

Herr Dr. Krausbauer	Ärztekammer, Kreisstelle Krefeld
Frau Nottebohm	Sachverständigengruppe für Behindertenfragen im DPWV
Herr Dr. Offergeld	Kassenzahnärztliche Vereinigung Krefeld
Herr Sattler	Stadtsporthund
Herr Schäfer	FDP-Ratsfraktion
Herr Sievers	IKK Regionaldirektion Niederrhein, für Krefeld
Herr Wessel	Amtsapotheker für Krefeld
Herr Dr. Wiegratz	Rettungsdienst des Fachbereichs Feuerwehr und Zivilschutz
Herr Yilmaz	Bündnis 90/Die Grünen-Fraktion

Vorab begrüßt der Vorsitzende die Mitglieder und Gäste. Herr Visser weist auf den außerordentlichen Sitzungsbeginn von 18.00 Uhr hin. Er wünscht sich eine möglichst hohe Teilnehmerzahl an der Gesundheitskonferenz und stellt den üblichen 17.00 Uhr – Termin als Beginn der Gesundheitskonferenz zur Diskussion. Er bittet die Geschäftsführung der KGK um eine entsprechende Abfrage per E-Mail. Eine Rückmeldung soll in der nächsten KGK gegeben werden.

Zu TOP 1 - Genehmigung der Niederschrift der 36. Sitzung

Die Niederschrift wird genehmigt.

Zu TOP 2 - Eingänge und Mitteilungen, u.a. Informationen aus dem Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Senioren

Herr Visser berichtet, dass es eine Vorlage für den Rat der Stadt Krefeld gegeben habe, die die Änderungen in der Zusammensetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz beinhalte und so auch genehmigt worden sei. Die Geschäftsordnung sei entsprechend aktualisiert worden.

Herr Visser berichtet weiter, dass sein Geschäftsbereich nun auch um den Fachbereich Soziales erweitert worden sei. Er weist darüber hinaus darauf hin, dass der Verhütungsmittelfonds, der ja auf der Initiative einer Empfehlung der KGK basiere, mittlerweile über dafür eingestellte Haushaltsmittel finanziert würde und nicht wie in der Vergangenheit über Stiftungsgelder.

TOP 3 – Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung sowie Erfahrungsberichte aus der Praxis

Herr Dr. Horn stellt vorab klar, dass er grundsätzlich ein gutes Entlassmanagement befürworte. Er berichtet, dass er anhand einer Powerpoint-Präsentation das Thema Entlassmanagement und die damit verbundenen Schwierigkeiten, die ihm im Krankenhausalltag begegnen, darstellen werde.

Herr Dr. Horn erklärt, dass eine Rücksprache mit der AOK ergeben habe, dass sie eher weniger Schwierigkeiten beim Thema Entlassmanagement in der Praxis sehe. Mögliche Schwierigkeiten würden bei der AOK bislang gar nicht ankommen. Herr Dr. Horn nimmt Bezug auf die gesetzliche Grundlage, den § 39 Abs. 1 a SGB V. Der Rahmenvertrag legitimiere den Anspruch eines Patienten auf entsprechendes Entlassmanagement. Er erläutert, dass zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem GKV-Spitzenverband und dem Spitzenverband der Pflegekassen dieser Rahmenvertrag erst zum 01.10.2017 in Kraft getreten sei, da seitens der Beteiligten zunächst kein Konsens zu erreichen war, und seitens der DKG vorher eine Klage anhängig gewesen sei, was die Umsetzung so zeitlich verzögert habe.

Die AOK sehe zwar aktuell in der Umsetzung des Rahmenvertrages eher keine Probleme. Herr Dr. Horn berichtet, dass es in der Praxis jedoch auch zu problematischen Situationen kommen könne.

Beim Entlassmanagement gehe es darum, Patienten bei Bedarf nach einem Krankenhausaufenthalt sinnvolle Unterstützung im Sinne koordinierter Nachsorge und Weiterversorgung anzubieten. Hierzu ist das Zusammenspiel verschiedenster Anbieter im Gesundheits- und Sozialwesen erforderlich. Herr Dr. Horn stellt dazu eine Abbildung der AOK zur Verfügung, die die notwendige Vernetzung eines Krankenhauses mit den verschiedensten Bereichen wie zum Beispiel Reha, Pflege, Krankenkasse, Arzneimittel usw. darstellt.

§ 39 beziehe sich auf vollstationäre, teilstationäre und stationsäquivalente Bereiche. Jede/-r Patient/-in habe einen Anspruch gegenüber dem Krankenhaus auf Entlassmanagement im Rahmen der Krankenhausbehandlung, was eine hohe Zusatzbelastung für die Kliniken bedeute, zusätzliches Personal sei dafür gesetzlich nicht vorgesehen. Es gehe darum, insbesondere schwer Erkrankten, denen nicht allein mit einem Krankenhausaufenthalt geholfen werden kann, auch nach dem Krankenhausaufenthalt sinnvolle Unterstützung im Sinne koordinierter Nachsorge und Weiterversorgung anzubieten. Hierzu sei eine Zusammenarbeit und Abstimmung der verschiedensten Anbieter im Gesundheits- und Sozialbereich nötig.

Der Patient sei schriftlich über das Entlassmanagement zu informieren, und seine Einwilligung dazu müsse eingeholt werden. Bei Zustimmung des Patienten müsse im Anschluss durch ein Screening z.B. in Form eines Assessmentbogens, geklärt werden, ob und welcher Versorgungsbedarf im Anschluss an die Behandlung bestehe. Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung sei es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Bewertungssystems zu installieren.

Herr Dr. Horn berichtet, dass in somatischen Krankenhäusern oftmals von der sogenannten „blutigen Entlassung“ die Rede sei, in psychiatrischen Kliniken müsse man sich aufgrund kürzerer Verweildauern zunehmend mit dem sogenannten „Drehtüref-

fekt“ auseinandersetzen. Eher unproblematisch sei bei der Entlassung die Abstimmung mit den Krankenkassen sowie die Terminierung bei Hausärzten und Fachärzten. Bzgl. Psychotherapeuten wäre oft eine Anschlussbehandlung sinnvoll. Zudem führten die veränderten Heimstrukturen dazu, dass Schwerstkranke nicht mehr gut versorgt sind

Herr Dr. Horn berichtet über das Entlassmanagement aus Sicht des Rettungsdienstes und führt entsprechende Beispiele aus der Praxis von Herrn Dr. Wiegratz an, der heute verhindert ist. So berichtet er von einem Patienten, der eine Sauerstofftherapie 24h/Tag nötig gehabt habe und nach einem Klinikaufenthalt durch einen Krankentransportwagen in ein Pflegeheim transportiert worden sei. Da in der Pflegeeinrichtung der für den Patienten notwendige Sauerstoff (noch) nicht vorhanden gewesen sei, habe der Krankentransport den Patienten wieder zurück in die Klinik transportieren müssen. Eine entsprechende Abstimmung zwischen Klinik und Pflegeeinrichtung hätte zwei unnötige Transporte verhindern können.

Des Weiteren berichtet er von einem pflegebedürftigen Patienten, der aus dem Krankenhaus in die eigene Wohnung zu entlassen und dort von Angehörigen gepflegt werden sollte. Da bei Ankunft des Krankentransportwagens aber keine Angehörigen zur Verfügung gestanden hätten, sei der Patient wegen der unsicheren Weiterversorgung und der notwendigen Pflege wieder in die Klinik gebracht worden, was durch eine abgestimmte Übergabe in die Patientenwohnung hätte vermieden werden können.

Ein weiteres Beispiel für ein notwendiges Entlassmanagement sei ein heimbeatmeter Patient. Nach einem Klinikaufenthalt sollte er mittels Rettungstransportwagen (RTW) wegen der Beatmung in seine Pflegeeinrichtung, eine Beatmungs-WG, entlassen werden. Die Übernahme des Patienten durch die „Beatmungs-WG“ sei aber abgelehnt worden, da aus ihrer Sicht die Beatmung noch nicht reibungslos geregelt sei.

Herr Dr. Horn beschreibt einen weiteren Fall aus dem Alexianer-Krankenhaus. Es handelte sich um einen minderbegabten Patienten mit einer schweren Verhaltensstörung, der sich aggressiv gegenüber seinen Eltern und auch Klinikmitarbeitern verhalten habe. Er weist darauf hin, dass eine Zwangsbehandlung hier rechtlich nicht möglich gewesen sei. Eine weitere Krankenhausbehandlungsindikation sei seitens des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenkasse nicht mehr gesehen worden, so dass eine Entlassung in eine entsprechende Einrichtung zu veranlassen gewesen sei, wobei nach Ansicht des Landschaftsverbands Rheinland weiterhin eine Indikation für eine Krankenhausbehandlung bestanden habe. Eine Aufnahme des Patienten in ein Heim hätten die angesprochenen und in Frage kommenden Heime abgelehnt. Darüber hinaus hätten die Eltern des Patienten gerichtlich ein Annäherungs- und Kontaktverbot erstritten, an das sich der Patient aufgrund seiner Minderbegabung aber nicht halten könne.

Es handele sich bei einem solchen Patienten um einen sogenannten Nichtbehandlungsfall. Die Kostenübernahme für die Krankenhausbehandlung für mehr als zwei Jahre sei strittig, gehe man von der üblichen Durchschnittsverweildauer von 22 Tagen in

der Psychiatrie aus. Es seien Kosten von ca. 280.000,-€ angefallen. Darüber hinaus gelte ein so „belegtes“ Krankenhausbett als nicht belegt. Man hätte bzw. müsste einen solchen Patienten - möglicherweise in die Obdachlosigkeit - entlassen. Solche Patienten würden oftmals nach einem Tag wieder aus dem Krankenhaus entlassen. Oftmals drohten sie dann zu verwahrlösen. Auch Herr Novotny kennt solche Fälle aus der Klinik Königshof und bestätigt, dass dies kein Einzelfall sei. Insbesondere bei Fällen, bei denen die Kostenübernahme nicht klar sei, stelle sich die Frage, wie man mit dem Entlassmanagement umgehen könne. Kernbestandteil des Entlassmanagements sei ggf. auch die frühzeitige Kontaktaufnahme mit möglichen weiterversorgenden Einrichtungen, was bei Bedarf auch eine Kontaktaufnahme mit Kostenträgern beinhaltet.

Herr Dr. Horn erläutert, dass es in psychiatrischen Kliniken auch vor Einführung des Rahmenvertrags gemäß § 39 SGB V schon immer eine Art Entlassmanagement gegeben habe. Durch die nun gesetzliche vorgeschriebene Vorgehensweise seien aber Maßnahmen gefordert, die erheblich mehr Aufwand bedeuteten.

Herr Preissel stellt fest, dass aus Sicht der AOK die Mehrheit der Patienten „gut“ entlassen werden und die notwendige Versorgung nach dem stationären Aufenthalt gewährleistet sei. Er betont, dass eine gute Vernetzung zwischen allen Beteiligten maßgebend sei. Er weist darauf hin, dass die Vorschriften zum Entlassmanagement sicherlich mit guter Absicht formuliert worden seien, aber sie müssten in der Praxis eben auch umsetzbar sein und dürften das Procedere nicht noch unnötig komplizieren. Herr Novotny fragt nach, ob bzgl. des Entlassmanagements Patienten-Beschwerden bekannt seien.

Es wird festgestellt, dass die Krankenhäuser auch in der Vergangenheit bemüht waren, ihre Patienten in ein für den Patienten gut funktionierendes System zu entlassen. Mit der Rahmenvereinbarung sei eine Professionalisierung dessen veranlasst worden, was durch viele Krankenhäuser bereits gelebt worden sei. Herr Visser bemerkt, dass man auch zwischen den unterschiedlichen Fallkonstellationen differenzieren müsse. Abstimmungsprobleme seien sicher dauerhaft zu klären.

Frau Hillmann fragt nach, wer denn diese Aufgaben des Entlassmanagements im Krankenhaus wahrnehmen würde. Herr Dr. Horn berichtet, dass zum Teil medizinische Mitarbeiter, Sozialarbeiter und auch Stationssekretärinnen die Aufgaben wahrnehmen, wodurch auch der Arbeitsaufwand in den Kliniken zunehme. Eine Finanzierung dessen sei aber nicht vorgesehen.

Herr Dr. Horn erläutert, dass beim Thema Entlassmanagement noch Einiges von offizieller Stelle geregelt werden müsse. Die niedergelassenen Ärzte und Apotheken seien eingebunden, wobei man beim Thema Medikation z.B. noch verbindlichere Standards wünschenswert seien. So sollen die Krankenhäuser bei der Entlassung der Patienten eine verbindliche Medikation empfehlen.

Herr Schön nimmt Bezug auf die von Herrn Dr. Horn aufgeführten Beispiele. Es würde deutlich, dass die Kommunikation unter den Beteiligten besser abgestimmt werden müsse. Insbesondere in dem Fall des psychiatrisch auffälligen jungen Mannes, würde aber deutlich, dass man sich auf seine jeweiligen Zuständigkeiten beziehe. Die entsprechenden Lücken im System müssten erkannt und durch entsprechende gesetzliche Vorschriften geschlossen werden, damit derartig betroffene Menschen nicht durch das Raster fielen.

Frau Klaer verweist vor dem Hintergrund fallender Verweildauern in den Krankenhäusern auf die Notwendigkeit eines professionellen Entlassmanagements hin und auch auf dessen gute Ausstattung mit entsprechenden Fachkräften. Herr Hilgers weist darüber hinaus darauf hin, dass zum Teil bei Angehörigen von Patienten ein sehr hoher Anspruch gegenüber den Krankenhäusern bezüglich der nachstationären Versorgung bestehe. Die Angehörigen seien oftmals überfordert und man fände auch nicht immer einen entsprechenden Kurzzeitpflegplatz in den Altenheimen. Er sieht einen größeren Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen.

Herr Hochkamer erläutert, dass die Patienten oftmals, obwohl ein Krankenhausaufenthalt weiterhin angezeigt wäre, aus dem Krankenhaus entlassen würden und daher ein höherer Bedarf an Kurzzeitpflege entstünde. Besonders ein plötzlicher Bedarf sei problematisch. Seiner Meinung nach reichten die eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze nicht aus. Vor diesem Hintergrund müsse man grundsätzlich über die DRGs (Fallpauschalen) nachdenken, da die Probleme so eigentlich nur vom Krankenhaus in den Pflegebereich verschoben würden. Zudem müsste auch grundsätzlich bei entsprechenden Fällen die nachstationäre Versorgung vor der Entlassung aus dem Krankenhaus gesichert sein.

Herr Visser spricht Frau Grohmann und Herrn Hempel als Vertreter für den Fachbereich Soziales, Senioren und Wohnen, wo auch die städtische Pflegeberatung, Pflegekonferenz angesiedelt sind, an und bittet um eine Einschätzung insbesondere bzgl. der Kurzzeitpflegeplätze in Krefeld. Er stellt fest, dass sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Heimen der Blick auf die finanziellen Auswirkungen berücksichtigt würde, was aus Sicht der Betroffenen zum Teil fatale Folgen habe. Frau Grohmann berichtet, dass die Vernetzung zwischen den Krankenhäusern und den Heimen durchaus noch verbessert werden könnte. Man könne dazu beispielsweise die städtischen Pflegeberater in Anspruch nehmen, insbesondere auch um die Schnittstellenproblematiken zu klären. Herr Hempel ergänzt, dass es Extremfälle gebe, bei denen auch die Pflegeberatung trotz aller Versuche keine Handhabe zu helfen habe.

Frau Calabrese-Lewicki berichtet, dass aus ihrer Sicht tatsächlich zu wenige Kurzzeitpflegeplätze in Krefeld vorhanden seien. Aufgrund unterschiedlicher Beweggründe, wie Berufstätigkeit der Angehörigen oder auch räumlicher Gegebenheiten würden diese wohl auch künftig vermehrt nachgefragt. Frau Grohmann berichtet, dass die Altenheime viele Kurzzeitplätze eingerichtet hätten und auch eingestreuete Plätze geschaffen worden seien, darüber hinaus entstehe auf der Moerser Str. eine Einrichtung mit 27 Kurzzeitpflegeplätzen. Eine weitere Tagespflege werde zukünftig in Bockum angeboten.

Sie weist auf die Personalsituation in den Heimen hin. Zum Teil könnten die Plätze nicht belegt werden, da das notwendige Personal nicht zur Verfügung stehe. Herr Visser bestätigt dies und weist auf die verbesserte Situation bzgl. der Kurzzeitpflegeplätze hin.

Nach Aussage von Herrn Hilgers hat das Helios-Krankenhaus weiterhin Probleme, Patienten in Kurzzeitpflegeplätze unterzubringen. Er habe den Eindruck, die Politik finde diesbezüglich keine Lösungen und die Probleme würden so zwischen den Krankenhäusern und den Altenheimen und den Versicherungen hin- und hergeschoben.

Herr Visser sieht nicht nur die Politik in der Schuld. Für ihn stelle sich die Frage, was die Kommunale Gesundheitskonferenz beim Thema Entlassmanagement bewirken könne.

Herr Preissel rät bei möglicher Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege die Pflegeberatung einzubinden. Ein vernetztes Agieren sei ratsam. Frau Pradel verweist auf ähnliche Probleme bei der Strukturreform für die Psychotherapie, die zwar neue Strukturen schafft, aber dazu keine weiteren Kapazitäten vorsieht.

Herr Visser fasst zusammen, dass eine gute Abstimmung sämtlicher Akteure beim Thema Entlassmanagement maßgebend sei und dass der Gesetzgeber sicherlich in guter Absicht die Vereinbarung getroffen und formuliert habe, aber zum Teil von den Krankenhäusern Dinge erwarte, die die Grenze des Leistbaren überschritten. Konkrete Probleme sollten an die Akteure und ggf. den Gesetzgeber herangetragen werden.

Zu TOP 4 – Vorstellung des Programms Kommunale Präventionsketten in Krefeld

Herr Schön berichtet, dass ihm das Thema Kinderarmut und in dem Zusammenhang die Kommunale Präventionskette weiterhin sehr am Herzen liege und er sich daher hier auch als Beigeordneter engagieren werde. Anhand der beigefügten Powerpointpräsentation werde er mit Unterstützung der Koordinatorin Frau Tophoven nun dieses Projekt vorstellen, das vor dem Wechsel der Landesregierung „Kein Kind zurücklassen“ geheißen habe.

Aufgrund des nachgewiesenen wechselseitigen engen Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit(s-Chancen) sei der Gesundheitsbereich natürlich nicht wegzudenken aus einem derartigen Netzwerk. Er verweist in dem Zusammenhang auch auf den Vortrag der beiden städtischen Zahnärztinnen in der letzten Gesundheitskonferenz und auf die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen. Kinder aus armen Familien wiesen danach häufiger Auffälligkeiten in der Visuomotorik und Körperkoordination auf, seien häufiger übergewichtig, könnten sich schlechter konzentrieren und zeigten häufiger Defizite im Bereich Sprache und Zählen.

Zunächst geht er auf die Ausgangslage in Krefeld ein: Im September 2017 habe es 15.950 Bedarfsgemeinschaften in Krefeld im SGB II-Bezug gegeben. In gut einem Drit-

tel (32%) hätten Kinder unter 18 Jahren gelebt. In 2.622 dieser Bedarfsgemeinschaften hätten Kinder mit einem Elternteil gelebt. Insgesamt habe es im Jahr 2017 7.401 Kinder zwischen 0 und 15 Jahren in Krefeld im SGB II-Bezug gegeben, was eine Quote von 24% ausmache.

Herr Schön stellt daraufhin die Initiative „Krefeld für Kinder“ als kommunale Gesamtstrategie des Oberbürgermeisters zu Förderung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, u.a. zur Linderung von Kinderarmut und ihren Folgen, vor. Es gehe darum, das Thema Kinderarmut langfristig zu bekämpfen. Diese Strategie basiere auf drei Säulen, die sich gegenseitig verstärkten und ergänzten:

- A) Gesellschaftliche Sensibilisierung
- B) Fachliche Kompetenz
- C) Bürgerschaftliches Engagement.

Er nennt als Beispiel zu A die Aktion Krefelder Kindertaler zur Sensibilisierung der Stadtgesellschaft, mit dem bedürftige Kinder im letzten Jahr auf dem besonderen Weihnachtsmarkt im Wert von 15 Euro einkaufen oder Gutscheine (Zoo, Bücherei...) erwerben konnten. Die Säule B beziehe sich auf den Aufbau einer kommunalen Präventionskette, die er gleich erläutern werde, und die Säule C auf Bürgerschaftliches Engagement und Firmenengagement, hier sollen entsprechende Potenziale nutzbar gemacht werden, um Kinder, Jugendliche und ihre Familien zu unterstützen. Der ehemalige Beigeordnete Gregor Micus, sein Vorgänger, sei hier als Koordinator tätig.

Er erläutert, dass die Stadt Krefeld seit 2017 am Landesprogramm „Kommunale Präventionsketten – NRW“, mit mittlerweile 39 weiteren Kommunen, teilnehme. Die Landeskoordinierungsstelle unterstütze die Kommunen beim Auf- und Ausbau passgenauer Präventionsketten. Es gehe darum, Netze zu knüpfen, Angebote zu identifizieren und zu verzahnen und Lücken festzustellen und ggf. nachzusteuern. Die Bereiche Gesundheit, Bildung, Kinder- und Jugendhilfe und Soziale würden so noch stärker miteinander verknüpft. Frau Tophoven habe dazu zunächst eine breite Erhebung der bestehenden Netzwerke und Strukturen in Krefeld vorgenommen.

Neben der Lenkungsgruppe und der Steuerungsgruppe, in der auch der Jugendbeirat vertreten sei, seien drei Unterarbeitsgruppen gebildet worden, mit den jeweiligen Schwerpunkten Beratung, Gesundheit und Bildung & Qualifizierung.

Es sei ein an der Lebensbiographie orientiertes Präventionsleitbild unter dem Motto „Gelingendes Aufwachsen in gemeinsamer Verantwortung in Krefeld am Rhein – Junge Menschen und ihre Eltern früh im Blick“ – von der Schwangerschaft bis hin zum erfolgreichen Eintritt ins Berufsleben - mit den folgenden Zielen erarbeitet worden:

- Alle Kinder und Jugendlichen sollen über die gleichen Entwicklungs- und Teilhabechancen für ein gelingendes und gesundes Aufwachsen unabhängig von Herkunft, kultureller und ethnischer Zugehörigkeit, Religion und Geschlecht, Behinderung sowie dem sozialen Status ihrer Familien verfügen.

- Unter der Prämisse „Ungleiches ungleich behandeln“ liegt das Hauptaugenmerk der Stadt Krefeld auf der Vermeidung kindsspezifischer Armutsfolgen.

Herr Schön erwähnt die gute Zusammenarbeit mit den Geschäftsführerinnen der KGK. Er bemerkt, dass die Mütter und Väter bei der Umsetzung wichtige Partner seien. Er betont die Bedeutung der Quartiers-/Sozialraumorientierung. Die seien Orte, wo Eltern, Kinder und junge Erwachsene erreicht werden könnten. Das Projekt zeichne sich durch eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen, dem Sozialwesen, dem Bildungssystem und weiterer zentraler Bereiche (z.B. Stadtentwicklung) aus. Er

Weiter berichtet er über den Meilensteinplan in Form eines kommunalen Aktionsplans, in dem drei übergeordnete strategische Ziele (zu den Schwerpunkten Beratung, Gesundheit und Bildung & Qualifizierung) und auch Teilziele verankert seien. Das strategische Ziel 2 beziehe sich auf das Themenfeld Gesundheit und laute wie folgt: „Gesunde und ausgewogene Ernährung, Sport und Bewegung sind für alle Kinder, Jugendlichen und ihre Familien selbstverständlicher Bestandteil ihres Lebens zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation“. Es sei Aufgabe der Unterarbeitsgruppen, die Teilzeile und Meilensteine zu konkretisieren. Im Themenfeld Gesundheit wolle man sich zunächst auf Kinder von 0 bis 6 Jahren und entsprechend deren Lebenswelt Kita konzentrieren. Kinder ab dem ersten Lebensjahr sollten Zugang zu täglichen, vielseitigen Bewegungs- und Spielangeboten haben, weiter einen kostengünstigen bzw. -freien Zugang zu Sportvereinen für Kinder aus sozial schwachen Familien. Eltern und Institutionen (Kitas) sollen sensibilisiert werden für den Zusammenhang von Gesundheit, Ernährung und Bewegung; Kinder sollen gesund und ausgewogen ernährt werden und gestärkt werden in ihrer Selbstwirksamkeit im Umgang mit Ernährung und Bewegung. In der Unterarbeitsgruppe würden Vertreter des Fachbereichs Gesundheit, des Stadtsportbundes/Stadtsportjugend, der Jugendhilfe, der Kitas, der niedergelassenen Kinderärzte und der Ökotrophologie zusammenarbeiten.

Darüber hinaus weist Herr Schön auf das aktuelle, zeitlich bis Ende 2018 befristetes Mikroprojekt im Sozialraum Bleichpfad im Rahmen der kommunalen Präventionskette hin. Eine Abstimmung mit den o.a. Unterarbeitsgruppen sei vorgesehen.

Herr Schön informiert darüber, dass Frau Tophoven die in Krefeld bereits bestehenden Angebote bezüglich der kommunalen Präventionskette erfasse und ein sektorenübergreifendes sozialraumorientiertes Monitoring aufbauen werde. Eine wissensbasierte Auswahl von Sozialräumen und Lebenswelten mit besonderem Handlungsbedarf solle so vorgenommen sowie konkrete Projekte initiiert und Maßnahmen gebündelt werden.

Zu TOP 5 – Berichte aus den Arbeitsgruppen, der PSAG und weiteren Gremien

Dazu liegt eine Tischvorlage aus. Frau Klaer bezieht sich auf die darin dargestellten Ergebnisse aus der Arbeitsgruppe Sucht. Sie begrüßt die umfassende Aktualisierung der

Suchthilfekonzeption durch die interdisziplinär besetzte Expertengruppe der AG Sucht. Sie möchte wissen, wann konkrete Informationen insbesondere zu den Handlungserfordernissen vorgestellt werden. Es wird vereinbart, dass der KGK auf der nächsten Sitzung von den Mitgliedern der Lenkungsgruppe der AG Sucht ein Zwischenbericht gegeben werden soll, wobei der Fokus insbesondere auf den Handlungserfordernissen liegen sollte.

Herr Krüger bezieht sich auf die Ausführungen zur neuen Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung/ Prävention und weist ergänzend auf die Stadtteil-Aktion „Linn bewegt sich“, an der sich viele Linner Einrichtungen und Netzwerke beteiligten, hin. Die AOK sei Kooperationspartner. Vom 24.05. bis zum 23.06.2018 gebe es ein vielfältiges Programm mit vernetzten gesundheitsfördernden Bewegungsangeboten für Groß und Klein, zum Beispiel eine Schrittzähleraktion. Flyer lägen aus. Herr Visser begrüßt derartige Initiativen, bei denen Spaß an Bewegung vermittelt werde und die dazu anregten, sich auch weiterhin (gemeinsam) im Quartier gesundheitsfördernd zu verhalten und gesundheitsfördernde Strukturen zu entwickeln.

Zu den übrigen in der Tischvorlage dargestellten Themen werden keine weiteren Anmerkungen gemacht. Die Mitglieder nehmen die Tischvorlage, die am Ende der Niederschrift anhängt, zustimmend zur Kenntnis.

Zu TOP 6 – Verschiedenes

Herr Hochkamer legt den Jahresbericht der Selbsthilfe-Kontaktstelle Krefeld 2017 vor.

Zu TOP 7 – Termin der 38. Gesundheitskonferenz

Als entsprechender Termin wird Mittwoch, der 14. November 2018, 17 Uhr bis 19 Uhr, vereinbart.

Anlage - Tischvorlage zu TOP 5:

Wie üblich der KGK hier ggf. über die Beratungen und Arbeit von Arbeits- bzw. Untergruppen der Gesundheitskonferenz und PSAG, weiteren Gremien und der Gesundheitsberichterstattung berichtet, mit der Bitte, die Tischvorlage zustimmend zur Kenntnis zu nehmen.

Aus der Arbeitsgruppe Sucht

Die Suchthilfekonzeption von 2012 wird bekanntlich derzeit von der AG Sucht im Auftrag der Gesundheitskonferenz aktualisiert. Dies betrifft zum einen die Texte, insbesondere zu den stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchtarten, die zu überarbeiten und/oder zu ergänzen sind. Die Fachleute gehen weiterhin davon aus, dass die Lage in Krefeld nicht von der im Land/Bund abweicht. Es sei darauf hingewiesen, dass es keinesfalls um wissenschaftliche ausführliche Abhandlungen oder dergleichen gehen soll, sondern der Leser/die Leserin eine ungefähre Vorstellung von der aktuellen Dimension der Sucht und Suchthilfe erhalten soll. Weiterführende Literaturhinweise werden angegeben.

Zum anderen sind die Tabellen der Hilfeangebote des Suchthilfesystems, also des medizinischen Systems, des psychosozialen Systems, der Selbsthilfe und der Prävention sowie weiter die Handlungserfordernisse zu überprüfen bzw. zu überarbeiten. Ein neues Kurzkapitel zur Kooperation und Vernetzung bzgl. der Suchthilfe und -prävention vor Ort soll aufgenommen werden. Schließlich soll die Suchthilfekonzeption stufenweise in eine internetfähige und damit benutzerfreundlichere Fassung gebracht werden. Dazu hat ein erster Fachaustausch stattgefunden.

Die AG hat bekanntlich eine Lenkungsgruppe und die Kleingruppen Suchthilfe und Sucht-Prävention eingerichtet. Aktuell werden quasi zeitgleich sowohl der Einleitungstext als auch die Tabellen und Handlungserfordernisse gesichtet und überarbeitet. Die nächste Sitzung der AG, in der dann die bis dahin erarbeiteten Ergebnisse beraten werden, findet am 11.07.2018 statt. Aufgrund der erforderlichen umfassenden Beratungs- und Abstimmungsprozesse mit sämtlichen Beteiligten der verschiedenen Gruppen und aufgrund der Tatsache, dass die meisten Mitglieder Fachleute des Suchthilfesystems außerhalb der kommunalen Verwaltung sind, die diese Aufgaben freiwillig und zusätzlich zu ihrer eigentlichen Arbeit übernehmen, kann derzeit noch kein konkreter Zeitpunkt der Vorlage der aktualisierten Version genannt werden.

Aus der Arbeitsgruppe Häusliche Gewalt und Gesundheit

Die AG beabsichtigt, im Nachgang zu der von der AG organisierten Fortbildung „Kinder sind unschlagbar“ am 14.10.2017 nun Informationsmaterialien zum Thema Häusliche Gewalt zusammenzustellen, diese in Qualitätszirkeln/Stammtischen von Kinderärzten/Ärztinnen zu verteilen und entsprechend zu informieren. Hingewiesen werden soll auch auf den umfangreichen Leitfaden und das Internetportal - www.gewalt-gegen-kinder.de - der Techniker-Krankenkasse und deren Kooperationspartner Land NRW und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte u.a.. Es ist zudem angedacht, eine kleine informative Zusammenstellung über Beratungsstellen, die an Eltern weitergegeben werden kann, möglichst auch in mehreren Sprachen, zu entwickeln.

Aus der Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung und Prävention

Die konstituierende Sitzung dieser Arbeitsgruppe hat am 17.01.2018 stattgefunden. Die AG hat sich auf die folgenden Ziele verständigt:

- Vernetzung (möglicher) Akteure im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Krefeld,*
- Vornehmen einer Bestandsaufnahme, zunächst bei den Teilnehmern, von lebensweltbezogenen zielgruppenspezifischen Projekten/Programmen der Gesundheitsförderung/Prävention vor Ort,*
- auf dieser Basis: Feststellen möglicher Bedarfe für vorrangige Zielgruppen in Krefeld und ggf. Erarbeitung möglicher Handlungsempfehlungen an die KGK,*
- Informationen an die AG-Mitglieder über das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention mit der entsprechenden Bundesrahmenempfehlung und Landesrahmenvereinbarung sowie deren Umsetzung.*

Eine Kleingruppe, in der auch Herr Krüger, Mitglied der Gesundheitskonferenz, vertreten ist, hat damit begonnen, ein Raster für das Verfahren der Bestandsaufnahme zu erarbeiten.

In der nächsten Sitzung der AG, die am 27.06. 2018 stattfinden wird, werden zwei Mitarbeiter der beim NRW-Landeszentrum für Gesundheit angesiedelten Koordinierungsstelle für gesundheitliche Chancengleichheit referieren. Die Aufgabe dieser Stelle ist es u.a., Potenziale der Gesundheitsförderung aufzuzeigen, Modelle guter Praxis zu identifizieren und den Wissenstransfer in der Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen. Sie ist für Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen des Präventionsgesetzes Anlaufstelle und berät Interessierte auch zu möglichen Antragsverfahren.

Aus der AG Krankenhausplanung

Grundsätzlich kann die Gesundheitskonferenz (nach § 16 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen) Stellungnahmen zu regionalen Planungskonzepten im Rahmen der Krankenhausplanung abgeben. Um derartige Fragestellungen zu erörtern und über die Notwendigkeit entsprechender Stellungnahmen zu beraten, wurde bekanntlich die AG Krankenhausplanung der KGK eingerichtet.

Mit E-Mail vom 23.04.2018 haben wir den Mitgliedern der AG das aktuelle Schreiben des NRW-Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) zum Thema „Krankenhausplan des Landes NRW, psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung der Städte Duisburg, Oberhausen, Krefeld und der Kreise Wesel und Kleve sowie der dem Kreis Mettmann angehörigen Stadt Ratingen geschickt. Daraus gehen die im derzeitigen Krankenhausplan festgelegten voll- und teilstationären Soll-Zahlen der einzelnen Krankenhäuser, die entsprechenden Anträge der verschiedenen Krankenhausträger, die Voten der Krankenkassen, der Bezirksregierung Düsseldorf sowie des MAGS hervor. Die eingereichten Planungskonzepte werden hinsichtlich der zukünftigen Kapazitäten gemeinsam bewertet, da Wanderungsbewegungen zwischen den Regionen und Überschneidungen in den Pflichtversorgungsgebieten zu berücksichtigen sind. In dem Schreiben des Landes wurde um eine Stellungnahme bis zum 15.05.2018 gebeten und andernfalls davon ausgegangen, dass man sich der dargestellten Auffassung des Landes anschließt. Seitens der Mitglieder der AG wurden keine Stellungnahmen abgegeben. Ggf. sollen die Ergebnisse der gesamten Krankenhausplanung bzgl. Krefeld in einer der nächsten Sitzungen der Gesundheitskonferenz vorgestellt werden.

Aus der PSAG Krefeld

Das Schwerpunktthema der diesjährigen Mitgliederversammlung im April war das gesetzliche Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung - mit psychosozialen Fokus. Dieses Thema steht bekanntlich auch auf der heutigen Tagesordnung der KGK. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die neuen Regelungen, die seit Oktober letzten Jahres gelten, gerade aus Sicht der Patienten viele Vorteile bieten können, sich jedoch bzgl. der Umsetzung des sogenannten Rahmenvertrags Entlassmanagement noch viele Fragen ergeben. Weiter stand die Wahl des Vorsitzenden der PSAG Krefeld auf dem Programm, bei der Herr Dr. Horn erneut einstimmig wiedergewählt wurde.

Im Rahmen der nächsten PSAG-Sprecherratssitzung im Juni wird ein zweiter Erfahrungsaustausch zum Thema psychisch kranke obdachlose Menschen mit auffälligem, aggressivem Verhalten in Krefeld mit weiteren externen Fachleuten stattfinden. Es ist explizit darauf hinzuweisen, dass es hier seitens der PSAG um eine bestimmte Gruppe von psychisch kranken wohnungslosen Menschen mit auffälligen, aggressiven Verhaltensweisen geht, für die die üblichen Übernachtungsmöglichkeiten nicht in Frage kämen. Das Thema wird weiter verfolgt werden.

Aus der Gesundheitsberichterstattung

Der aktuelle Gesundheitsbericht mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen ist den Mitgliedern der Gesundheitskonferenz am 23.03.2018 gemailt worden. Sollte es dazu noch Klärungsbedarf geben oder eine begleitende Stellungnahme der KGK gewünscht sein, so geben wir die entsprechenden Anmerkungen gerne an die Kollegin weiter. Der Bericht wird dann wie üblich entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen – gemäß §21 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW/ÖDG - veröffentlicht. Nach § 24(§) ÖGD wird er auch (mit eventuellen Empfehlungen/Stellungnahmen der Gesundheitskonferenz) dem Rat über den Gesundheitsausschuss zugeleitet.

Der Gesundheitsbericht zu Geburtsgewicht, Säuglingssterblichkeit, Totgeburten wird nach Auskunft der Gesundheitsberichterstatteerin derzeit aktualisiert.

Pa /Ds, 14.05.2018