall (in der 12. bis 14. Woche) zunehme. Entsprechende Patientinnen der GTK kämen etwa aus dem Einzugsgebiet Krefeld, Mönchengladbach, Kreis Viersen und Duisburg. Bei etwa 1.000 Patientinnen jährlich würde in der GTK ein Ultraschall gemacht. Die meisten dieser Frauen seien zunächst guter Hoffnung. 97% aller Kinder kämen auch gesund zur Welt. Auffällige Befunde gebe es hier etwa 50 pro Jahr. Schwangere Frauen, welche nach entsprechenden Untersuchungen die Nachricht erhielten, dass ihr Kind behindert sein werde, fielen häufig in ein tiefes Loch, seien verängstigt, erschreckt, traumatisiert und hätten gleichzeitig viele Fragen. In einer solchen Situation käme bei diesen Frauen nur ein Bruchteil der medizinischen Informationen überhaupt an; die Ärztin/der Arzt habe dann kaum eine Chance, die Schwangere, die sowohl dringend psychisch aufgefangen als auch umfassend mit Informationen versorgt werden müsste, überhaupt zu erreichen.

Diese Aufgaben würden die Mitglieder des neuen Netzwerkes Pränataldiagnostik Krefeld, welches sie vorstellen werde, nun gemeinsam übernehmen. (Die Vortragsunterlagen können bei Interesse bei der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz angefordert werden.) Als Tischvorlage verteilt Frau Dr. Meyer-Drecker zunächst einen Auszug aus der Broschüre dieses Netzwerkes für Krefeld (der Broschüre, in Größe des Mutterpasses, sei bereits in der letzten Gesundheitskonferenz informationshalber verteilt worden) und gibt als Anschauungsexemplar die allgemein gehaltene Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZGA „Informationsmaterial für Schwangere nach einem auffälligen Befund in der Pränataldiagnostik“ herum. Sie macht auf die Homepage ihres Netzwerkes aufmerksam - www.krefelder-netzwerk-praenatalmedizin.de, die zukünftig noch weiter ausgebaut werden solle.

Hintergrund der Netzwerkbildung seien neue Regelungen im Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten des Bundes: Seit dem Jahr 2010 regele §2a dieses Gesetzes zum einen die Beratung nach Pränataldiagnostik mit auffälligem Befund und zum anderen vor schriftlicher Feststellung der medizinischen Indikation im Sinne des §218a Strafgesetzbuch. Außerdem sei die Hinzuziehung weiterer Disziplinen zur Beratung über Gesundheitsschädigung geregelt. Die Kooperation und Vernetzung zwischen Ärzteschaft und psychosozialen Beratungsstellen werde gefördert. Der Ärztin bzw. der Arzt habe die entsprechenden schwangeren Frauen über ihren Anspruch auf weitere, vertiefende psychosoziale Beratung bei entsprechenden Schwangerschaftsberatungsstellen zu informieren, die wohnortnah, kostenfrei und in unterschiedlichen weltanschaulichen Ausrichtungen möglich sein müsse.

In dem interdisziplinären, multiprofessionellen Krefelder Netzwerk wirkten entsprechend die Bereiche Pränataldiagnostik, Humangenetik, Frauenklinik, Kinderklinik und die Beratungsstellen zusammen. Bis dato habe das Netzwerk folgende Mitglieder:

- als ambulant tätige Pränataldiagnostiker die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sie selber (Frau Dr. Meyer-Drecker), Herr Dr. Rogmanns und Frau Dr. Neuhaus,

- im Bereich der humangenetischen Beratung und medizinischen Genetik die Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Frau Behrend,

- weiter als Beratungsstellen die Evangelische Beratungsstelle für Erziehungs-, Paar- und Lebensfragen der Diakonie (Frau Finkel und Frau Weinmann), die Beratungsstelle Frauen beraten/donum vitae (Frau Tautz und Frau Benterbusch), die Beratungsstelle pro familia (Frau Bauer, Frau Dr. Böttcher, Frau Göbel) und die Beratungsstelle Rat und Hilfe des Sozialdienstes katholischer Frauen (Frau Heimes, Frau Wanders),

- aus dem Bereich der Krankenhäuser vom Helios-Klinikum Krefeld die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Prof. Dr. Friedrich), der Bereich der Pränatalmedizin (Prof. Dr. Meyer-Wittkopf), das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin (Prof. Niehues), der Bereich Neonatologie (Dr. Heister), der Bereich Kinderkardiologie (Dr. Terhoeven) und die Klinik für Kinderchirurgie und –urologie (Dr. Ungor und Frau Dr. Lawrenz).

Das Netzwerk sei offen für weitere Mitglieder aus diesen Bereichen.

Im Folgenden stellt die Referentin den Nutzen für die Patientinnen/werdende Eltern dar. Deren Versorgung mit umfassenden Informationen soll dazu beitragen, dass diese möglichst in die Lage versetzt werden, sich die Tragweite der Erkrankung/Behinderung, der eventuellen Behandlungsmöglichkeiten und der Gestaltung des eigenen Lebens mit diesem Kind vorstellen zu können. Das Netzwerk biete hier wohnortnahe und fachspezifische Betreuung.

Die Vernetzung mit dem rund um die Uhr erreichbaren Schwangerennotruf gewährleistet in Krefeld eine Terminvergabe bei einer der Schwangerschaftsberatungsstellen innerhalb von 24 Stunden. Neben der Beratung leisteten diese bei Bedarf auch Vermittlung an die Bereiche Frühförderung, Lebenshilfe sowie Behindertenverbände und böten Hilfestellung beim Ausfüllen von Antragsunterlagen für soziale Leistungen o.ä.. Eine entsprechende Beratungssituation gebe der Schwangeren einen Raum, um Gefühle und Gedanken auszudrücken könnten; Ängste und Spannungen könnten aufgefangen werden. Sie biete ihr einen neutralen Ort, um zu einer für die Zukunft tragfähigen, stimmigen Entscheidung zu gelangen. Im Rahmen des neuen Gendiagnostikgesetz 2010 seien Schwangere ebenfalls auf den o.a. Beratungsanspruch nach §2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes hinzuweisen, der vor, während und nach der pränatalen genetischen Untersuchung gelte.

Frau Dr. Meyer-Drecker teilt mit, dass Vertreter/innen von Schwangerschaftsberatungsstellen in der heutigen Gesundheitskonferenz anwesend seien und auch für Fragen zur Verfügung ständen. Auf die Frage nach der Finanzierung des Netzwerkes teilt Frau Dr. Meyer-Drecker mit, dass sich das Netzwerk durch eine Umlagefinanzierung selber trage.

Herr Visser dankt der Referentin für die ausführliche Vorstellung des Krefelder Netzwerkes-Pränatalmedizin, welches eine wichtige Arbeit leiste. Dann bittet er Herrn Wolf, mit Teil b) dieses Tagesordnungspunktes fortzufahren.

Zu TOP 3b) Vorstellung der Initiative zur Einrichtung eines kommunalen Familienplanungs-Fonds:

Vorab ergänzt Herr Wolf, als Vertreter der Diakonie ebenfalls Mitglied des soeben unter 3a) dargestellten Netzwerkes, dass das Netzwerk in Deutschland seines Wissens einzigartig sei und die Zusammenarbeit gut funktioniere.

Hinsichtlich seines folgenden Vortrages verweist er zunächst auf die (hier eingefügte) Tischvorlage der Krefelder Schwangerschaftsberatungsstellen, in deren Namen er nun hier spreche.

„Initiative zur Einrichtung eines Kommunalen Familienplanungs-Fonds:

Die Leitungen der Krefelder Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen bitten die Krefelder Gesundheitskonferenz, in ihrer Sitzung am 7.12.2011 die Initiative zur Einrichtung eines kommunalen Familienplanungs-Fonds zu unterstützen.

Anlass für diese Initiative ist die gravierende Zunahme ungewollter Schwangerschaften im ärmeren Teil der Bevölkerung, seitdem mit den sogen. Hartz-IV-Reformen die Zuschüsse zu den Kosten von Verhütungsmitteln aus der Sozialhilfe und den Krankenkassenleistungen gestrichen wurden. Obwohl die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche in den letzten Jahren gesunken ist, ist der Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen durch Frauen in materiellen Notlagen erheblich angestiegen. Auch infolge der steigenden Preise für den Lebensunterhalt hat sich die Erwartung, die Kosten für Verhütungsmittel würden aus dem rechnerisch in den Regelsätzen enthaltenen Pauschalbetrag für „Gesundheitspflege“ angespart, als unrealistisch erwiesen.

Ungewollte Schwangerschaften abzubrechen anstatt sie zu verhüten, kann aus ethischen Gründen nicht akzeptiert werden. Die Leitungen der Krefelder Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen schlagen daher vor, einen Kommunalen Familienplanungs-Fonds einzurichten. Das Beispiel einer zunehmenden Zahl anderer Kommunen und einzelner Bundesländer beweist, dass dies ein erfolgversprechender Weg ist. Er ist nach Einschätzung der Leitungen der Krefelder Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen unverzichtbar, bis durchgesetzt werden kann, dass die Übernahme der Kosten von Verhütungsmitteln wieder zur gesetzlichen Regelleistung wird.

Leistungen:

- Übernahme der tatsächlichen Kosten für die Verhütung ungewollter Schwangerschaften
- entsprechend der vom Arzt verordneten Methode

Zielgruppe:

- Frauen / Paare, die berechtigt sind, Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaketes in Anspruch zu nehmen
- Schülerinnen und Studentinnen ohne oder mit nur geringfügigem eigenem Einkommen

Finanzbedarf:

- ca. 20.-25.000 € jährlich
- Dem stehen Einsparungen bei der Kostenübernahme für Schwangerschaftsabbrüche in ähnlicher Höhe gegenüber.

Krefeld, den 17.11.2011

gez. Jan Wolf
Diakonie
Seyffardtstraße 74
47805 Krefeld

gez. Marita Tautz
donum vitae
Ostwall 108
47798 Krefeld

gez. Helga Bauer
pro familia
Mühlenstraße 42
47798 Krefeld

gez. Sabine Heimes
Rat und Hilfe
Dionysiusplatz 24
47798 Krefeld“

(Ende der Tischvorlage)

Herr Wolf informiert darüber, dass mit der Einführung von Hartz IV im Jahr 2005 die früheren regulären Zuschüsse zu den Kosten von Verhütungsmitteln der Sozialhilfe und die entsprechenden Krankenkassenleistungen für Frauen ab 21 Jahren gestrichen worden seien. Die kostenfreie Antibabypille auf Rezept gäbe es etwa seither nicht mehr.

Dass im Rahmen der im Hartz IV-Regelsatz vorgesehenen Monatspauschale „Gesundheitspflege“ von aktuell 15,64 Euro - die u.a. Medikamente bzw. Zuzahlungen in der Apotheke für verschreibungspflichtige Medikamente sowie die Praxisgebühr beinhaltet - auch Geld für eine sinnvolle Verhütung angespart werden könne, habe sich - auch angesichts der steigenden Preise für den Lebensunterhalt - praktisch als unrealistisch erwiesen. Die monatlichen Kosten für die Pille zwischen 8 € und 18 € seien oftmals nicht zu stemmen. Als Folge sei eine gravierende Zunahme ungewollter Schwangerschaften im ärmeren Teil der Bevölkerung festzustellen. Und obwohl die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche in den letzten Jahren gesunken sei, sei der Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen in materiellen Notlagen erheblich angestiegen. Die Kosten für diesen Abbruch würden – im Gegensatz zu den Kosten für die Verhütungsmittel - bei Bedürftigkeit vom Staat übernommen.

Herr Wolf informiert, dass Beratungsstellen in ganz Deutschland auf diese Problematik der Verhütungsmittel bei Bezug des Hartz IV-Regelsatzes hinweisen würden. Im Namen aller Krefelder Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen schlägt er den hier anwesenden Vertretern der Ratsfraktionen und -gruppe sowie der Verwaltung vor, dieses Thema zur eigenen Sache zu machen und zu unterstützen, dass die Übernahme der tatsächlichen Kosten für die Verhütung ungewollter Schwangerschaften entsprechend der vom Arzt verordneten Methode bei Frauen/Paaren, die berechtigt sind, Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabegesetz in Anspruch zu nehmen sowie auch bei Schülerinnen und Studentinnen ohne oder mit nur geringfügigen Einkommen, durch die Einrichtung eines kommunalen Familienplanungs-Fond gewährleistet werden kann. Man könne sich organisatorisch ein Andocken an die Servicestelle Bildung und Teilhabe der Stadt vorstellen.

Mittlerweile hätten bereits 32 Kommunen und Kreise entsprechende Fonds (darunter auch Städte mit Haushaltssicherungskonzept) eingerichtet, vier weitere seien aktuell

in Planung, um Schwangerschaftsabbrüche allein aus Armut und die damit zusammenhängenden Belastungen zu verhindern.

Herr Wolf teilt mit, dass er auch vom Oberbürgermeister Signale erhalten habe, dass dieser grundsätzlich dem Thema offen gegenüberstehe, wenn ein praktikabler Lösungsvorschlag vorliege.

Im Rahmen der anschließenden Diskussion bekräftigt Herr Wolf, dass es sich um eine Lücke in der Sozialgesetzgebung des Bundes handele. Bereits 2010 habe der Bunderrat eine bundesgesetzliche Regelung zur Übernahme der Kosten für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel zur Verhinderung von unerwünschten Schwangerschaften bei Frauen im Leistungsbezug gefordert.

Herr Wolf regt an, dass die Fraktionen dieses Thema im Sozial- und Gesundheitsausschuss beraten und bittet um eine Haltung der Gesundheitskonferenz. Herr Visser teilt mit, dass die Gesundheitskonferenz hier keine Entscheidungskompetenz habe, sondern nur fachliche Empfehlungen aussprechen könne. Er fasst zusammen, dass die Gesundheitskonferenz die Thematik inhaltlich als wichtig erachtet und sie daher die Schwangerschaftsberatungsstellen ermuntert, ihre Initiative auch noch einmal förmlich an die Fraktionen und Verwaltung mit der Bitte um Prüfung, auch hinsichtlich der Haushaltsfragen, heranzutragen. Abschließend dankt er Herrn Wolf für seine Ausführungen.

Zu TOP 4 **Schwerpunkte der Präventionsarbeit der AOK in Krefeld – Zielgruppe Kinder und Jugendliche:**

Herr Franke bezieht sich eingangs auf die gesetzlichen Grundlagen, nach denen Leistungen im Bereich der Prävention für die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verpflichtend seien. So seien gemäß §20 Abs. 1 SGB V die inhaltlichen Handlungsfelder für die Primärprävention vorgegeben. Er gibt mittels einer Powerpoint-Päsentation einen Überblick über diese - Bewegung, Ernährung, Stressabbau und Suchtprävention - und über die Zielgruppen der Präventionsaktivitäten der AOK Rheinland/Hamburg im Setting in Krefeld. Die Vortragsunterlagen könnten bei Interesse bei Frau Drees und Frau Paas angefordert werden. Darüber hinaus seien noch in § 20 a SGB V Leistungen der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung geregelt, die aber heute nicht Thema seien.

Die vielen Präventionsprojekte der AOK konzentrierten sich auf die Zielgruppen

- Kindertagesstätten (und Familienzentren),
- Grundschulen und
- weiterführende Schulen.

Viele würden in Kooperation, z.B. mit Einrichtungen des Gesundheitsbereichs, Sportvereinen, Verbänden, der Stadt, Beratungsstellen, der Welle Niederrhein, der Ärztekammer oder der Polizei, durchgeführt.

Für den Bereich der Kindertagesstätten/Familienzentren nennt er das Projekt „Tigerkids“, das sich auf Bewegung, Ernährung und - neu - Entspannung bezieht, die Projekte „Bewegte Kids“ und „KIB (Krefelder Kinder in Bewegung)“ mit dem Schwerpunkt der motopädagogischen Förderung, zum Thema Ernährung die Kochwerkstatt für die Zielgruppe Eltern und schließlich das Projekt „Mama, Papa und ich - Familiensport am Sonntag“, das 2011/2012 ausgeweitet wurde.

Bzgl. der Grundschulen stellt Herr Franke folgende Projekte vor:

- ebenso „KIB Krefelder Kinder in Bewegung“, welches 2012 neu starte,
- das seit 10 Jahren existierende Projekt „Gesund macht Schule“ mit den thematischen Schwerpunkten Bewegung, Ernährung, Sexualität für Kinder, Eltern und Lehrer/innen und
- das seit 2006 bestehende Projekte „Laufen mach Laune“.

Im Setting der weiterführenden Schulen liege der Fokus auf den Bereichen

- Suchtprävention (das in Krefeld entwickelte Projekt „Be smart - don't start“/Nichtraucher-Wettbewerb für die Klassen 6 bis 8 sowie Aufklärungsaktionen und verschiedene, auch kreative Events zum Thema Komasaufen „Power statt Promille“) und
- Bewegungsförderung (Projekte „Schulen in Bewegung“ und „Fit durch die Schule“, Förderung des Sports Jugendlicher in Verein und Schule.

Alle von ihm beschriebenen Projekte seien in seinen Unterlagen und auf den Internetseiten der AOK erläutert. Viele seien in Krefeld von Herrn Franke entwickelt worden und würden nunmehr von der AOK sogar auch überregional umgesetzt, wie Herr Meertz ergänzt. Abschließend nennt Herr Franke als Ausblick u.a. den Aufbau von weiteren Förderprogrammen für die schwächeren Kinder.

Herr Visser bekräftigt die Bedeutung von gemeinsamen, fortlaufenden Aktivitäten im Präventionsbereich und dankt Herrn Franke für seine Vorstellung der vielen Projekte in Bezug auf die wichtige Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen.

Zu TOP 5a) Gesundheitsrisiko Rauchen – Folgen von Aktiv- und Passivrauchen aus medizinischer Sicht:

Herr Dr. Schwalen beginnt seinen (Powerpoint-) Vortrag mit Fakten zum Risikofaktor Rauchen:

- Die Sterblichkeitsrate in Deutschland liegt bei weit über 150.000 Menschen/Jahr. - Etwa 70.000 sterben an den Folgen von Herz-Kreislaufkrankungen, etwa 40.000 an Lungenkrebs.
- Mehr als 3.000 Personen sterben jährlich in Deutschland an den Folgen des Passivrauchens (davon über 2.000 an koronarer Herzerkrankung und über 700 am Schlaganfall),
- Starke Raucher verkürzen ihre Lebenserwartung im Schnitt um etwa 12,3% (ca. 10 Jahre).
- Raucher sind häufiger krank und werden häufiger zu Frühinvaliden.
- In Deutschland werden etwa 150 Milliarden Zigaretten /Jahr verkauft.
- Verursacher von Raucher-Folgeerkrankungen sind etwa 3.800 nikotinbegleitende Stoffe. Die „Tabakabbrandprodukte“ der Zigarette sind die krankmachenden Faktoren des Rauchens:
- Teerprodukte gelten als Auslöser für Bronchitis und Bronchialtumore (Lungenkrebs),
- Kohlenmonoxid gilt als Auslöser von Herz-Kreislauferkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall),
- Nikotin birgt ein hohes Abhängigkeitspotenzial, beeinträchtigt die Herzfrequenz und gilt als Auslöser für Hypertonie (Bluthochdruck).

Herr Dr. Schwalen erläutert, dass Zigarettenrauch a) aus dem durch das Mundstück ein- und ausgeatmeten Hauptstromrauch und b) aus dem am Ende der Zigarette an

der Glutzone austretenden Nebenstromrauch besteht. Während der Hauptstromrauch erst bei 950°C entsteht, entsteht der Nebenstromrauch, der mehr giftige und krebserregende Stoffe freisetzt, bereits bei 500 °C. Bei weniger starken oder häufigen Zügen würden wegen unvollständiger und kühlerer Tabakverbrennung mehr Schadstoffe freigesetzt.

Passivrauch bestehe aus 20% ausgeatmetem Hauptstromrauch und 80% schwelendem Nebenstromrauch. Passivrauch sei toxischer als der vom Raucher inhalierte Hauptstrom, was Vielen nicht bekannt sei. In Gaststätten mit Raucherräumen sei die Schadstoffbelastung selbst in den Nichtraucherbereichen messbar erhöht, da Rauch aus den Raucherräumen in die angrenzenden Räume vordringe.

Tabakrauch sei gemäß der WHO (Weltgesundheitsorganisation) ein Karzinogen (Krebserzeuger) der Stufe 1 (Stufe 1: Stoffe, bei denen die krebserzeugende Wirkung bekannt ist; es gibt hinreichend Anhaltspunkte für einen Kausalzusammenhang zwischen der Exposition eines Menschen gegenüber diesem Stoff und der Entstehung von Krebs), was auch in der deutschen Gefahrstoffverordnung fixiert sei.

Was kaum jemand wisse: Es gebe keinen Grenzwert (nach unten) der Unbedenklichkeit!

Der Referent führt aus, dass in Deutschland ca. 31 Millionen Bürger ab 15 Jahren Raucher seien. Ca. 35 Millionen Erwachsene seien am Arbeitsplatz oder in der Freizeit den Schadstoffen von Tabakrauch direkt ausgesetzt. Ca. 8 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren lebten in Raucherhaushalten.

Er stellt einige Ergebnisse aus Studien des Deutschen Krebsforschungszentrums (Heidelberg, Kotzias et al. 2005 und Augustin et. Al, 2005) zur Schadstoffbelastung durch Stickoxide und Kohlenmonoxid und zum passivrauchexponierten Anteil der nichtrauchenden Bevölkerung vor. (Die kompletten umfangreichen Vortragsunterlagen können auf Wunsch in der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz eingesehen werden.)

Weiter geht er auf die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes 2007 ein, aus der auf den ersten sechs Rängen die Todesursachen liegen, welche aufgrund von Erkrankungen mit dem Tabakrauchen assoziiert sind (insgesamt 33,2%!) sind:

RANG	TODESURSACHE	ANZAHL	%
1	Chronische ischämische Herzkrankheit	76.915	9,3%
2	Akuter Myokardinfarkt	57.788	7,0%
3	Herzinsuffizienz	49.970	6,0%
4	Bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge	41.495	5,0%
5	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	26.911	3,3%
6	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	21.716	2,6%

Weltweit betrachtet wird COPD im Jahr 2030 gemäß WHO sogar die dritthäufigste Todesursache sein. Aktuell liegt die Prävalenz in Deutschland derzeit bei über 40-Jährigen bei 13%.

Herr Dr. Schwalen merkt zu den Folgen des Rauchens an (siehe auch www.rauchfrei.de/raucherkrankheiten): Frauen, die rauchen und die Pille nehmen, haben ein zehnfach erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Weiter betreffen

Herzinfarkte vor dem 40. Lebensjahr fast ausschließlich Raucher. Nichtraucher verhindert 60% der Herzinfarkte bei Männern und 75% bei Frauen. Etwa 95% der an Lungenkrebs erkrankten Erwachsenen sind Raucher. Die Chance, diese Diagnose zu überleben, liegt bei 10%.

Anschließend geht er auf die Studie aus dem Jahr 2011 zum Nichtraucherschutz im Gastgewerbe des Deutschen Krebsforschungsinstitutes DKFZ ein. Diese beziehe sich auf über 2300 gastronomische Betriebe in 10 Landeshauptstädten. Er führt aus, dass der Nichtraucherschutz in den Bundesländern seit 2007 unterschiedlich geregelt sei. Ein generelles Rauchverbot gebe es derzeit nur in Bayern und im Saarland, während in den übrigen 14 Bundesländern mehr oder weniger umfangreiche Ausnahmeregelungen existierten. Zudem sei unklar, wie die Gesetze tatsächlich in der Praxis umgesetzt würden. Herr Dr. Schwalen konstatiert, dass über 80% der Kneipen und Bars und mehr als 90% der Spielhallen nach wie vor verqualmt sind. Neben anderen Rechtsverstößen steche hervor, dass 62% derartiger Lokale, in denen man rauchen dürfe, im Eingangsbereich keinen Hinweis „Zutritt erst ab 18 Jahren“ aufwiesen. Als weitere Rechtsverstöße seien 8% der Raucherräume deutlich größer gewesen als der Nichtraucherbereich, 22% der Raucherräume hätten keine verschließbare Tür gehabt, 37% der Lokale, in denen es eine Tür gegeben hätte, hätten diese permanent geöffnet gehabt, und 55% der Raucherräume seien nicht bestimmungsgemäß ausgewiesen gewesen.

Das DKFZ habe folgendes Fazit gezogen:

“ Die Ausnahmeregelungen zum Nichtraucherschutz sind weder praktikabel noch effektiv: Sie dürfen in den meisten Bundesländern als gescheitert angesehen werden. Deutschland benötigt dringend eine einfache, umfassende und einheitliche Regelung zum Nichtraucherschutz in der Gastronomie, so wie sie bereits in vielen anderen EU-Ländern eingeführt worden ist.“

Herr Dr. Schwalen kritisiert darüber hinaus die unsachliche Stimmungsmache einer großen Boulevardzeitung gegen Bestrebungen, Nichtraucher zu schützen und gibt der Hoffnung Ausdruck, dass die Landesregierung Nordrhein-Westfalens durch die Verabschiedung eines neuen entsprechenden Gesetzes effektiven Nichtraucherschutz, auch in der Gastronomie, sicherstellen werde.

Zu TOP 5b) Was wird gegen die Sucht – Rauchen- getan?

Herr Dr. Eich, Suchtmediziner, knüpft an die Ausführungen seines Vorredners an und erläutert, wann Rauchen als Sucht-Krankheit zu bewerten sei. Nikotinabhängige Menschen seien gedanklich ständig mit der Suchtstoffzuführung beschäftigt und verspürten das starke Verlangen, Nikotin zu konsumieren, das sie in die Tat umsetzten, trotz des Wissens über die schädlichen Wirkungen. Der Kontrollverlust gehe einher mit einer Toleranzentwicklung gegenüber dem Suchtmittel, d.h. der Raucher/die Raucherin benötige immer höhere Tabakdosen, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Die Hinweise auf den Zigarettenschachteln über die schädigenden Wirkungen des Rauchens liefen dabei völlig ins Leere. Bei Verminderung oder Beendigung des Rauchens seien oft Entzugserscheinungen erkennbar. Man müsse sich darüber im Klaren sein, dass Tabakabhängigkeit eine körperliche und eine psychische Komponente habe.

Er stellt klar, dass nicht jeder, der stark oder gesundheitsschädigend Tabak konsumiere, zwangsläufig abhängig sei, genauso wenig wie jeder, der etwa regelmäßig Bier trinke, Alkoholiker sei. Interessant sei jedoch, dass Alkohol ein geringeres Abhängig-

keitspotenzial aufweise als Tabak. Herr Dr. Eich führt aus, dass die Kriterien der Diagnose „Tabakabhängigkeit“ in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD 10, Stand 2012, der Weltgesundheitsorganisation in der Rubrik „Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ zu finden seien. Seiner Meinung nach gelte dies als Anerkennung als Krankheit und impliziere somit auch eine Behandlungsbedürftigkeit. Dabei gehe es ihm um diejenigen Abhängigen, die mit dem Rauchen aufhören müssen oder wollen, es aber allein nicht schaffen. Allerdings würden die gesetzlichen Krankenkassen derzeit ambulante Angebote im Sinne von „Raucherentwöhnungskursen“ lediglich als Präventionsmaßnahmen nach § 20 SGB V bezuschussen (das sei der Paragraf, den Herr Franke in seinem Vortrag erwähnt habe), wobei die Zuschusshöhe bei 75 bis 120 Euro lege. Die Kosten einer medikamentösen Unterstützung würden nicht erstattet. Eine stationäre Raucherentwöhnung werde ebenfalls nicht finanziert. Herr Dr. Eich fordert, dass ambulante und stationäre Therapien für Raucher in den regulären Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen aufgenommen werden, analog zum Alkohol- und Drogenbereich. Er habe diese Forderung auch der Drogenbeauftragten der Bundesregierung bei ihrem Besuch kürzlich in Krefeld mit auf den Weg gegeben.

Zu ambulanten Raucherentwöhnungskursen merkt er an, dass diese zwar oft zu einer Reduktion des Rauchens führten, aber nicht zu einer Entwöhnung, da das Belohnungs- und Entspannungsverhalten häufig nicht ausreichend thematisiert werde. Moderne, kürzere Kurse nach dem Motto „In 6 Schritten rauchfrei werden“ arbeiteten z.B. in 1,5 Stunden pro Woche mit klassischem Konditionieren, Ritualen und Gewohnheiten. Oftmals herrsche bei den Betroffenen Angst vor dem Aufhören vor, und der letzte Kick fehle. Und auch der alternative Griff zur modernen E-Zigarette sei kein Zeichen von Abstinenz, da hier ja keine (notwendige) Verhaltensänderung erkennbar sei. Ambulante Kurse müssten darauf abzielen, das Verhalten des (Ex-) Rauchers bzw. der (Ex-) Raucherin nachhaltig zu verändern. Da Nikotinsucht nicht nur durch körperliche, sondern auch seelische Abhängigkeit gekennzeichnet sei, sei für die Entwöhnung professionelle Unterstützung mit kombinierten Behandlungsformen gemäß den wissenschaftlichen Erkenntnissen hilfreich. Herr Dr. Eich weist auch auf die Akupunkturbehandlung zur Entwöhnung hin, die er im Alexianer-Krankenhaus anbiete, wobei hier ebenfalls eine intensive Begleitung notwendig sei.

(Anmerkung der Geschäftsführung: weitere Informationen zum Thema siehe: Memorandum der DHS Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., „Tabakabhängigkeit behandeln!“, Hamm, 2008.)

Herr Visser spricht beiden Referenten seinen Dank aus für die umfassende Darstellung der komplexen Thematik „Rauchen“. Angesichts der anstehenden Novellierung des Nichtraucherschutzgesetzes in unserem Bundesland schlägt er vor, das Thema zu gegebener Zeit entsprechend weiter zu verfolgen.

Zu TOP 6 Neues Versorgungskonzept für Bewohner von Altenheimen durch Hausärzte und Apotheken in Krefeld:

Mittels einer Powerpointpräsentation, die bei der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz angefordert werden kann, leitet Herr Krüger seinen Teil des Vortrags ein, indem er die Ziele des neuen Versorgungskonzeptes für das seit zwei Jahren existierende Altenheim Linn nennt:

- eine bessere Betreuung der Bewohner,
- die Versorgung durch Hausärzte am Wochenende,
- die Reduktion der Krankenhauseinweisungen und

- die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Zur Struktur teilt er mit, dass das Altenheim dazu einen Versorgungsvertrag mit den zwei in Linn ansässigen Hausarztgemeinschaftspraxen abgeschlossen habe und mit der Apotheke vor Ort. Alle Beteiligten hätten auch einen regelmäßigen Austausch und ein Fehlermanagement vereinbart. Auf Einzelheiten des medizinischen Angebots in dem Rahmen würden seine Mitreferenten später eingehen.

Nach nunmehr einem Jahr Laufzeit lägen Ergebnisse vor bzgl.

- der Entwicklung der Krankenhauseinweisungen, die im Durchschnitt zurückgegangen sind und
- der Entwicklung der arzneimittelbezogenen Probleme, wobei das kontinuierliche Medikamentenmanagement und Coaching bei Risikopatienten zu einer Verbesserung geführt habe.

Zum letzten Punkt führt Herr Krüger aus, dass Neuverordnungen, und bei Neuaufnahmen auch die Gesamtmedikamentation, gecheckt und mit den Beteiligten besprochen würden. Die Erfahrungen zeigten auch, dass der Arzneimittelverbrauch seither gesunken sei.

Vor der Einführung des neuen Versorgungskonzeptes seien gerade am Wochenende Krankenhauseinweisungen der Altenheimbewohner durch diensthabende Ärzte, die diese Patienten nicht kennen, ein Problem gewesen. Diese Bewohner seien oft zwar „durchgecheckt“, aber pflegebedürftiger als vorher aus dem Krankenhaus nach Hause, also ins Altenheim, zurückgekommen.

Interessant in diesem Zusammenhang ist die von Herrn Dr. Lenssen erstellte folgende Übersicht über die Entwicklung aller Einsätze der Krankenwagen (K) und Rettungswagen (R) in den Krefelder Altenheimen für die Jahr 2008 bis 2011, die Herr Dr. Schmitz in dessen Auftrag heute vorlegt:

EINSATZART	JAHR	ANZAHL	GESAMT
R	2011 (bis 05.12.2011)	2782	5116
K	2011 (bis 05.12.2011)	2334	
R	2010	2996	5731
K	2010	2735	
R	2009	1916	3069
K	2009	1153	
R	2008	1656	2338
K	2008	682	

Herr Krüger fährt fort, indem er darüber berichtet, dass man zunächst der Krankenkasse AOK eine Kooperation bzgl. des Kooperationsmodells angeboten habe, doch diese einen Vertrag zu nicht akzeptablen Bedingungen und lediglich für bei der AOK versicherte Bewohner hätte anbieten können, so dass eine Zusammenarbeit nicht zustande gekommen sei. Er legt Wert darauf zu bemerken, dass es sich bei dem Verhandlungspartner nicht um die in Krefeld ansässige Geschäftsstelle gehandelt habe. Daraufhin sei es aber gelungen, mit Herrn Schmidt, Geschäftsbereichsleiter Stationäre Einrichtungen der Städtische Seniorenheime Krefeld gGmbH, der heute ebenso anwesend ist, einen akzeptablen Vertrag abzuschließen.

Herr Dr. Rieger, einer der beiden Vertragsärzte, informiert nun über Details:

Während die Altenheimbewohnerinnen und –bewohner in der Woche regulär von ihren Hausärzten behandelt werden (zu denen als Linner Ärzte auch Herr Dr. Krausbauer und er zählten), betreffe der von Herrn Krüger vorgestellte Versorgungsvertrag die Wochenendversorgung der Bewohner/innen. In der Vergangenheit habe der Pflegedienst des Altenheims bei Erkrankungen oder auch medizinischen Fragen am Wochenende - aufgrund der Tatsache, dass die Praxen dieser Hausärzte normaler Weise dann geschlossen seien - mangels Alternative den ärztlichen Notdienst der KV angerufen. Und da dieser den betreffenden Patienten meistens nicht genau kennen würde, hätte er ihn häufig in das nächste Krankenhaus eingewiesen. Im Krankenhaus werde zwar eine medizinische Versorgung vorgenommen, aber eine spezielle Altenpflege werde aufgrund des dortigen Personalmangels eher selten geleistet. Herr Dr. Rieger erzählt, er habe es leider oft erlebt, dass Menschen als Pflegefälle, eventuell sogar mit einem Dekubitus, aus dem Krankenhaus kämen.

Er bedauert, dass es leider heute immer noch so sei, dass selbst eine erfahrene Pflegekraft eines Altenheimes noch nicht einmal entscheiden dürfe, ob einem Bewohner bzw. einer Bewohnerin ein Medikament für kurze Zeit bei einer Befindlichkeitsstörung gegeben werden dürfe.

Durch das neue Konzept mache nun sein Kollege Herr Dr. Krausbauer bzw. er selber an jedem Wochenende im Linner Altenheim eine Visite. Bei dieser könnten bei Bedarf Notfälle vorgestellt und akute Fragen besprochen werden können. Die Erfahrung zeige, dass dadurch zu etwa 90% eine Krankenseinweisung nicht notwendig sei und die Patienten im Altenheim bleiben könnten. Außerdem garantierten sie beide eine Rufbereitschaft, die sich über das Wochenende (tagsüber bis 22⁰⁰ Uhr) erstrecke. Da sie beide die meisten Bewohner des Linner Altenheimes recht gut kennen würden, könnten so - über die Visite hinaus - viele Fragen der Versorgung telefonisch abgeklärt und die betroffenen Patienten nach dem Wochenende besucht werden. Bei Notfällen, die telefonisch nicht geklärt werden könnten, würde generell nach Absprache der Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung angerufen, was äußerst selten geschehe.

Für die Durchführung der Visite und die Rufbereitschaft erhalte der Arzt eine Pauschale von 200,- €. Diese sei zwar nicht kostendeckend, aber für die Ärzte sei es wichtig, dass die Heimbewohner wissen, dass sie auch am Wochenende gut ärztlich versorgt werden. Herr Dr. Krausbauer und Herr Dr. Rieger sind der Überzeugung, dass dieses Modell auf andere Heime übertragen werden könnte. Der Wochenenddienst sollte dabei nicht von zu vielen Ärzten durchgeführt werden, weil dann keine Übersicht mehr bestehen würde und auch die feste Bindung zwischen Patienten und Ärzten und Pflegepersonal nicht mehr möglich sei.

Herr Dr. Rieger führt einen weiteren wichtigen Aspekt der Zusammenarbeit mit dem Altenheim an: So träfen sich die Ärzte mit dem Pflegedienst zum Austausch wichtiger medizinischer Fragen, die besonders die Erkrankungen des Alters betreffen. Gerade bei Menschen mit Demenz trete etwa häufig das Problem der Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung auf. Hier müsse der Kontakt mit der Familie des Heimbewohners gesucht werden. Der letzte Wille des Betroffenen müsse berücksichtigt werden. Oft erlebten er und sein Kollege etwa, dass Patienten einen künstlich Zugang im Krankenhaus (zwecks Zwangsernährung) bekämen, obwohl dies nie vom Patienten vorgesehen war. Seines Erachtens handele es sich hier um eine schwere Körperverletzung. Man müsse auch akzeptieren können, dass ein Mensch, der die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verweigere, bereit sei bzw. den Willen habe zu sterben. Herr Dr.

Rieger bedauert, dass sich die Gesellschaft heute nicht mehr genug mit dem Sterben auseinandersetze.

Es herrsche oft leider wohl der irriige Glaube vor,

a) dass im Krankenhaus in allen Fällen immer noch irgendeine Art der Hilfe möglich sei bzw.

b) dass, sofern das Sterben doch unvermeidbar zu sein scheint, dafür nur das Krankenhaus der richtige Ort sei.

Herr Dr. Rieger hofft auf eine gesellschaftliche Diskussion des Themas Sterben auch in Krefeld und dass dieses so wieder als normaler Vorgang ins Leben zurückgeholt werde.

Herr Schmidt konstatiert abschließend eine hervorragende Zusammenarbeit zwischen den Altenpflegerinnen und -pflegern, den involvierten Arztpraxen, der Apotheke sowie, wenn möglich auch unter Einbeziehung der Bewohner und Angehörigen, und ergänzt, dass der mit dem neuen Konzept verbundene Quartiersbezug die Zufriedenheit und Lebensqualität der Bewohner des Linner Altenheim durchgängig positiv beeinflusse.

Zu TOP 7 Informationen aus den Arbeitsgruppen – Tischvorlage:

Nachdem auf Nachfrage von Herrn Visser zu den in der Tischvorlage dargestellten Berichten aus den Arbeitsgruppen Sucht und Infektionsschutz kein Beratungs- oder Klärungsbedarf vorhanden ist, nehmen die Mitglieder diese (s. Anlage) zustimmend zur Kenntnis. Herr Visser erinnert daran, dass die Gesundheitskonferenz grundsätzlich über die Arbeit der Arbeitsgruppen unterrichtet wird.

Zu TOP 8 Verschiedenes:

Zu TOP 9 Termin der 25. Gesundheitskonferenz:

Die nächste Gesundheitskonferenz wird stattfinden am **Mittwoch, den 16.05.2012, 17^{oo} Uhr bis ca. 19^{oo} Uhr**, im Raum C2 des Rathauses.

Pa 21.03.2012

Anlage zur Niederschrift der 24. Krefelder Gesundheitskonferenz:

Tischvorlage zu TOP 7 - Berichte aus den Arbeitsgruppen:

- Arbeitsgruppe Sucht:

a) In der 23. Gesundheitskonferenz wurde ein Zwischenbericht über den Stand der Fortschreibung der Suchthilfekonzeption der Stadt Krefeld durch die Arbeitsgruppe Sucht gegeben, in dem die Hintergründe und das Verfahren dargestellt wurden. Erstmals hat die Arbeitsgruppe bekanntlich dazu eine schriftliche Befragung aller Einrichtungen der Suchthilfe und der Suchtprävention mit speziellen Angeboten im Bereich Sucht durchgeführt. In den darauf folgenden Sitzungen der Arbeitsgruppe und in mehreren Kleingruppentreffen wurden die entsprechenden Beratungen fortgesetzt.

Als nächste Arbeitsschritte stehen die Darstellungen der Krefelder Einrichtungen mit

Angeboten der Suchthilfe und der Sucht-Prävention vorwiegend in Organigramm- und Tabellenform, mit textlichen Erläuterungen, an. Ausführungen zur Präventionsarbeit in Schulen und zur betrieblichen Suchthilfe werden als Fließtext in das entsprechende Kapitel aufgenommen werden.

Im Anschluss folgt die Auswertung und Kommentierung der darüber hinaus im Rahmen der Erhebung gemeldeten Verbesserungsmöglichkeiten und Handlungserfordernisse und das Verfassen des Einleitungstextes, in dem auch inhaltliche Schwerpunkte und Abgrenzungen erläutert werden sollen. Die Gesundheitskonferenz wird über die weiteren Beratungen der Arbeitsgruppe Sucht im Rahmen der Fortschreibung der Suchthilfekonzeption informiert werden.

b) Entsprechend der Niederschrift zu TOP 8 der 23. Gesundheitskonferenz hat die Geschäftsstelle den Antrag der Ratsgruppe „Die Linke“ vom 21.03.2011 an die Arbeitsgruppe Sucht und den Arbeitskreis Substitution Krefeld weitergeleitet. Die in dem Zusammenhang erbetene Stellungnahme zur Diamorphinbehandlung des Arbeitskreises wird hiermit zur Kenntnis vorgelegt (**siehe Anlage**).

- Arbeitsgruppe Infektionsschutz:

In ihrer 22. Sitzung am 01.12.2010 hat die Gesundheitskonferenz den Krefelder Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten, Rehabilitations-Einrichtungen...) sowohl

1.) (unter TOP 5) die Anwendung des von der Arbeitsgruppe Patientenüberleitung der Pflegekonferenz konzipierten standardisierten Patientenüberleitungsverfahrens in Krefeld empfohlen (Download dieser Formblätter und Informationen siehe www.krefeld.de/Patientenueberleitung) als auch

2.) (unter TOP 6) die Anwendung des von der Arbeitsgruppe Infektionsschutz entwickelten Krefelder Standards: „Schutz vor Infektionen mit multiresistenten Erregern – sektorenübergreifender Standard für Pflege, Hygiene und Behandlung am Beispiel MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus)“ empfohlen. (Download des Standards und Informationen siehe www.krefeld.de/mrsa-netzwerk). Das dortige MRSA-Formular ist bekanntlich - als eine der Anlagen - auch Teil der Patientenüberleitungsformulare.

Mittlerweile fand das 1. Krefelder Hygiene-Symposium statt. Der Fachbereich Gesundheit hat mit Mitgliedern der Arbeitsgruppe Infektionsschutz der Gesundheitskonferenz in Kooperation mit dem Euregio-Eursaftey Health-Net und mit Unterstützung der Euregionalen Akademie für Patientensicherheit und Infektionsschutz (Süd) wie vereinbart drei kostenlose Fortbildungsveranstaltungen zum Themenkomplex MRSA durchgeführt, auf denen auch der Standard vorgestellt wurde:

- für medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/-innen am 13.04.2011 (die Räumlichkeiten stellte dankenswerter Weise die DRK-Schwesternschaft zur Verfügung),
- für Ärztinnen und Ärzte aus Praxis und Klinik am 05.05.2011 (die Räumlichkeiten stellte dankenswerter Weise die Klinik Königshof zur Verfügung) unter der Schirmherrschaft der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF und
- für Mitarbeiter/innen im Bereich der Pflege und Hygienebeauftragte der Pflegeheime am 09.06.2011 (die Räumlichkeiten stellte dankenswerter Weise die DRK-Schwesternschaft zur Verfügung).

Auch die Presse berichtete.

Die Arbeitsgruppe war in ihren letzten Sitzungen primär mit der Vor- und Nachbereitung dieses Symposiums beschäftigt und hat zudem die Einführung des MRSA-

Standards in den jeweiligen Einrichtungen erörtert. Aktuell wird von ihr bzgl. des weiteren Vorgehens ein gemeinsamer Preetext bzw. eine Pressekonferenz der Arbeitsgruppenmitglieder, die über ihre Erfahrungen mit der Einführung berichten und Informationen über MRSA geben können, in Erwägung gezogen. Auf die o.a. Homepage sollen weitere Informationen zu häufig nachgefragten MRSA-Themenschwerpunkten gestellt werden, was insbesondere auch durch eine Verlinkung mit den entsprechenden umfangreichen Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung und MRE- bzw. MRSA-Netzwerken geschehen soll.

Mittlerweile haben - seit August 2011 - die folgenden Krefelder Einrichtungen eine Selbstverpflichtungserklärung (auf freiwilliger Basis) zur Einführung des Krefelder MRSA-Standards abgegeben:

- St. Josefshospital,
- Klinik Königshof,
- Maria-Hilf-Krankenhaus (die somatischen und psychiatrischen Kliniken) der Alexianer Krefeld GmbH,
- Altenheim Am Tiergarten,
- Altenheim Uerdingen Haus im Park,
- Karl-Bednarz-Haus Altenheim,
- Altenheim Wilhelmshof,
- Seniorenheim Bischofstraße,
- Seniorenheim Cornelius-de-Greiff-Stift,
- Seniorenheim Fischers-Meyser-Stift,
- Seniorenheim Westparkstraße,
- Seniorenheim Linn und
- Gerhard-Tersteegen-Haus.

Die Liste der Teilnehmer, die bei Bedarf aktualisiert wird, befindet sich auf der genannten Homepage unter dem Button Krefelder MRSA Standard.

Die Erörterungen der Arbeitsgruppe hinsichtlich einer Teilnahmebescheinigung oder eines Mitmach-Aufklebers“ für derartige Einrichtungen sind noch nicht abgeschlossen. Ein Beratungsschwerpunkt der nächsten Sitzungen der Arbeitsgruppe Infektionsschutz wird die Konzeption der Evaluation sein, die planmäßig durchzuführen ist.

Die Gesundheitskonferenz wird über die weiteren Beratungen informiert werden.

Anmerkungen und Anregungen der Mitglieder der Gesundheitskonferenz zu den Ausführungen sind auch nach der Konferenz an die Geschäftsführung grundsätzlich willkommen, wenn möglich innerhalb eines Zeitraumes von drei Wochen.

Die Gesundheitskonferenz wird gebeten, die Berichte über die Arbeit der AG Sucht und der AG Infektionsschutz anzunehmen.

Paas/Drees, 07.12.2011

Anlage zu dieser Tischvorlage (zu Arbeitsgruppe Sucht, b):

Stellungnahme des Arbeitskreises Substitution Krefeld zur Diamorphinvergabe

Der Substitutionsarbeitskreis, der sich aus den substituierenden Ärzten, dem Amtsapotheker, Vertretern der drei Substitutionsschwerpunktapotheken, Ärzten der beiden Psychiatrischen Kliniken und Mitarbeitern, die in der Psychosozialen Betreuung tätig sind oder schwerpunktmäßig mit diesem Klientel arbeiten, zusammensetzt, hat sich über einen längeren Zeitraum mit diesem Angebot und einer möglichen Einführung in Krefeld auseinandergesetzt.

Die Diamorphinbehandlung richtet sich an zwei unterschiedliche Zielgruppen behandlungsbedürftiger Heroinabhängiger:

1. die durch die Substitution keine ausreichende Behandlungserfolge erzielt haben,
2. die nicht die Angebote des Suchthilfesystems angenommen oder den Kontakt abgebrochen haben und momentan an keiner Behandlung teilnehmen.

Wie die unten aufgeführten Aufnahmekriterien zeigen, bleiben die Zugangsbedingungen hochschwellig und somit nur für einen kleinen Teil der Opiatabhängigen erfüllbar.

Die Aufnahmekriterien für Patienten sind:

- ein Mindestalter von 23 Jahren,
- eine 5-jährige Heroinabhängigkeit,
- ein überwiegender intravenöser Konsum,
- schwerwiegende somatische und psychische Störungen,
- eine Unerreichbarkeit durch das Hilfesystem in den letzten 6 Monaten,
- zwei nachweislich erfolglos beendete medizinische Rehabilitationen.

Für die Stadt Krefeld erfüllt nur eine recht geringe Zahl von Opiatkonsumenten diese Kriterien. Die überwiegende Anzahl der Heroinabhängigen wird durch die bereits vorhandenen Substitutionsmöglichkeiten erreicht. Insbesondere die zunehmende Anzahl der mit Suboxone substituierten Drogenkonsumenten zeigt, dass die bereits vorhandenen Substitutionsmittel eine gute und durchaus verwendbare Alternative darstellen.

Die Sicherheitsmaßnahmen wie u. a. der Sondervertriebsweg vom Hersteller an die Einrichtung (nicht über Apotheke), die Schleuse, das Panzerglas in den Konsumräumen und der Safe einerseits sowie die Sicherstellung der personellen Besetzung - lt. Richtlinien bei täglich drei Konsumeinheiten unter ärztlicher Aufsicht incl. aller Sonn- und Feiertage andererseits – erfordern ein dementsprechend hohes finanzielles Budget.

Um die notwendige personelle Besetzung durch Ärzte, Sozialarbeiter, Pfleger, ggf. Laborantinnen und Sekretärinnen zu gewährleisten, müssen die entsprechenden finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Ein Gramm Diamorphin kostet 12€, bei einer durchschnittlichen Vergabe von 435 mg täglich wären das ca. 6€ pro Tag reine Diamorphinkosten.

Bei der Diamorphinvergabe in Köln entstehen im Jahr für einen Patienten Kosten in Höhe von **8.800€**, bei Methadonvergabe: **3.300€** (incl. Personalkosten, Psychosozialer Betreuung, etc., reine Sachkosten sind im Vergleich eher gering).

Vorgeschrieben wird eine notwendige personelle Besetzung mit Ärzten, Sozialarbeitern, Pflegern, ggf. Laborantinnen und Sekretärinnen (kann auch als externe Auftragsleistung geordert werden).

Bei der Diamorphinvergabe wird ein anderer Betreuungsschlüssel für die psychosoziale Betreuung zugrunde gelegt:

- 45 Klienten auf 1,25 Stellen, geplant sind zukünftig 30 Klienten auf eine Stelle.

Mit Blick auf die angestrebte Loslösung der Drogenkonsumenten aus dem Szenekontext muss berücksichtigt werden, dass soziale Integrationsprozesse außerhalb des Drogenkontextes eher langwierig verlaufen. Für einige Klienten unter Diamorphinvergabe kann das Problem der zunehmenden Vereinsamung aufgrund des Rückzuges aus

der Drogenszene und der damit verbundenen Reduktion der sozialen Kontakte entstehen. Eine Zunahme der depressiven Störungen als Folge der Kontaktreduktion ist nicht auszuschließen.

Hinsichtlich der vielfach diskutierten und sehr kritisch zu betrachtenden Steigerung des Beikonsums der unterschiedlichsten psychotropen Substanzen lässt sich feststellen, dass während der Diamorphinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution ein schneller Rückgang des Konsums von „Straßenheroin“ zu verzeichnen ist. Ähnlich wie bei der Methadonsubstitution kann jedoch nur ein mäßiger Rückgang des Kokainkonsums und ein sich kaum verändernder Benzodiazepinbeigebrauch wahrgenommen werden.

Ergänzend kann noch gesagt werden, dass für die Patienten in Krefeld, die eine Indikation zur Originalstoffvergabe haben, Wege in die Ballungszentren mit Diamorphinvergabe gebahnt werden könnte. Da die dortigen Ambulanzen nicht gut ausgelastet sind, wären diese wahrscheinlich froh über neue potentielle Klienten.

Auszug aus dem Protokoll des Substitutionsarbeitskreises vom 08.09.2010 mit der Stellungnahme zur Diamorphinvergabe in Krefeld:

....Die Bedingungen der Originalstoffvergabe und Möglichkeiten für Krefeld wurden besprochen und kontrovers diskutiert. Aus fachlicher Sicht würde dieses Angebot sicherlich eine gute Ergänzung zu den bereits bestehenden Angeboten darstellen. Andererseits würde die Schaffung eines solchen Angebotes mit sehr hohen Kosten verbunden sein. Es wurde eine Einigung darüber erzielt, dass eine Diamorphinvergabe für Krefeld zunächst nicht in Betracht kommt. Die Entwicklung der Diamorphinvergabe wird an den anderen Standorten weiter beobachtet....

Als Ansprechpartnerin bei Fragen steht für den Arbeitskreis Ute Kaber, Sachbereichsleitung der Alkohol- und Drogenhilfe des Caritasverbandes für die Region Krefeld zur Verfügung.

12.10.2011

Ende der Anlage
