

Kommunale Gesundheitskonferenz Krefeld

32. Sitzung am 2.12.2015

Rathaus, Raum C 2

Vorsitz/Moderation:

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

Anwesende Mitglieder/Stellvertreter:

Herr Bieber	Arbeitsgemeinschaft der BKKn/pronova
Frau Dr. Court	Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld, Ärztlicher Dienst
Herr Henke	Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld, Zentralbereich, Heim- und Medizinalaufsicht
Herr Hilgers	Patientenbeschwerdestelle im Helios-Klinikum Krefeld
Herr Dr. Horn	PSAG Krefeld/Alexianer Krefeld
Herr Pasch	SPD-Fraktion Krefeld
Frau Koch	Forum Selbsthilfe
Herr Dr. Krausbauer	Ärztekammer, Kreisstelle Krefeld
Herr Krüger	Apothekerkammer Krefeld
Frau Meincke	CDU-Fraktion Krefeld (und DRK-Schwesternschaft Krefeld)
Frau Nottebohm	Sachverständigenengruppe für Behindertenfragen
Herr Novotny	ArGe der Krankenhäuser Krefeld/Klinik Königshof
Herr Renner	Fraktion Bündnis 90/Die Grünen Krefeld
Herr Sattler (u. Frau Bendt)	Stadtssportbund Krefeld
Herr Schmitz	UWG-Ratsgruppe Krefeld
Herr Stratmann	AOK Krefeld
Herr Dr. Wiegratz	Rettungsdienst des Fachbereichs Feuerwehr und Zivil- schutz der Stadt Krefeld
Herr Zange	Kassenärztliche Vereinigung, Kreisstelle Krefeld

Gäste:

Herr Dr. Bischoff	Malteser-Krankenhaus St. Josefshospital, Krefeld
Frau Meskes-Woters	Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld, Gesundheitsbe- richtserstattung
Herr Wirtz	Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld, Kinder- und Ju- gendärztlicher Dienst

Entschuldigt/nicht anwesend:

Frau Hellfeier	Gleichstellungsstelle der Stadt Krefeld
----------------	---

Herr Hochkamer	AG der Wohlfahrtsverbände, DPWV, Kreisgruppe Krefeld
Frau Lorenzen	VdEK/Barmer GEK
Herr Olgemann	Pflegekonferenz/AWO
Herr Ott	FDP-Fraktion Krefeld
Herr Schild	IKK Regionaldirektion Niederrhein
Herr Stein	Fraktion Die Linke Krefeld
Herr Wessel	Amtsapotheker für Krefeld

Schriftführung:

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

Vorab begrüßt der Vorsitzende die Mitglieder und Gäste.

Zu TOP 1 - Genehmigung der Niederschrift der 31. Sitzung und der außerordentlichen Sitzung

Beide Niederschriften werden genehmigt.

Zu TOP 2 - Eingänge und Mitteilungen

Herr Visser informiert über die Zustimmung des Rates der Stadt Krefeld, den Stadt-sportbund als neue Mitgliedsinstitution in die Gesundheitskonferenz aufzunehmen. Herr Sattler sei als Mitglied und Frau Bendt als stellvertretendes Mitglied benannt worden. Er heißt sie, die heute gemeinsam anwesend seien, herzlich willkommen. Die Geschäftsordnung der Gesundheitskonferenz werde noch entsprechend angepasst werden.

Zum Thema Flüchtlinge, das derzeit viele beschäftige, berichtet Herr Visser, dass gerade heute wieder sehr kurzfristig 90 Flüchtlingen in Krefeld angekommen seien. Die Zeiten, in denen die Stadt die entsprechende Ankündigung mit einigen Tagen Vorlauf bekommen hätte, seien leider vorbei. Er habe erlebt, dass das Thema Flüchtlinge auch viele Vertreter des Krefelder Gesundheitswesens beschäftige. Auch die Mitglieder der Gesundheitskonferenz seien in unterschiedlichen Bereichen tangiert. Daher schlägt Herr Visser vor, die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen in Krefeld zum Schwerpunktthema der nächsten Gesundheitskonferenz zu machen. Die Gesundheitskonferenz begrüßt seinen Vorschlag und stimmt ihm zu.

Darüber hinaus gibt Frau Meincke Informationen zum Projekt Kindergesundheit von Anfang an, das im Rahmen der Frühen Hilfen die „gute alte Mütterberatung“ (die es

früher gab) für Eltern von Kindern bis zu drei Jahren an festen Brennpunkten (in Kitas) ersetzen könne. Dabei gehe es insbesondere um Fragen von Eltern(-teilen) zum Thema Kinderernährung, kindliches Verhalten oder Wiegen der Babys. Leider sei das Projekt aber nicht im gewünschten Ausmaß angenommen worden, so dass aktuell (mit Genehmigung des Jugendamtes) zur sinnvollen Nutzung der Restmittel eine Umstrukturierung stattgefunden habe: Die DRK-Kinderkrankenschwestern böten nunmehr eine entsprechende Beratung von Eltern von Kleinkindern in Krefelder Flüchtlingsunterkünften an. Herr Visser sieht hier den Bogen zum Hauptthema der nächsten Gesundheitskonferenz und fragt Frau Meincke, ob sie zu gegebener Zeit über die gewonnenen Erfahrungen ihrer Kolleginnen berichtet könne.

Zu TOP 3 - Gesundheitsbericht „Säuglingssterblichkeit in Krefeld“

Herr Visser weist darauf hin, dass der Bericht „Geburtsgewicht – Säuglingssterblichkeit – Totgeburten Krefeld (für den Zeitraum 2009 bis 2014)“ bekanntlich als Beratungsvorlage mit E-Mail vorab an die Mitglieder der Gesundheitskonferenz geschickt worden ist. Frau Meskes-Woters erinnert daran, dass die untere Gesundheitsbehörde grundsätzlich nach § 21 ÖGDG (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst) des Landes Nordrhein-Westfalen regelmäßig kommunale Gesundheitsberichte zu erstellen habe, wobei soziale und geschlechtsspezifische Gegebenheiten regelmäßig einzubeziehen seien. Die untere Gesundheitsbehörde habe die Gesundheitsberichte der Öffentlichkeit zugänglich zu machen (§ 21 ÖGDG). Der Bericht werde wie üblich hier vorgelegt, da die Gesundheitskonferenz (nach §24 (3) ÖGDG) ja an der Berichterstattung mitzuwirken habe. Gesundheitsberichte würden mit eventuellen Empfehlungen/Stellungnahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz dann auch (über den Gesundheitsausschuss) dem Rat zugeleitet.

Frau Meskes-Woters berichtet einleitend, dass wichtige Grundlagen für die Gesundheit im späteren Erwachsenenalter bereits durch die genetische Veranlagung in der pränatalen Lebensphase sowie in der frühen Kindheit gelegt würden. Ungünstige soziale Verhältnisse und das Fehlen von emotionaler Zuwendung könnten sich somit nachteilig auf die körperliche und soziale Entwicklung des Kindes und seine Bildungschancen auswirken. Sie vergrößerten zum einen das Risiko schlechter physischer und psychischer Gesundheit und könnten zum anderen die körperliche, intellektuelle und emotionale Weiterentwicklung im Erwachsenenalter beeinträchtigen. Somit seien die Schwangerschaft und das erste Lebensjahr bedeutend für eine gesunde physische und psychische Entwicklung und die Erhaltung der Gesundheit in späteren Lebensphasen. Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und (inter-)nationalen Vergleich sei ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen. Generell hätten Säuglinge mit einem niedrigen Geburtsgewicht (meist Frühgeborene), Neugeborene mit angeborenen Fehlbildungen sowie solche, die von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen betroffen seien, ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko.

Im Folgenden macht Frau Meskes-Woters anhand einer Powerpointpräsentation auf einige Ergebnisse der Auswertung aufmerksam: Der Bericht beziehe sich auf Mütter, die ihren Wohnsitz in Krefeld haben, unabhängig vom Ort der Entbindung. In Krefeld seien im Jahr 2014 1.805 Kinder geboren worden, im Jahr 2013 seien es 1769 Kinder gewesen. Die meisten Kinder in Krefeld würden von Müttern zwischen 25 und 35 Jahren geboren, wobei, wie in ganz Deutschland, eine Verschiebung in Richtung 30 bis 35 Jahren zu erkennen sei (siehe Seite 4 des Berichtes). Zum Geburtsgewicht informiert sie darüber, dass die Erfassung von diesem und weiteren bestimmten Merkmalen bedauerlicher Weise nur bis zum Jahr 2013 möglich gewesen sei. Aufgrund der Änderung des Bundesgesetzes über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Bevölkerungstatistikgesetzes) würden leider seit 2014 folgende Merkmale nicht mehr erfasst: Geburtsgewicht, das wievielte Kind der Ehe, Mehrlingsgeburt, Legitimität. Proteste insbesondere aufgrund der Tatsache, dass das Geburtsgewicht im Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder und des Bundes enthalten sei, seien erfolglos geblieben.

Das Geburtsgewicht sei jedoch ein sehr wichtiger Indikator für die Säuglingssterblichkeit. Zwischen ihm und der Säuglingsmortalität bzw. -mortalität bestehe ein enger Zusammenhang. Es gebe zwei Kategorien untergewichtiger Neugeborener: die aufgrund eines verlangsamten fetalen Wachstums und Frühgeburten. Mögliche Risikofaktoren für ein niedriges Geburtsgewicht lägen vor, wenn die Mutter

- sich noch in der Adoleszenzphase befände,
- bereits Kinder mit geringem Geburtsgewicht zur Welt gebracht habe,
- einen geringen Body-Mass-Index aufweise,
- sich schädlich verhalte (Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, schlechte Ernährung..),
- und auch der Vater einen niedrigen sozioökonomischen Status hätten,
- beide zu einer Minderheit gehörten,
- sich einer Fruchtbarkeitsbehandlung unterzogen hätte.

Es gebe drei Klassifikationen der Neugeborenen nach Geburtsgewicht:

niedriges Geburtsgewicht = < 2500 Gramm,

sehr niedriges Geburtsgewicht = < 1500 Gramm,

extrem niedriges Geburtsgewicht = < 1000 Gramm

und ebenso drei Klassifikationen der Neugeborenen nach Schwangerschaftswoche (SSW):

Frühgeborenes = < 37 SSW,

sehr früh Frühgeborenes = < 32 SSW,

extrem früh Frühgeborenes = < 28 SSW.

Für den seit 1980 in vielen OECD-Ländern verzeichneten Zuwachs der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht gebe es mehrere Gründe: So sei zum einen die Anzahl der Mehrlingsgeburten (mit denen das Risiko von Frühgeburt und niedrigem Geburtsgewicht steigt) zum Teil infolge von Fruchtbarkeitsbehandlungen, stetig gestiegen.

Zum anderen sei ein verstärkter Rückgriff auf geburtshilfliche Techniken wie Geburtseinleitung und Kaiserschnitt festzustellen.

Zu der Abbildung auf Seite 8 des Berichts merkt Frau Meskes-Woters an, dass sowohl ältere Frauen ab 40 Jahren als auch sehr junge Frauen unter 20 Jahren mit Wohnsitz in Krefeld (unabhängig vom Ort der Entbindung) zwischen 2009 und 2013 anteilmäßig die meisten Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht zur Welt gebracht hätten. Die Staatsangehörigkeit der in Krefeld wohnhaften Mütter habe das Geburtsgewicht nicht beeinflusst (siehe S. 10). Innerhalb der Stadtbezirke Krefelds seien teilweise große Unterschiede bezüglich des Geburtsgewichtes zu verzeichnen; so seien in Krefeld-Mitte, Krefeld-Süd und Krefeld-Nord die meisten Kinder mit geringem Geburtsgewicht zur Welt gekommen, gefolgt von Krefeld-Fischeln (siehe Seite 11). Krefelder Mütter hätten in den Jahren 2009 bis 2013 und 2010 bis 2012 im Vergleich zum NRW-Durchschnitt mehr untergewichtige Kinder auf die Welt gebracht (siehe Seite 13). Bei den Angaben handele sich um 3-Jahresmittelwerte.

Zur Säuglingssterblichkeit erläutert Frau Meskes-Woters zunächst: die Angaben bezögen sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1000 Lebensgeburten eines Kalenderjahres. Aufgrund der geringen Fallzahl wären für regionale Angaben gleitende Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet worden. Als Lebendgeburten gälten Kinder, bei denen bei der Geburt die Atmung eingesetzt habe oder ein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegungen der willkürlichen Muskulatur beobachtet worden sei. Neugeborene mit einem Gewicht über 500 g, bei denen diese Anzeichen nicht vorhanden seien, gälten als Totgeburt. Totgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 500 g würden als Fehlgeburt bezeichnet.

Bei der Säuglingssterblichkeit werde unterschieden zwischen:

- | | |
|----------------------------------|------------------|
| - Früh(=Neonatal-)sterblichkeit | unter 1 Monat: |
| -frühe Frühsterblichkeit | 0 bis 6 Tage |
| -späte Frühsterblichkeit | 7 bis 27 Tage |
| - Spät(=Postnatal-)sterblichkeit | 28 bis 364 Tage. |

Bei der Säuglingssterblichkeit läge Krefeld zwar (s. Seite 18) noch über dem NRW-Durchschnitt, nähere sich diesem aber an. So liege der 3-Jahresmittelwert für 2012 bis 2014 bei 4,3 ‰ (Durchschnitt NRW 3,8 ‰). In Krefeld seien (bis 2013, aktuellere Zahlen lägen hierfür nicht vor) anteilig die meisten Neugeborenen durch bestimmte Umstände gestorben, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode (zwischen der abgeschlossenen 22. Schwangerschaftswoche und dem 7. Tag nach der Geburt) hätten (Diagnosen nach dem Diagnoseklassifikationssystem der Medizin ICD 10: P00-P99). Davon seien die meisten in den ersten 7 Lebenstagen gestorben. Die zweithäufigste Todesursache seien angeborene Fehlbildungen, Deformationen und Chromosomenanomalien (ICD 10: Q00-Q99), aber mit sinkender Tendenz.

An dritter Stelle stehe der plötzliche Kindstod (ICD 10: R95), der oft zwischen dem 28. Lebenstag und dem Ende des ersten Lebensjahres auftrete, vornehmlich zwischen dem zweiten und vierten Lebensmonat. Frau Meskes-Woters verweist dazu auf die Seiten 19

und 20 der Vorlage. Sie berichtet, dass man sich diese Angaben für Krefeld gesondert angesehen habe. Hier sei er bei 3 von 46 Säuglingen die Todesursache gewesen (6,5 ‰ im Vergleich zum NRW-Schnitt von 4,9 ‰, siehe Seite 20).

Abschließend teilt sie mit, dass Krefeld, mit durchschnittlich 2,4 Totgeburten bezogen auf 1000 geborene Säuglinge, seit Jahren unter dem NRW-Durchschnitt liege und dass Fehlgeburten nicht registriert würden.

In der anschließenden Erörterung fragt Herr Hilgers, ob die Gründe der hohen Anzahl untergewichtiger Säuglinge im Südbezirk bekannt seien. Herr Wirtz antwortet, dass diesem Gesundheitsbericht die Auswertung der Krefeld-bezogenen Daten zugrunde liege und er als eine Beschreibung des entsprechenden Sachstandes und der Entwicklungen in Krefeld dienen könne. Herr Visser ergänzt, dass ein Gesundheitsbericht derartige (wichtige) Fragen nicht beantworten könne, dies auch nicht dessen Funktion sei. Er habe eher die Funktion einer Informationsquelle, auf dessen Basis man auf Besonderheiten aufmerksam mache und die Zusammenhänge bei Bedarf ggf. näher beleuchten könne, auch vor dem Hintergrund von Präventionsarbeit. Dazu sei aber beispielsweise eine Verzahnung mit anderen Sozialraumdaten sinnvoll, die in der Praxis aufgrund nicht gegebener Kompatibilität oft an Grenzen stoße. Herr Bieber nenne als Beispiel die Untersuchung eines potenziellen Zusammenhang zwischen der Luftverschmutzung und dem Geburtsgewicht; Herr Renner würde sich dafür interessieren, ob es ein Zusammenhang besteht zwischen dem Geburtsgewicht und der Tatsache, ob die Mutter vorab durch eine Hebamme betreut worden sei.

Frau Koch fände einen Vergleich mit der Situation in anderen Städten hilfreich. Herr Zange deutet die Ergebnisse des Berichtes so, dass sich daran nun kein besonderer Handlungsbedarf der Gesundheitskonferenz anschließe, sondern in den Regionen die involvierten Akteure das tun sollten, was ihnen möglich sei, um Verbesserungen zu erzielen.

Herr Dr. Krausbauer gibt zu bedenken, dass es sich um ein sehr komplexes Thema handele, denn unter den gestorbenen Säuglingen (wenn man den plötzlichen Kindstod außen vorlasse), seien auch extrem schwersthandelte Kinder. Frau Meincke bemerkt, dass heutzutage aufgrund des (vorgeburtlichen) medizinischen Fortschritts auch Schwangerschaften erhalten bleiben können, die denen dies früher gar nicht möglich gewesen wäre. Bundesweit kämen heute 4,9% der Kinder mit schwerem Pflegebedarf zur Welt. Und Herr Wirtz ergänzt, dass durch Fehlbildungen verursachte Todesfälle (zweithäufigste Ursache der Säuglingssterblichkeit) nicht komplett verhindert werden könnten.

Wenn jedoch in dem Bericht innerhalb einer Stadt signifikante Unterschiede erkennbar seien, so sollte die Frage gestellt werden, ob und welcher Handlungsbedarf daraus abzuleiten wäre. Es gebe Möglichkeiten der Prävention. So schlägt Frau Meincke vor, bei Babys, die mit Risiken auf die Welt kommen, regulär für die Phase nach der Geburt Familien-Kinderkrankenschwestern /-pfleger einzusetzen. Familienhebammen seien

ihrer Meinung eher für Familien mit gesunden Kindern geeignet. Herr Visser hält es grundsätzlich auch für sinnvoll, die Elternkompetenzen schon während der Schwangerschaftsphase zu stärken. Herr Renner zieht das Fazit, dass werdende Eltern/-teile nach Auffassung der KGK dazu ermutigt werden sollten, besonders bei (zu erwartenden) Komplikationen schon frühzeitig Hilfen während der Schwangerschaft anzunehmen. Darüber hinaus regt Frau Paas an, den Bericht auch den Mitgliedern des Netzwerkes der Frühen Hilfen zur Kenntnis zu geben, über den Koordinator.

Herr Visser schlägt vor, den Gesundheitsbericht nicht mit einer expliziten Stellungnahme, sondern mit den wichtigen Kerninhalten des heutigen Diskussionsverlaufs an den Gesundheitsausschuss und den Rat zu geben, verbunden mit dem Plädoyer, dass Verbesserungen da, wo sie sinnvoll und machbar seien, angestrebt werden sollten. Auch der Bericht über die Schuleingangsuntersuchungen, der bereits in der letzten KGK beraten worden sei, werde noch zur Kenntnis an Ausschuss und Rat geleitet werden. Die KGK stimmt den Vorschlägen vor.

Zu TOP 4 - Vorstellung relevanter Erkenntnisse aus dem AOK-Gesundheitsreport Krefeld

Herr Stratmann geht kurz auf den vorherigen Vortrag ein. Er hält Gesundheitsberichte wie diesen für wichtig. Nach seiner Ansicht seien Informationen über den gesundheitlichen Zustand und die gesundheitlichen Entwicklungen und Zusammenhänge der Krefelder Bevölkerung, zum Beispiel in Form von Gesundheitsberichten, auch für die Gesundheitskonferenz sehr wichtig, um zu schauen, wo man stehe, wo möglicher Weise Handlungsbedarf sei, gerade bezüglich der Präventionsarbeit (Stichwort Präventionsketten). Benchmarking sei auch im Gesundheitswesen üblich.

Man müsse sich dabei darüber bewusst sein, dass man in Gesundheitsberichten nicht alle tiefergehenden komplexen Fragestellungen zu den Daten für Krefeld beantworten könne, sondern solche oft nur mittels zu vergebender wissenschaftlicher Aufträge erforscht werden könnten. Dies könne die AOK Rheinland/Hamburg nicht leisten.

Zunächst gibt Herr Stratmann Informationen zur AOK Rheinland/Hamburg: Es handele sich um die größte gesetzliche Krankenversicherung in NRW mit 13 Regionaldirektionen im Rheinland und 1 in Hamburg. In insgesamt 109 AOK-Geschäftsstellen arbeiteten 7842 Mitarbeiter. Der Anteil der AOK-Versicherten an der Bevölkerung hier liege bei 24,4%, während in Krefeld ca. 30 % bei der AOK versichert seien.

Im AOK-Gesundheitsreport würden neben AOK-eigenen Daten auch Daten anderer Quellen (Landeszentrum für Gesundheit NRW, Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Landessportbund, Landesbetrieb Information und Technik IT NRW, vormals Statistisches Landesamt) herangezogen. Herr Stratmann stellt anhand einer Powerpointpräsentation (die den Mitgliedern der Gesundheitskonferenz zur Verfügung gestellt werde), ausgewählte Gesundheitsdaten zu den Themen Lebenser-

wartung, Gesundheitsvorsorge und Kinder und Jugendliche vor. So läge auf der Basis von 2010 bis 2012 die Lebenserwartung (die im Durchschnitt zu erwartende Zeitspanne, die einem Lebewesen ab einem gegebenen Zeitpunkt bis zu seinem Tod verbleibt) der Krefelder Frauen im Durchschnitt bei 81,67 Jahren (im Regierungsbezirk Düsseldorf 82,10), während die der Krefelder Männer bei 77,40 Jahren (im Regierungsbezirk 77,31) liege. Zur Mortalität teilt er mit, dass es in Krefeld im Jahr 2012 163,2 Sterbefälle pro 100.000 Einwohner aufgrund von bösartigen Neubildungen gegeben habe (NRW-Durchschnitt 165,6; Bundesdurchschnitt 154,9). Die ischämische Herzkrankheit sei bei 50,1 (pro 100.000) Einwohnern in Krefeld Todesursache gewesen (NRW-Durchschnitt 60,9; Bundesdurchschnitt 73,9). Aufgrund zerebrovaskulärer Krankheiten (Schlaganfall) seien 27,8 (pro 100.000) Krefelder gestorben (NRW-Durchschnitt 32,5; Bundesdurchschnitt 32,5).

Zum Bereich der Gesundheitsvorsorge stellt er folgende Daten vor: 28,1 % der Krefelder seien (im Jahr 2013) im Sportverein organisiert (NRW-Durchschnitt 28,4%). Im selben Jahr waren 50,7 % der Krefelder AOK-Versicherten normalgewichtig mit einem BMI von 18,5 bis < 25, weiter 38,9% übergewichtig mit einem BMI von 25 bis < 30 (NRW-Durchschnitt 36,6%) und 16,3% adipös mit einem BMI < oder = 30 (NRW-Durchschnitt 16,2%). Die Inanspruchnahme der gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch Frauen (AOK) im 2. Halbjahr 2012/1. Halbjahr 2013 habe in Krefeld 45,68% (NRW-Durchschnitt 45,85%) betragen, die der urologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Männer (AOK) 21,68 (NRW-Durchschnitt 16,73%).

Bezogen auf Kinder und Jugendliche nennt er folgende Daten: Bezogen auf die Jahre 2010 bis 2012 liege der 3-Jahres-Basis-Mittelwert der Säuglingssterblichkeit in Krefeld bei 5,6‰ (Land NRW 4,4‰). Im Jahr 2013 hätten 89,76% der bei der AOK versicherten Kinder in Krefeld die Früherkennungsuntersuchung U3 in Anspruch genommen, die U4 87,89%, die U5 91,52% und die U6 90,21%, darüber hinaus die U7 89,91%, die U7a 90,05%, die U8 89,19% und die U9 92,26%.

Die U10 und die U 11 würden insgesamt nicht so oft angenommen: So hätten die U10 in Krefeld 48,10% der AOK-versicherten Kinder in Anspruch genommen (AOK Rheinland/Hamburg-Durchschnitt 47,67%), die U11 47,02% (AOK Rheinland/Hamburg-Durchschnitt 41,86%). 50,67% der Krefelder Jugendlichen (AOK) im Alter von 12 bis 14 Jahren hätten die J1 durchlaufen (AOK Rheinland/Hamburg-Durchschnitt: 48,45%). *(Anmerkung: Die U 10, U 11 und die J 2 sind keine gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen, die Kosten werden aber von einigen Kassen, u.a. von der AOK, übernommen.)*

Zum Thema Impfungen berichtet Herr Stratmann, dass im Jahr 2013 89,9% der im Jahr 2009 geborenen AOK-Versicherten in Krefeld gegen Masern-Röteln-Mumps (zwei Impfungen) geimpft seien und gegen Diphtherie/Tetanus 94,4% dieser Kinder. Die Inanspruchnahme der zahnmedizinischen Früherkennungsuntersuchung (3 bis 5 Jahre) laufe in Krefeld insofern gut, dass sie in Kindertagesstätten angeboten werde. In Inanspruchnahme bei Kindern, die keine Kitas besuchten, sei sehr gering. Insgesamt liege

die Inanspruchnahme für die entsprechenden AOK-Versicherten bei 31%. Abschließend geht er auf stationäre Fälle infolge von Alkoholvergiftung und –rausch bei Krefelder Kindern und Jugendlichen (AOK) ab 10 bis unter 20 Jahren ein. Je 100.000 Versicherte habe es im Jahr 2013 342 entsprechende Fälle gegeben (Durchschnitt AOK Rheinland/Hamburg 355). Komasaufen sei aber rückläufig.

Daten zeigten noch, dass jedes 6. Kind in Krefeld adipös sei. Mittlerweile sei (der damit zusammenhängende) Altersdiabetes bei 10-12-jährigen nicht mehr sehr selten.

Auffällig sei bei den Kindern und Jugendlichen generell eine Schwerpunktverschiebung in Richtung Zivilisationskrankheiten. Während früher der Fokus auf Tuberkulose, Infektionskrankheiten/Säuglingssterblichkeit, Kinderlähmung, Mumps-Masern-Röteln und Keuchhusten etc. gelegen habe, habe man heute mit steigenden Raten von Adipositas und Diabetes Typ II, Bewegungsauffälligkeiten/motorischen Schwächen, Kopfschmerzen, Allergien sowie dem Zappelphilipp-Syndrom und Depressionen, Angststörungen und Suchtverhalten zu tun.

Wichtig sei immer eine saubere Diagnose und die Erforschung verschiedener Ursachen und Einflussfaktoren. Herr Stratmann ergänzt noch, dass hoher Fernsehkonsum bei Kindern die kognitive Entwicklung negativ beeinflusse, wohingegen Bewegung letztere positiv beeinflusse.

Das Robert Koch Institut habe bei Kindern und Jugendlichen folgende Problemfelder der Gesundheit identifiziert:

- chronische Erkrankungen,
- Übergewicht und Adipositas
- mangelnde Bewegung
- psychosomatische Beschwerden und psychische Auffälligkeiten,
- Tabak-, Alkohol,- Drogenkonsum,
- verändertes Lebensumfeld (z.B. Wegfall von Spielplätzen).

Die Auswertung vorhandener Daten zeige als Fazit, dass neue chronische und verhaltensbedingte Krankheiten alte, akute Erkrankungen ablösen. Ganz wichtig sei die Erkenntnis, dass wichtige Voraussetzungen für Gesundheit im späteren Lebensalter bereits früh im Kindes- und Jugendalter geschaffen würden und sich aus der o.a. Schwerpunktverschiebung ein deutlicher Handlungsbedarf ergebe.

Herr Stratmann fügt hinzu, dass mit diesem Wissen und auf der Basis der Daten Präventionsprojekte initiiert werden könnten, wie zum Beispiel das neue Projekt der AOK „Allianz Kindergesundheit“, auf das er kurz am Rande eingeht. Dabei handele es sich um eine Allianz für Kinder, zu der sich bislang die AOK Krefeld (Herr Stratmann), die Stadt Krefeld (Herr Visser), die Gynäkologen (Herr Bankamp), das Helios-Klinikum (Herr Prof. Niehues), die DRK-Schwesternschaft (Frau Meincke) und die Kinder- und Jugendärzte (Frau Papaderou) zusammengeschlossen hätten. In einem von diesen unterzeichneten letter of intend (der auch Bezug nimmt auf den in der letzten KGK vorgestellten

Gesundheitsbericht über Schuleingangsuntersuchungen) werde beschrieben, dass man die Verantwortung habe, Kindern gegenüber Bedingungen zu schaffen, in denen sie sich zu gesunden und glücklichen Persönlichkeiten entwickeln können und dass die Gründungsmitglieder aktiv zum Erhalt und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit in Krefeld beitragen wollten. Aktivitäten sollen gebündelt, neue Projekte entwickelt und Ressourcen optimal genutzt werden. Für weitere Interessenten sei das Bündnis offen. Angestrebt werde zunächst die Implementierung der Präventionskampagne „Kinderzukunft NRW“ an der Geburtsklinik des Helios-Klinikums und die Schaffung einer Koordinatorenstelle in diesem Rahmen. Herr Visser bittet darum, dass die Allianz für Kinder und auch die angesprochene Kampagne „Kinderzukunft NRW“ der Gesundheitskonferenz zu gegebener Zeit ausführlicher vorgestellt wird. *(Anmerkung: Herr Dr. Schäfer, stellvertretendes Mitglied in der KGK ist Vorstandsmitglied der dahinter stehenden Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft, bestehend aus Vertretern des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe.)*

Zu TOP 5 - Neustrukturierung des kassenärztlichen Notdienstes in Krefeld

Herr Dr. Krausbauer berichtet sehr positiv von den ärztlichen Notdiensten in Krefeld. Dazu sei eine Notfalldienstpraxis der kassenärztlichen Vereinigung am Helios-Klinikum installiert, die montags, dienstags und donnerstags in der Zeit von 19.00 -22.00 Uhr, mittwochs, freitags von 16.00 -22.00 Uhr und samstags, sonntags, feiertags und am Rosenmontag von 09.00 – 22.00 Uhr geöffnet habe. Darüber würden zwei Ärzte aufsuchend tätig sein und zu den Patienten fahren.

Ebenso sei eine kinderärztliche Notfalldienstpraxis am Helios-Klinikum Krefeld durch die kassenärztliche Vereinigung installiert, die zu den gleichen Öffnungszeiten wie die allgemeine Notdienstpraxis (bis auf den Freitag, da öffnet sie bereits um 14.00 Uhr) zuständig sei. Für die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Gynäkologie sowie die Augenheilkunde gebe es eigene fachärztliche Notdienste. Die Neuerung im Notdienst sehe vor, dass die Fachärzte in bestimmten Ambulanzen der Krankenhäuser ihren Notdienst versehen, was aber hier in Krefeld nicht positiv bewertet wird.

Aktuell gebe es im Bezirk Nordrhein 61 allgemeine Notfalldienstpraxen. Künftig solle es in Nordrhein 41 allgemeine, ärztliche Notdienstpraxen geben. Für den Notdienstbezirk 8 der KV Nordrhein, der Krefeld, Kleve, Viersen und Mönchengladbach umfasse, seien Augen-/Kinder- und HNO-ärztliche Notdiensteinrichtungen der KV geplant, allerdings falle das Angebot eines gynäkologischen Notdienstes weg. Diese fachärztlichen Notdienste sollen für den Bezirk 8 in Krefeld voraussichtlich am Helios-Klinikum angesiedelt werden und dann mit entsprechenden Fachärzten der Region 8 besetzt werden.

Für diesen gesamten Bezirk solle dann auch ein Fahrdienst mit bis zu 7 Fahrzeugen eingesetzt werden. Im Unterschied zur aktuellen Situation führen die diensthabenden Ärzte dann nicht mehr selber die Fahrzeuge. Dies bedeute für Krefelder Ärzte z.B., dass

der Bereitschaftsfahrdienst auch zu Patienten bis nach Kleve fahren werde, da dieser Dienst zentral disponiert werden solle.

Auch die vorgesehene Beschränkung auf eine Dienstbelastung von 50 Stunden Notdienst pro Jahr je Arzt werde von den Krefelder Ärzten nicht unterstützt. In Krefeld habe man die Erfahrung gemacht, dass es Ärzte gebe, die auf freiwilliger Basis durchaus mehr als 50 Stunden pro Jahr Notdienst verrichten. Allerdings werde dieser Dienst aktuell auch besser vergütet als es wohl künftig geplant sei.

Herr Dr. Krausbauer weist darauf hin, dass die kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer Krefeld nicht von der Reform des Notdienstes überzeugt seien, zumal in Krefeld bis dato mit der aktuellen Vorgehensweise Zufriedenheit bei den Patienten und Ärzten vorgeherrscht habe. Die Reform sei durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein initiiert worden und entspräche nicht den Vorstellungen der Krefelder Ärzteschaft. Hintergrund sei die Entschließung der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein, die die Förderung einer intensiveren Kooperation bei der Notfallversorgung zwischen den Ärztinnen und Ärzten in Praxis und Klinik beschlossen habe, um den Herausforderungen, die sich aus der demographischen Entwicklung der Bevölkerung wie auch der Ärzteschaft selbst ergeben, entsprechend gerecht zu werden, auch um Kosten sparen. Herr Dr. Krausbauer sieht in der Veränderung eher eine Verschlechterung als eine Verbesserung für die Krefelder Ärzte wie auch für die Krefelder Bevölkerung. Bis jetzt habe das System in Krefeld gut funktioniert. Er geht davon aus, dass durch die Novellierung die Inanspruchnahme der Kliniken (Ambulanzen) höher werde und somit die medizinische Versorgung verteuert werde.

Herr Zange bestätigt, dass im Bereich der kassenärztlichen Vereinigung Krefeld bis jetzt mit der Durchführung des kassenärztlichen Notdienstes eine hohe Zufriedenheit sowohl bei der Ärzteschaft als auch bei den Patienten geherrscht habe und diese Novellierung vor Ort doch sehr zu Irritationen geführt habe.

In diesem Zusammenhang wird Herr Hilgers gebeten, eventuelle Beschwerden, von denen er als Patientenbeauftragter erfährt bzw. erfahren habe, an die Ärztekammer - Herrn Dr. Krausbauer weiterzuleiten.

Herr Visser erinnert daran, dass die geplante Neustrukturierung des kassenärztlichen Notdienstes bereits im Sozial- und Gesundheitsausschuss vorgestellt worden sei und auch dort diskutiert wurde. Er stellt fest, dass durch eine solche Vorgehensweise auch ein Keil zwischen die Gebietskörperschaften getrieben würde.

Frau Meinke fragt nach, wie die Politik für Krefeld die Ärzteschaft unterstützen könne. Herr Krausbauer erklärt, dass angeblich politischer Druck auf die Kassenärztliche Vereinigung zu der Novellierung der Notdienstreform geführt habe. Die Politik stelle zum Teil Ansprüche an die niedergelassenen Ärzte, die das System zusätzlich belasten und verteuern. Dies könne auch nicht im Sinne der Krankenkassen sein. Er hält die gesund-

heitliche Versorgung in Deutschland für sehr gut, auch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern.

Herr Zange erklärt, dass diese Neuorganisation quasi eine Kopie der Notdienstreform der Kassenärztlichen Vereinigung in Westfalen-Lippe sei. Diese verfüge aber über andere Strukturen als die Kassenärztliche Vereinigung in Nordrhein. Hintergrund sei wohl das Bedürfnis der Kassenärztlichen Vereinigung, bestimmte Qualitätsstandards in der gesamten Kassenärztlichen Vereinigung zu vereinheitlichen.

Herr Wirtz hinterfragt die Meinungs- und Entscheidungsbildung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Er sei davon ausgegangen, dass die Mitglieder durch ihre Vertreterversammlung auch vertreten würden. Herr Dr. Krausbauer bietet Herrn Wirtz dazu weitere Informationen in einem bilateralen Gespräch an.

Frau Meinke bietet Unterstützung seitens der Politik an und schlägt Herrn Dr. Krausbauer vor, die Landtagsabgeordneten der jeweiligen Parteien über die Planungen und Einstellung der Krefelder Ärzteschaft zu den landesweiten Neuerungen zu informieren mit der Bitte, entsprechend Einfluss zu nehmen.

Zu TOP 6 - Berichte aus den Arbeitsgruppen der KGK und den Untergruppen der PSAG

Dazu liegt die beigefügte Tischvorlage (s.u.) aus - mit Informationen über die AG Krankenhausplanung, AG Häusliche Gewalt und Gesundheit und die AG Infektionsschutz sowie über die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft PSAG Krefeld, die im Jahr 2016 ihr 40-jähriges Bestehen begehen wird.

Zur AG Krankenhausplanung ergänzt Herr Novotny, dass sich die Krankenhäuser der ArGe Krefeld/Viersen planmäßig zusammengesetzt hätten. Für den Bereich Viersen habe es bereits eine Verständigung mit den Krankenkassen über einen Bettenabbau gegeben. Für Krefeld gebe es jedoch derzeit einen Stillstand, da sich die Träger noch nicht einig seien. Er werde zu gegebener Zeit weiter in der KGK oder bei Bedarf auch in der AG berichten.

Die Tischvorlage wird von der Gesundheitskonferenz zustimmend zur Kenntnis genommen wird.

Zu TOP 7 - Verschiedenes

Frau Koch berichtet, dass Krefeld sei Jahren Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sei. Sie bittet darum, das Gesunde-Städte-Netzwerk auf einer der nächsten Konferenzen anzusprechen. Das Forum Selbsthilfe habe den Eindruck, dass hier von städtischer Seite nicht viel gelaufen sei, sie vermutet einen Zusammenhang zum einen mit dem Nothaushalt im letzten Jahr und zum anderen der langen, krankheitsbedingten Inaktivität

des ehemaligen städtischen Koordinators. Herr Visser bestätigt dies. Er teilt mit, dass es daraufhin eine personelle Umstrukturierung gegeben habe und als neue Koordinatoren von städtischer Seite nun Frau Drees und Frau Paas eingesetzt worden seien. Er erinnert daran, dass die nächste Gesundheitskonferenz bereits mit dem Thema der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen in Krefeld belegt sei und der Punkt daher frühestens auf der Tagesordnung der übernächsten Sitzung stehen könne.

Zu TOP 8 - Termin der 33. Gesundheitskonferenz

Die nächste Gesundheitskonferenz wird stattfinden am Mittwoch, den **18.05.2016 von 17 Uhr bis ca. 19 Uhr im Raum C2** des Rathauses.

Anlage – Tischvorlage zu TOP 6:

Berichte aus den Arbeitsgruppen der Gesundheitskonferenz und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft PSAG

Arbeitsgruppe Krankenhausplanung:

Wie bereits berichtet, hat die Krefelder Gesundheitskonferenz beschlossen, zu dem noch regionalen Planungskonzept des Versorgungsgebiets 4 (Krefeld, Mönchengladbach, Rhein-Kreis Neuss, Kreis Viersen) zu gegebener Zeit eine Stellungnahme zu erarbeiten und den Planungsprozess möglichst zu begleiten. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Krankenhausplanung haben sich bekanntlich zunächst darauf verständigt, ein für Krefeld abgestimmtes Planungskonzept zu erstellen. Es wurde vereinbart, dass die Ergebnisse der (noch andauernden) Abstimmungsgespräche zwischen Krankenhäusern und Kassen zu gegebener Zeit in eine noch zu terminierende Sitzung der AG Krankenhausplanung eingebracht und dort beraten werden.

Herr Novotny wird als Vertreter der ArGe der Krankenhäuser in der heutigen KGK kurz den aktuellen Zwischenstand vortragen.

Arbeitsgruppe Häusliche Gewalt und Gesundheit:

Die Arbeitsgruppe hat nun im Oktober ihre Beratungen aufgenommen zum vereinbarten Schwerpunktthema „Gewalt gegen Kinder im häuslichen Umfeld“ (Arbeitstitel), und zwar insbesondere hinsichtlich der Rolle der Akteure des Gesundheitswesens. Die folgenden Bereiche sind dazu aktuell in der AG vertreten: die Kassenärztliche Vereinigung Kreisstelle Krefeld (Kinderärztin, Psychotherapeut und Kinder- und Jugendpsychiater), die Helios-Kinderklinik (Psychosozialer Dienst und Kinderärztin), die Ärztekammer Kreisstelle Krefeld (Allgemeinmedizinerin), der städtische Kinder- und Jugendärztliche Dienst, der städtische Rettungsdienst, die Apothekerkammer, das Frauen- und Kinder-

schutzhaus des SKF, das Jugendamt, die Staatsanwaltschaft (Sonderabteilung Häusliche Gewalt), die städtische Gleichstellungsstelle (Sprecherin) und die Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz (Geschäftsführung).

Die AG-Mitglieder haben vereinbart, im nächsten Jahr zweimal zu tagen. Sie haben, nach einem Vortag über das Bundeskinderschutzgesetz mit dem Fokus auf die Gesundheitsberufe, zunächst im Rahmen eines ersten Erfahrungsaustauschs den möglichen Bedarf an Informationen/ Unterstützung für die Ärzteschaft und Angehörige weiterer Gesundheitsberufe Krefeld eruiert. Auf dieser Basis wird das weitere Vorgehen in der kommenden Sitzung festgelegt werden. Vorstellbar sind derzeit etwa die Erstellung eines Krefelder Flyers/ Leitfadens o.ä. für die niedergelassenen Kinderärzte und Allgemeinmediziner, der neben kurzen Informationen und Literaturhinweisen vor allem auch eine Liste von Ansprechpartnern vor Ort (auch aus dem Bereich der Jugendhilfe) enthält, sowie zudem die Konzeption einer Fortbildung für Angehörige von Gesundheitsberufen. Wie üblich wird die Gesundheitskonferenz über die weiteren Beratungen informiert werden.

Arbeitsgruppe Infektionsschutz:

Die Arbeitsgruppe Infektionsschutz hat in ihrer Sitzung im August ihre konkreten Beratungen zum Anpassungs-/Änderungsbedarf des Krefelder MRSA-Standards der Gesundheitskonferenz aufgrund der neuen RKI-Empfehlungen MRSA aufgenommen und wird diese in ihrer nächsten Sitzung fortsetzen. Die KGK wird weiter informiert werden.

PSAG Krefeld:

Die PSAG wird im nächsten Jahr ihr 40-jähriges Bestehen begehen.

Der PSAG-Sprecherrat ist derzeit beschäftigt mit der Vorbereitung ihrer nächsten Mitgliederversammlung, die am 27.04.2016 zum Thema „Licht und Schatten der Inklusion in Krefeld, mit dem Fokus auf den psychosozialen Bereich“, stattfinden wird. Nach dem derzeitigen Stand ist neben Input-Referaten die moderierte Diskussion dieses Schwerpunktthemas (in wechselnden Gruppen) bezüglich folgender Bereiche vorgesehen: Kinder/Kita/Schule, Erwachsenenpsychiatrie, Betreuung von psychisch kranken Menschen/betreutes Wohnen, Gerontopsychiatrie, Versorgung von Flüchtlingen, wobei die Planungen dazu noch präzisiert werden.

Aktuell hat im Oktober der von der PSAG-UG Gerontopsychiatrie organisierte diesjährige Gerontopsychiatrietag zum Thema „Armut durch Pflege“ in der VHS stattgefunden. Diese UG setzt sich weiter mit dem Pflegestärkungsgesetz und dessen Auswirkungen für Krefeld auseinander und ist zudem in die Bearbeitung des Themas altersgerechte Quartiersarbeit in Krefeld eingebunden.

Erwähnenswert ist weiter, dass der Vorsitzende der PSAG, Herr Dr. Horn, den PSAG-Sprecherrat regelmäßig über die Überlegungen und Entwicklungen des Landes hinsichtlich der Erstellung eines Landespsychiatrieplans informiert.

Wie üblich werden die Sprecher/-innen der Untergruppen die Jahresberichte der einzelnen Gruppen (UG Erwachsenenpsychiatrie, UG Kinder- und Jugendliche, UG Gerontopsychiatrie, UG Krisenintervention, UG Sucht und UG Geistig und mehrfach behinderte Menschen) anlässlich der Mitgliederversammlung vorlegen. Die entsprechenden Dateien werden danach auch online auf den Seiten der Gesundheitskonferenz zu finden sein.

Pa/Ds, 27.11.2015