

**Niederschrift der 20. Krefelder Gesundheitskonferenz  
am 04.11. 2009, 17<sup>00</sup> Uhr, Rathaus, Raum C**

**Vorsitz/Moderation:** Herr Dr. Schmitz

**Anwesende Mitglieder/Stellvertreter:**

Herr Bahr	Vdek/BEK
Herr Dr. Binder	Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld
Frau Fehmer	Sachverständigengruppe für Behindertenfragen im DPWV
Herr Hahn	Forum Selbsthilfe
Herr Hochkamer	AG der Wohlfahrtsverbände/DPWV Kreisverband Krefeld
Herr Hoffmann	FDP-Fraktion Krefeld
Frau Honnen	Pflegekonferenz/Fachbereich Soziales der Stadt Krefeld
Herr Dr. Horn	PSAG Krefeld/Krankenhaus Maria-Hilf (Alexianer)
Herr Ix	IKK Nordrhein, Krefeld
Herr Krüger	Apothekerkammer, Kreisstelle Krefeld
Herr Meertz	AOK Krefeld
Frau Meincke	CDU-Fraktion Krefeld
Herr Mertens	SBK Arge Rhein/Ruhr
Herr Noth	Patientenbeschwerdestelle im Helios-Klinikum Krefeld
Herr Novotny	ArGe der Krankenhäuser Krefeld, Klinik Königshof
Frau Pasch	Krefelder Kreis/Die Unabhängigen
Herr Renner	Fraktion Bündnis 90/Die Grünen Krefeld
Herr Dr. Schillings	Ärztekammer Rheinland, Kreisstelle Krefeld
Frau Schnell	SPD-Fraktion Krefeld
Frau Weinbörner	Gleichstellungsstelle der Stadt Krefeld
Herr Zange	Kassenärztliche Vereinigung, Kreisstelle Krefeld

**Entschuldigt/nicht anwesend:**

Herr Abrahams	Geschäftsbereich Finanzen und Gesundheit, Stadt Krefeld
Herr Dr. Lenssen	Rettungsdienst des Fachbereichs Feuerwehr und Zivilschutz
Herr Olgemann	Pflegekonferenz/Arbeiterwohlfahrt Krefeld
Frau Schneppe	SPD-Fraktion Krefeld

**Gäste:**

Herr Beckers	PSAG Krefeld/SKM
Herr Henke	Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld
Frau Özcan	PSAG Krefeld/Assistenz GbR Krefeld
Herr Streubel	Presseamt der Stadt Krefeld

**Niederschrift:**

Frau Paas und

---

Frau Drees

Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld, Geschäftsstelle  
der Kommunalen Gesundheitskonferenz/Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung

Herr Dr. Schmitz begrüßt die Anwesenden. Er entschuldigt Herrn Abrahams und eröffnet die Sitzung.

### **Zu TOP 1: Genehmigung der Niederschrift der 19. Krefelder Gesundheitskonferenz**

Die Niederschrift wird genehmigt.

### **Zu TOP 2: Aktuelles - Sachstandbericht zur Neuen Influenza**

Herr Dr. Binder berichtet von einer Zunahme der Fallzahlen in Krefeld. Derzeit gebe es hier 20 an Neuer Influenza (Schweinegrippe) Erkrankte, davon 9 Schüler/innen, sowie 28 Verdachtsfälle. Die wahre Fallzahlgröße würde dies jedoch wahrscheinlich nicht widerspiegeln; er gehe von einer größeren Dunkelziffer aus. Es komme vor, dass Verdachts- oder Krankheitsfälle nicht gemeldet würden.

Auf die Frage von Herrn Hoffmann, ob die Ärzte im Verdachtsfall Abstriche machen sollten, teilt Herr Dr. Binder seine Einschätzung mit, dass Abstriche bei schwer kranken Menschen, die Kontakt mit einer infizierten Person hatten, sinnvoll seien, diese Diagnostik bei „Routineerkrankten“ jedoch nicht unbedingt erforderlich sei, da sich daraus keine andere Behandlung ableiten lasse.

Herr Renner möchte wissen, ob man sich gegen die saisonale und die Neue Influenza impfen lassen sollte. Herr Dr. Binder teilt mit, dass die zeitgleiche Impfung, möglichst in den linken und rechten Oberarm, erlaubt sei. Besser sei es jedoch, zwischen den Impfungen einen dreiwöchigen Abstand einzuhalten, um mögliche Nebenwirkungen besser zurückführen zu können. Das Nebenwirkungsprofil der Impfung gegen die Neue Influenza ähnele dem gegen die saisonale Grippe, wobei die Nebenwirkungen aber – wie erste Erfahrungen aus Schweden zeigten - stärker ausgeprägt seien.

Abschließend weist Herr Dr. Binder darauf hin, dass bundesweit im Gegensatz zur saisonalen Grippe bislang kaum schwere Krankheitsverläufe oder Todesfälle zu beklagen seien. Demnach sei Panik nicht angebracht, aber die Entwicklungen insbesondere in den Wintermonaten sollten wachsam beobachtet werden.

### **Zu TOP 3: Alter und Gesundheit**

#### **Zu 3.1: Ältere Menschen in Krisensituationen und „Psych-KG“**

Herr Dr. Horn und Herr Stiefelhagen veranschaulichen die Komplexität des Themas einleitend mit Fallbeispielen aus der Praxis. So sei etwa eine spärlich bekleidete, ältere Dame im verwirrten Zustand im Winter draußen herumgeirrt. Sie habe ihren Namen und ihre Anschrift nicht nennen können und keine Papiere bei sich gehabt. Zunächst sei geprüft worden, ob bei der Polizei keine Vermisstenmeldung vorläge; da dies nicht der Fall war, sei die Dame in eine Klinik eingewiesen worden. Oder ein älteres Ehepaar habe längere Zeit unauffällig gelebt, bis Nachbarn gemeldet hätten, dass sie

---

länger nichts mehr von den beiden gehört hätten. Es habe sich dann herausgestellt, dass diese Partner schon seit mehreren Monaten nackt und verwehrlos in ihrer Wohnung gewesen seien; auch sie wurden in eine Klinik eingewiesen. Bei beiden wurde eine ausgeprägte Demenz diagnostiziert. Oft habe man auch mit Häuslicher Gewalt zu tun. Wenn der Pflegende diese ausübe, sei eine theoretisch dessen zehntätige Verweisung aus der gemeinsamen Wohnung möglich, doch was geschehe dann mit der pflegebedürftigen Person? In solchen Fällen sei oft die Einweisung nach Psych-KG zunächst praktisch die einzige Möglichkeit der Hilfe.

Die Referenten prognostizieren die Zunahme derartiger Probleme auch in Krefeld. Besonders die folgenden Institutionen und deren Vernetzung seien hier besonders gefordert: Polizei, die städtischen Fachbereiche Jugend-Familie-Senioren, der Sozialpsychiatrische Dienst des Fachbereichs Gesundheit, der ärztliche Notdienst, Feuerwehr/Notarzt und die Seniorenheime.

Die Rahmenbedingungen für Zwangs- und Notunterbringungen und die Finanzierung seien komplex und kompliziert. Sie umfassten die Regelungen des Gewaltschutzgesetzes für Beziehungen im häuslichen oder privaten Umfeld, der Polizei- und Ordnungsbehördengesetze, des Psych-KGs (NRW-Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten), des im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelten Betreuungsrechts (in denen auch die mögliche Zwangsunterbringung des Betreuten geregelt seien), die seit dem 26.03.2009 gültige Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Unterbringungen müssten legal sein. In Krefeld sei bei den Zwangsunterbringungen nach dem Psych-KG ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Während im Jahr 2007 471 Personen per Psych-KG in einem Fachkrankenhaus bzw. in einer psychiatrischen Abteilung untergebracht worden seien, habe sich die Anzahl im Jahr 2008 auf 583 erhöht. Das entspreche 2,47/1000 Einwohner, womit Krefeld in NRW die drittmeisten Psych-KG-Einweisungen aufweise. Die Krefelder Rate liege über dem Doppelten des NRW-Durchschnitts von 1,18/1000 Einwohnern. Von den entsprechend eingewiesenen Patienten sei ca. ein Viertel, nämlich 151, älter als 60 Jahre gewesen (64 Frauen, 87 Männer)! Jedoch sei die Zahl der Bestätigungen durch eine/n Richter/in nach vorläufiger Unterbringung in Krefeld anscheinend relativ niedrig, Daten darüber seien aber nicht bekannt.

Auf die Zwischenfrage von Herrn Hoffmann, wie diese Zunahme zu erklären sei, antwortet Herr Stiefelhagen, dass dies nicht bekannt sei, die einzige Änderung seit dem letzten Jahr sei, dass die Notärzte und nicht mehr die Fachkliniken für die Einweisungen nach Psych-KG zuständig seien. Außerdem berichtet Herr Stiefelhagen von seinen Erfahrungen aus Herne, wo seitens der Gerichte – im Gegensatz zu Krefeld – auch Eilbetreuungen möglich gewesen seien, die manches Mal eine Zwangsunterbringung verhindert hätten.

Die Referenten bedauern, dass ihnen über die Zwangsunterbringung nach dem Betreuungsrecht keine Daten vorlägen. Problematisch bei dieser Art der Unterbringung sei in Krefeld, dass nach Auffassung der Richter zwar die Einweisung der Betreuten möglich sei, aber nicht die Behandlung und Medikation gegen den Willen des Patienten.

Frau Schnell fragt nach dem Sinn von Patientenverfügungen. Herr Dr. Horn begrüßt die seit dem letzten Jahr dazu bestehende gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung (s. Anmerkung). Darüber hinaus könne gerade für Menschen mit psychischen

Krankheiten zusätzlich das Aufstellen einer vorsorglichen Therapievereinbarung für den Fall einer Krise mit den behandelnden Ärzten hilfreich sein. Derartige Formulare ständen in den Kliniken zur Verfügung.

*Anmerkung der Protokollanten: Das erste Gesetz zur Patientenverfügung ist in Deutschland seit dem 01.09.2009 in Kraft (s. §§ 1901a ff. BGB) Danach können entscheidungsfähige Volljährige in einer schriftlichen Patientenverfügung im Voraus festlegen, ob und wie sie später ärztlich behandelt werden wollen, welche bestimmten medizinischen Maßnahmen durchzuführen oder zu unterlassen sind, wenn sie ihren Willen nicht mehr äußern können. Patientenverfügungen müssen vom Aussteller eigenhändig unterzeichnet sein oder durch ein notariell beglaubigtes Handzeichen unterzeichnet sein. Betreuer/in und Bevollmächtigte/r sind im Falle der Entscheidungsunfähigkeit des Betroffenen daran gebunden. Sie müssen prüfen, ob die Festlegungen darin der aktuellen Lebens- und Behandlungsfähigkeit entsprechen und den Willen des Betroffenen zur Geltung bringen. Adressaten der Patientenverfügung sind neben der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt alle, die an der Betreuung und Behandlung teilnehmen.*

*Eine Patientenverfügung kann vom Aussteller jederzeit formlos widerrufen werden. Gibt es keine Patientenverfügung oder treffen die Feststellungen nicht die aktuelle Situation, muss die/der Betreuer/in oder Bevollmächtigte unter Beachtung des mutmaßlichen Patientenwillens entscheiden, ob sie/er in die Untersuchung, die Heilbehandlung oder den ärztlichen Eingriff einwilligt. Weitere Vorsorgeinstrumente sind die Betreuungsverfügung und die Vorsorgevollmacht. Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung einer Person für den Fall der Anordnung einer Betreuung. Mit der Vorsorgevollmacht wird eine Vertrauensperson für den Fall der Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit des Vollmachtgebers für bestimmte Bereiche, z. B. für die gesundheitlichen Angelegenheiten, bevollmächtigt. Der Bevollmächtigte wird zum Vertreter des Willens. Er verschafft dem Willen des aktuell nicht mehr einwilligungsfähigen Vollmachtgebers Ausdruck und Geltung. (Weitere Informationen siehe z.B. [www.bmj.de](http://www.bmj.de), unter Publikationen).*

Bzgl. der vom Sozialpsychiatrischen Dienst zu betreuenden älteren Menschen stellt Herr Stiefelhagen fest, dass ältere Menschen zunehmend nicht mehr Teil eines Verbundes, sei es Familie oder Hausgemeinschaft, seien. Dies sei neben der allgemeinen demografischen Entwicklung auch dadurch zu erklären, dass viele sich durch Veränderungen im Alter (Überforderung, Sonderlichkeit, wahnhaftem Erleben, anderen psychiatrischen Erkrankungen, Verwahrlosung oder Streitereien) aus den Familienverbänden entfernt hätten. Als Einflussfaktoren für Krisensituationen älterer Menschen sieht er häufige Informationsdefizite über das Hilfesystem und in diesem System die verschiedensten Akteure. Weiter stellt er dazu fest, dass die psych. Krankheiten sich oft schleichend und langwierig entwickelten und zu allmählichen Verhaltensveränderungen bei den Betroffenen führten. Oftmals würden letztere auch auf Überforderung, Rollenverlust, Trauer und somatische Erkrankungen zurückgeführt.

Handlungsbedarf in der Arbeit mit alten Menschen mit psychischen Problemen als wichtige Zielgruppe im Gesundheitssystem sehen die Referenten in der Verbesserung des Hilfesystems, der Strukturierung ambulanter und stationärer Hilfen (koordinierte Behandlungsabläufe, integrierte Versorgung), der weiteren Vernetzung der Dienste und Verbesserung des Informationsflusses, Fallkonferenzen, der Schaffung weiterer niedrigschwelliger Angebote, der weiteren Erarbeitung und Sicherung von Qualitätsstandards und der Weiterentwicklung von Wohnkonzepten.

### **Zu 3.2: Arzneimittelinteraktionen bei älteren Menschen**

Herr Dr. Horn erläutert das weite Feld der Arzneimittelaktionen bei älteren Menschen mit Hilfe einer Power-Point-Präsentation, die bei Bedarf bei der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz angefordert werden kann.

Er berichtet über die Probleme und Gefahren der Polypharmazie bei älteren Menschen. Auch die sieben Gesundheitsweisen hätten in ihrem neuen Gutachten für die Bundesregierung festgestellt, dass für die Betroffenen oftmals zu viele und auch die falschen Medikamente verschrieben werden. Er erläutert, welche Eckpunkte der behandelnde Arzt bei der Pharmakotherapie insbesondere berücksichtigen sollte. Er weist darauf hin, dass die Sicherheit des Arzneimittels auch in der Sicherheit des

Prozesses der Arzneimittelbehandlung bestehe und beschreibt dabei die Aufgaben der Ärzte, die die Wechselwirkungen bei ihren Medikationen berücksichtigen müssten.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit habe diesbezüglich festgestellt, dass Handlungsbedarf bestehe, da die Medizin immer komplexer und die Behandlungsmöglichkeiten vielfältiger, die Patienten älter, anfälliger und anspruchsvoller, die Rahmenbedingungen für gute Medizin aber schlechter würden. Durch entsprechendes Qualitätsmanagement solle jedoch mehr erreicht werden. Auch das Bundesministerium für Gesundheit habe im Jahr 2008/2009 einen Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit erstellt. Folgende Punkte seien zu beachten: 1. Sicherheitskultur etablieren, 2. Informationen über Arzneimittel verbessern, 3. Strategien zur Risikovermeidung entwickeln und implementieren, 4. Forschung zur Arzneimitteltherapiesicherheit initiieren und 5. Prozess organisieren.

Herr Dr. Horn stellt in diesem Zusammenhang die Risikofaktoren im Medikationsprozess älterer Menschen vor:

- Polymedikation, hier sollten die Interaktionen der unterschiedlichen Medikamente sowie grundsätzlich veränderte Prozesse im Alter berücksichtigt werden.
- Mangelndes Problembewusstsein bei Ärzten, Pflegekräften und Patienten hinsichtlich der Medikationen sowie mangelnde Koordination in der Arzneimittelversorgung.

Er erläutert die De Beers-Liste. Dabei handele es sich um eine Zusammenfassung von Medikamenten, die für ältere Patienten als unangemessen betrachtet werden. Vor diesem Hintergrund wird darauf hingewiesen, dass das Bildungsministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ein Projekt durchführt, mit dem Ziel der Erstellung einer deutschen Liste potenziell inadäquater Medikationen für ältere multimorbide Patienten.

Er führt weiter aus, dass die über 60-Jährigen einen Bevölkerungsanteil von 22% repräsentierten, aber 54% der sich im Umlauf befindlichen Arzneimittel verbrauchten. Jede/r über 60-Jährige werde im Durchschnitt mit mindestens drei Arzneimitteln behandelt. 56 % der Bewohner in den Altenheimen erhielten sogar mehr als sechs Dauererordnungen pro Tag. Gerade im Alter und bei Multimorbidität entwickle sich oftmals ein Teufelskreislauf der Polypharmakotherapie.

Herr Dr. Horn weist insbesondere auf die Nebenwirkungen von Psychopharmaka mit dramatischen Folgen für ältere Menschen hin. Neben Sturzgefahr bei Sedierung und Darreichung von Parkinsonoid und Orthostase wirkten die Psychopharmaka so, dass es auch zu Diabeteskompensationen, Tachykardien, Synkopen und zur Delirgefahr kommen könne. Abschließend berichtet Herr Dr. Horn, dass auch in Deutschland ein sogenanntes Pharmakovigilanzzentrum existiere, mit dem Ziel Datenbanken zu erstellen, die die nationalen Arzneimittelbehörden bei der Verbesserung der Arzneimittelsicherheit unterstützen.

Nach der Faktenvermittlung hinsichtlich der Thematik referiert Herr Krüger aus der Sicht des Apothekers bzw. Patienten zu dieser Problematik. Er erläutert dies anhand eines Beispiels, indem er den Fall eines älteren Patienten beschreibt, der täglich sieben Medikamente einzunehmen habe. Nach einer bestimmten Formel werde errechnet, dass es dabei zu 21 Medikamenteninteraktionen komme. Wenn der Patient dann mit einem weiteren Rezept in die Apotheke komme, sei nicht davon auszugehen, dass dieser Patient diese sieben Medikamente namentlich benennen könne, so dass die Apotheke den Patienten daher letztendlich oftmals nicht in angemessener Weise beraten könne. Es stelle sich die Frage, wer Ansprechpartner für den Apotheker sei bzw. wem die gesamten Medikamente bekannt seien, die der Patient einnehme.

Auch auf europäischer Ebene werde dieses Problem diskutiert. Hier werde beispielsweise das Konzept einer sogenannten Brown-Box als hilfreich empfunden. Sämtliche aktuellen Medikamente und darüber auch noch die Medikamente, die sich im Haushalt befänden, würden entsprechend (aus)sortiert und zugeordnet.

Derzeit könnten die Mitarbeiter/innen einer Apotheke anhand eines Rezeptes nicht erkennen, welche Krankheit/en vorliege/n, so dass bzgl. möglicher allergischer Reaktionen, einem eventuellen Gefährdungspotenzial für ältere Menschen oder ggf. Doppelverordnungen oder Verordnungslücken nicht individuell beraten werden könne.

In Dänemark etwa oder den Niederlanden gebe es für Apotheken, Notärzte und Krankenkäuser im Bedarfsfall die Möglichkeit, auf eine elektronische Patientendatei mit Medikamentenliste zurückzugreifen. Hierzulande würden theoretisch Vorteile gesehen, aber auch datenschutzrechtliche Bedenken angemeldet.

Ziel in Zukunft werde die Implementierung des Medikationsmanagements sein. Medikationsmanagement bedeute Therapiesicherheit und Interaktionsüberprüfung „Cave Check“ und beziehe sich auf den häuslichen Bereich des Patienten. Mit Hilfe von Patientendateien, die sämtliche Medikationsdaten und Dosiermemos, auch aus der Vergangenheit, enthielten, könne das entsprechende Fachpersonal der Apotheken den Patienten ein Medikationsprofil erstellen, welches insbesondere Doppelverordnungen und Versorgungslücken aufzeigen könne.

Herr Krüger beschreibt das Häusliche Medikationsmanagement an Hand beigefügter Darstellung. Zur Zeit scheine es aber eher schwierig zu sein, diese unterstützenden Strukturen in das Gesundheitssystem zu implementieren. Es müsse nach weiteren Lösungen und Konzepten gesucht werden. Auch die Finanzierung müsse geklärt werden. Herr Stiefelhagen weist auf die Möglichkeit des Blisterns, also auf die patientenindividuelle eingeschweißte Einzelverpackung, hin. Es wird erläutert, dass Blistern nicht in allen Fällen sinnvoll sei, da zum Teil der Gesamtüberblick verloren gehe und der Patient den Beipackzettel und die Packung nicht mehr vor Augen habe.

Herr Hochkamer bestätigt die Überforderung vieler Patienten und bedauert, dass den Patienten zu wenig niedrigschwellige Beratungskompetenz zur Verfügung stehe. Herr Krüger rät zu neuen Formen, wie z.B. sogenannten Care-Teams der Apotheken, die sich individuell mit den entsprechenden Medikationen beschäftigten. Darüber hinaus müsse viel mehr Versorgungsforschung betrieben werden. Evidenzbasierte Ergebnisse lägen leider noch nicht vor. Die im Ausland in verschiedenen Indikationsbereichen vollzogenen Forschungen seien oftmals nicht auf Deutschland übertragbar.

#### **Zu TOP 4: Bericht über den 2. Krefelder Psychiatrietag (Thema: Migration und Gesundheit)**

Herr Beckers blickt zunächst zurück auf den 1. Psychiatrietag, an dem vor ca. zwei Jahren ein Busshuttle zu Krefelder Einrichtungen der psychosozialen Versorgung für interessierte Bürger/innen angeboten wurde. In der Gesundheitskonferenz sei darüber berichtet worden.

Seit zwei Jahren beschäftige sich die Untergruppe „Erwachsenenpsychiatrie“ der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft mit dem Thema „Psychische Krankheiten bei Menschen mit Migrationshintergrund“. Auf dieses Thema, das auch Schwerpunktthema der 19. Gesundheitskonferenz und der diesjährigen Mitgliederversammlung der PSAG

gewesen sei, habe die PSAG-Untergruppe beim 2. Psychiatrietag am 9.09.2009 in der Volkshochschule Krefeld den Fokus gelegt. Frau Özcan und Herr Beckers berichten, dass sich diese Veranstaltung mit dem Titel „Hoffnung (in verschiedenen Sprachen) – Informationen über psychische Erkrankungen für Migrantinnen und Migranten“ direkt an Menschen mit Migrationshintergrund gerichtet habe, um ihnen den Zugang zu diesem Themenbereich zu verschaffen, Schwellenängste zu nehmen, sie über psychische Krankheiten zu informieren und ihnen insbesondere Anlaufstellen und Selbsthilfegruppen aufzuzeigen.

Im VHS-Foyer hätten verschiedenen Einrichtungen des psychosozialen Hilfesystems in Krefeld ihre Angebote vorgestellt. Während im ersten Veranstaltungsteil Berichte und Lebensgeschichten von Menschen mit psychischen Probleme aus der zweiten Einwanderergeneration von Herrn Pese, Mitglied der o.a. Untergruppe und Leiter der Selbsthilfe „Mut zum Anderssein“ präsentiert worden seien, sei in der von Herrn Mesghinna, Leiter des Fachbereichs für Integration und Migration beim Caritasverband, moderierten anschließenden Podiumsdiskussion ausgiebig diskutiert worden. Auf dem Podium hätten gesessen: die niedergelassenen Ärzte Herr Dr. Al-Sawair und Frau Dr. Littke-Alves, von der Klinik Königshof die Ärzte Frau Wiens-Klingenberg und Herr Keskin, vom Alexianer-Krankenhaus Frau Dr. Mesbah, vom Caritasverband Frau Beck.

Eine Erkenntnis sei gewesen, dass Angehörige der zweiten (!) Einwanderergeneration besonders anfällig für psychische Störungen seien, denn während deren Eltern noch eine Verwurzelung im Heimatland hätten, suchten die Kinder den Weg zwischen den Kulturen (Identitätsprobleme) und seien zudem häufig als Dolmetscher überfordert. Dass sich daraus auch psychischen Auswirkungen auf die dritte Generation ergeben, dürfte nicht ignoriert werden.

Der gut besuchte 2. Psychiatrietag sei untermalt worden durch einen musikalischen Beitrag von Ozan Safak und eine Theatervorführung der Islamischen Denkfabrik zum Thema „Selbsthilfe für psychisch kranke Migranten“ und kulinarisch unterstützt worden durch die Moscheegemeinde Kamp-Lintfort. Das Presseecho sei positiv gewesen.

Herr Beckers Aussage, dass der Themenkomplex „Psychische Erkrankungen und Migration“ in einer solchen, einmaligen Veranstaltung nicht erschöpfend oder gar abschließend behandelt werden könne, sondern die Berücksichtigung migrationsbedingter und kultureller Belange im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten dauerhaft und selbstverständlich werden müsse, findet allgemeine Zustimmung.

## **Zu TOP 5: Berichte aus den Arbeitsgruppen**

### **Zu 5.1: AG Patientenüberleitung**

Frau Drees erläutert die beigelegte Tischvorlage und fasst die Eckpunkte zusammen. Die anwesenden Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz stimmen der Vorgehensweise zu und erwarten einen weiteren Bericht zu diesem Themenbereich zu gegebener Zeit.

### **Zu TOP 5.2: AG Suchthilfekonzeption**

Frau Drees weist hin auf das im Dezember 2009 stattfindende Treffen der AG Sucht der kommunalen Gesundheitskonferenz. Ziel dieses Treffens und folgender sei die Fortschreibung der Suchthilfekonzeption 2006 und damit die Veränderung und Anpassung an die aktuellen Bedarfe und Gegebenheiten. Die überarbeitete aktualisierte Suchthilfekonzeption werde der Kommunalen Gesundheitskonferenz vorgelegt wer-

den.

### **Zu TOP 5.3: AG Häusliche Gewalt und Gesundheit**

Frau Paas berichtet anhand der beigegeführten Tischvorlage über die AG Häusliche Gewalt und Gesundheit der kommunalen Gesundheitskonferenz. In ihrer letzten Sitzung habe die Arbeitsgruppe die Beratungen zum Schwerpunktthema „Häusliche Gewalt und Gesundheit im Alter“ aufgenommen. Für diese Sitzung habe man die bundesweit einzigartige Bonner Initiative „Handeln statt Misshandeln (HSM) - Initiative gegen Gewalt im Alter“ gewinnen können, die ihre Krisenberatungsstelle für Senioren, Angehörige sowie in der Pflege und Altenarbeit Tätige darstellen können. Es sei deutlich geworden, dass diese Initiative bemüht sei, präventiv zu wirken, betroffenen alten Menschen und Pflegenden Hilfsangebote aufzuzeigen, Unterstützung anzubieten und eskalierende Situationen zu verhindern bzw. langfristig zu klären. Das dort ansässige Krisentelefon werde von Menschen aus dem ganzen Bundesgebiet kontaktiert. Grundsätzlich bestehe bundesweit zum Thema „Häusliche Gewalt im Alter“ auf der Ebene der Kommunen ein erheblicher Beratungs- und Handlungsbedarf.

Darüber hinaus informierte Herr Bahnen von der Beratungsstelle für Alterserkrankungen – angesiedelt im Krankenhaus Maria Hilf – von den Angeboten der Beratungsstelle, die kostenlos von allen betroffenen Bürgern der Stadt Krefeld genutzt werden könnten. Auch er sei bereits mehrfach mit dem Thema konfrontiert gewesen. Es wurde beschlossen, dass Herr Bahnen in einer der nächsten Gesundheitskonferenzen seine Arbeit detaillierter vorstellt.

Frau Paas berichtet abschließend, dass die Arbeitsgruppe für Krefeld bereits die Existenz vereinzelter Hilfsangebote zur Kenntnis genommen habe und sich dafür ausgesprochen habe, diese stärker zu vernetzen und intensiver zu publizieren und auszubauen. Auch zum Thema Bewältigung von Krisensituationen im Sinne der beteiligten alten Menschen bestehe weiterhin Beratungsbedarf. Über die weitere Arbeit der Arbeitsgruppe werde wie üblich berichtet werden.

### **Zu TOP 6: Verschiedenes**

%

### **Zu TOP 7: Termin der 21. Krefelder Gesundheitskonferenz**

*Anmerkung: Im Nachhinein wurde festgelegt, dass die 21. Krefelder Gesundheitskonferenz am Mittwoch, den **28. April 2010** um 17<sup>00</sup> Uhr stattfinden wird, diesmal nicht im Rathaus, sondern **im KreVital, Albert-Einstein-Raum, des Maria-Hilf-Krankenhauses, Oberdießemer Str. 136, 47805 Krefeld.***

*Vorab um 16<sup>00</sup> Uhr wird die Möglichkeit einer **Führung** bestehen, zu der aus organisatorischen Gründen eine vorherige Anmeldung erforderlich sein wird (Treffpunkt dazu Eingangsfoyer des Maria-Hilf-Krankenhauses). Nähere Informationen folgen.*