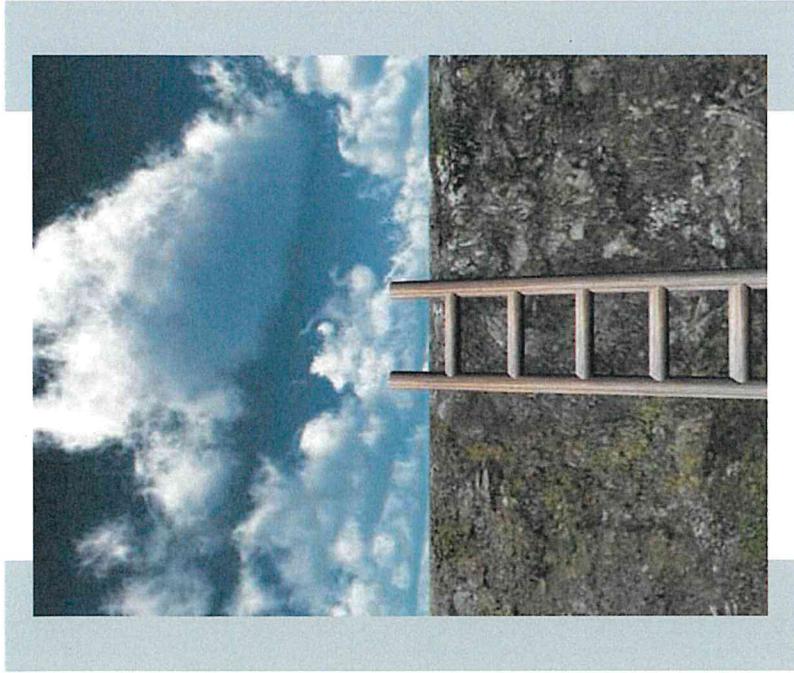


# 2



## Lücken finden, Barrieren überwinden

Gesundheitsförderliche Strukturen in  
benachteiligten Sozialräumen verbessern

### Dokumentation

der 1. Mannheimer Gesundheitskonferenz  
am 20. September 2012



**STADT MANNHEIM**

Fachbereich Gesundheit

## Inhalt

Vorwort	
Dr. Holle Engler-Thümmel	
Leiterin des Fachbereichs Gesundheit der Stadt Mannheim.	5
Begrüßungsworte der Bürgermeisterin für Bildung, Jugend und Gesundheit der Stadt Mannheim	
Dr. Ulrike Freundlieb	6
Sozial ungleiche Gesundheitschancen in der städtischen Bevölkerung:	
Fakten und Konsequenzen	8
Mehr Gesundheit im Quartier	22
Vorstellung der Sozialräume 4 und 5	30
Mannheim: Vision und Wirklichkeit – eine Expertenrunde	38
Workshops	40
Kinder und Jugendliche	42
Arbeitslose / Sozialhilfeempfänger / Alleinerziehende Elternteile	44
Senioren	46
Fazit und Ausblick	
Dr. Holle EnglerThümmel	
Leiterin des Fachbereichs Gesundheit der Stadt Mannheim	48
Impressionen	50

**Vorwort**  
**Dr. Holle Engler-Thümmel**  
**Leiterin des Fachbereichs Gesundheit der Stadt Mannheim**

Sehr geehrte Damen und Herren,



mit dieser Broschüre halten Sie die Dokumentation der 1. Mannheimer Gesundheitskonferenz in Ihren Händen.

Der Fachbereich Gesundheit wird den in Gang gesetzten Prozess begleiten. Bei der nächsten Gesundheitskonferenz werden wir feststellen, was sich in den identifizierten Handlungsfeldern durch unser Engagement bewegt hat.

Die Veranstaltung fand eine große Resonanz und ich freue mich darüber, dass die 80 Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus so unterschiedlichen fachlichen Disziplinen kamen. Dies war für den Diskussionsprozess und den gegenseitigen Austausch sehrförderlich.

Am Vormittag gaben die Vorträge von Prof. Dr. Johannes Siegrist und Christa Böhme einen umfassenden Einblick in die Zusammenhänge von sozialem Umfeld, Wohnumgebung, finanzieller Situation und Gesundheit. Eine interdisziplinäre Expertenrunde diskutierte über die Bedarfslage in den benachteiligten Mannheimer Stadtteilen.

In der zweiten Tageshälfte beschäftigten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den 3 zielgruppenspezifischen Workshops mit den Versorgungsstrukturen und Rahmenbedingungen der Sozialräume 4 und 5. In angeregten Diskussionen erarbeiteten sie wichtige Handlungsfelder, die in den kommenden Jahren verstärkt bei unserer Arbeit berücksichtigt werden müssen, um eine gleichberechtigte Teilhabe der Menschen aus den benachteiligten Stadtteilen am gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystem zu gewährleisten.

Die vorliegende Dokumentation enthält alle Vorträge sowie eine Zusammenfassung der Expertenrunde und der einzelnen Workshops.

Ich bedanke mich bei allen Mitwirkenden, Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die konstruktive Zusammenarbeit und die positive Arbeitsatmosphäre.

Dr. Holle Engler-Thümmel

**Leiterin des Fachbereichs Gesundheit der  
Stadt Mannheim**

**Begrüßungsworte der Bürgermeisterin für Bildung, Jugend und Gesundheit der Stadt Mannheim**  
**Dr. Ulrike Freundlieb**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
 sehr geehrte Vertreter des  
 Gemeinderates,

sehr geehrte Gäste,



ich freue mich, Sie heute zur 1. Mannheimer Gesundheitskonferenz begrüßen zu dürfen.

Kommunale Gesundheitskonferenzen haben sich bundesweit als wichtiges Instrument zur Identifikation von Handlungsfeldern, zur Bündelung von Ressourcen und konstruktiver Zusammenarbeit sowie Problemlösung im Gesundheitssektor bewährt. Sie stellen eine wichtige, regionale Informations- und Kommunikationsplattform aller im gesundheitlichen Bereich aktiven Akteure dar.

Als das Sozialministerium vor zwei Jahren die Einführung der Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg beschloss und den Kommunen zur Umsetzung empfahl, waren wir hier in Mannheim zunächst skeptisch. Hatten wir nicht eigentlich schon genug Netzwerke, Arbeitskreise und Runde Tische? Bei genauerer Betrachtung ist der Nutzen jedoch schnell ersichtlich: die Kommunale Gesundheitskonferenz ist nicht einfach nur ein weiteres Gremium mehr, im Gegenteil: neu ist die größere Bandbreite an Beteiligten: nicht an Zahl sondern an Disziplinen. Durch das breitere Teilnehmer-Spektrum ist ein wesentlich vielseitigerer Diskurs möglich. Das führt zu einer ganz anderen Ergebnisqualität. Für mich stellt die Gesundheitskonferenz ein gutes Instrument dar, um unsere Gesundheitspolitik sinnvoll und bedarfsoorientiert weiter zu entwickeln!

Welchen Auftrag haben die Gesundheitskonferenzen konkret? Mit Ihnen sollen die Ziele der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg besser und nachhaltiger umgesetzt werden. Das gilt insbesondere für die vom Land formulierten Ziele: Senkung der Zahl der Diabetiker-Erkrankungen, Senkung der depressiven Erkrankungen, Verminderung der Folgen der Chronifizierung, Früherkennung und Bekämpfung von Brustkrebs. Die Handlungsfelder bilden die aktuell dringlichsten Bereiche im Gesundheitssektor ab. Das spiegeln auch die Krankenkassenberichte oder große Studien wider.

Bei der Umsetzung der Gesundheitsstrategie gilt es, die individuellen Bedarfslagen der einzelnen Kommunen zu berücksichtigen. Vier Ziele sind für uns, in Mannheim, vor dem Hintergrund unserer strategischen Planung von besonderer Bedeutung:

- Gesund aufwachsen
- Gesund und aktiv älter werden
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken
- Gesundheit von Arbeitslosen

Gesundheit ist neben Bildung eine der wichtigsten Voraussetzungen für mehr Lebensqualität. Aus diesem Grund haben wir eine Zielgruppe in den Mittelpunkt der heutigen Veranstaltung gestellt, die aufgrund komplexer Problemagenden kaum an unserem Wohlstand partizipieren kann.

Unter dem Titel „Lücken finden, Barrieren überwinden – gesundheitsförderliche Strukturen in benachteiligten Sozialräumen verbessern“ treten wir mit Ihnen in die Diskussion über Mannheimer Bürgerinnen und Bürger aus sozial benachteiligten Stadtteilen, die wir bereits im Rahmen des Change-Prozesses im Jahr 2008 als besonders förderungswürdig identifiziert haben. Wir haben uns als Stadt Mannheim ambitionierte Ziele gesetzt, um hier steuernd einzutreten:

- Bildungsgerichtigkeit erhöhen
- Vorbild sein für das Zusammenleben in Metropolen
- eine ökologisch und sozial ausgewogene Urbanität

Diese 3 strategischen Ziele spiegeln unseren Anspruch wider, in Kooperation mit allen Akteuren der Mannheimer Stadtgesellschaft Verantwortung für diese Zielgruppe zu übernehmen. Wir wollen auf der Basis klarer Ziele sowie überprübarer und wirksamer Maßnahmen für Rahmenbedingungen und Strukturen sorgen, die allen Mannheimerinnen und Mannheimern Entwicklungschancen bieten.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

klare und überprüfbare Ziele sind wesentliche Voraussetzung für wirksames Handeln. Doch wie Sie alle wissen, erreichen wir trotz zahlreicher Maßnahmen nicht alle Menschen in den Stadtteilen. Deshalb ist das zielgerichtete Zusammenspielen der Institutionen, Einrichtungen und Initiativen vor Ort eine zentrale Voraussetzung dafür, unsere Anstrengungen zu bündeln. Die an strategischen Zielen ausgerichtete Vernetzung ist für die Kommunen zwingend notwendig, um zu gewährleisten, dass Angebote und Strukturen wirklich einem breiten Publikum - sowohl den Fachleuten, aber auch den Bürgern und Bürgerinnen – bekannt sind und damit auch wirklich etwas bewirken.

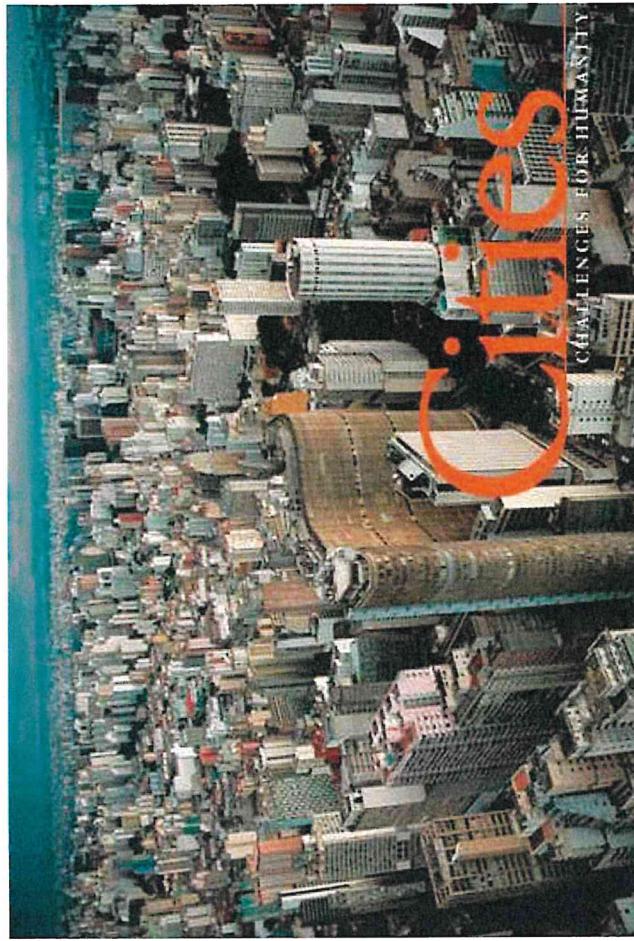
Ich habe Sie daher zu dieser 1. Mannheimer Gesundheitskonferenz eingeladen, um mit Ihnen zusammen die Versorgungslage, die Strukturen und insbesondere unser Zusammenwirken zu analysieren. Was läuft in Mannheim wirklich gut? Wie können wir unser Handeln stärker auf unsere Ziele ausrichten? Sicherlich gibt es noch weitere Fragen, die wir nun in den Blick nehmen können. Ich bin sicher, wir werden spannend diskutieren, neue Fragestellungen entwickeln und erste Ergebnisse fixieren, um so zu einer Verbesserung der Gesundheitspolitik beizutragen.

Meine Damen und Herren, ich wünsche uns allen erkennenswerte Stunden bei der 1. Mannheimer Gesundheitskonferenz.

Vielen Dank

**Dr. Ulrike Freundlieb**  
**Bürgermeisterin für Bildung,**  
**Jugend und Gesundheit der Stadt Mannheim**

## Städtische Bevölkerung: Gesundheitsschancen und -risiken



Source: © National Geographic, 2005 <http://ngm.nationalgeographic.com/ngm/0211/features3/>

## Die soziale Lage ist mit der gesundheitlichen Lage assoziiert!

„Niedrige soziale Schichtzugehörigkeit ist vermutlich die stärkste einzelne Einflussgröße auf vorzeitige Erkrankungen und Sterbefälle, nicht nur in den Vereinigten Staaten (und Europa), sondern weltweit“  
R.B. Williams 1998, JAMA

# Sozial ungleiche Gesundheitsschancen in der städtischen Bevölkerung: Fakten und Konsequenzen

Prof. Dr. phil. Johannes Siegrist

Seniorprofessor, Medizinische Fakultät

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



HEINRICH HEINE  
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

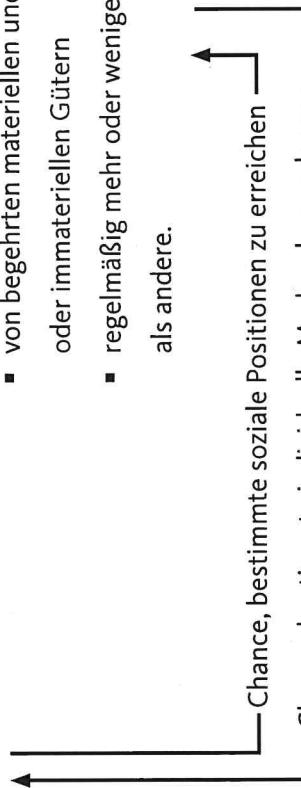
Was ist „soziale Ungleichheit“?



### Individuelle Differenzierungen

- Menschen unterscheiden sich durch individuell erworbbene Merkmale.
- natürliche, biologische Merkmale

- Menschen erhalten auf Grund ihrer Stellung im gesellschaftlichen Beziehungsgefüge von begehrten materiellen und/ oder immateriellen Gütern regelmäßig mehr oder weniger als andere.



Messung sozialer Ungleichheit: Soziale Schichten

### Soziale Schichten:

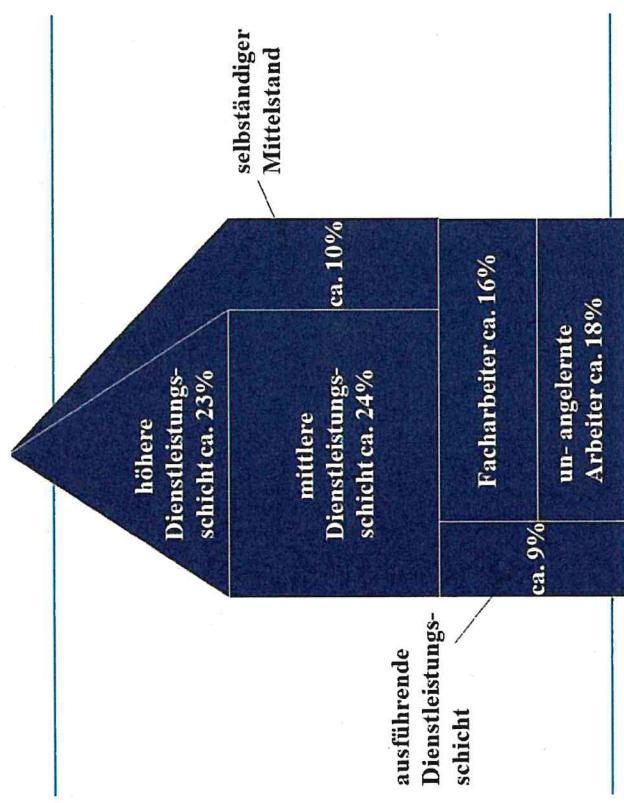
Personengruppen, die sich hinsichtlich zentraler Statusmerkmale in einer gleichen oder ähnlichen Lage befinden und damit vergleichbare Lebenschancen und Lebensstile aufweisen.

### Soziale Differenzierungen

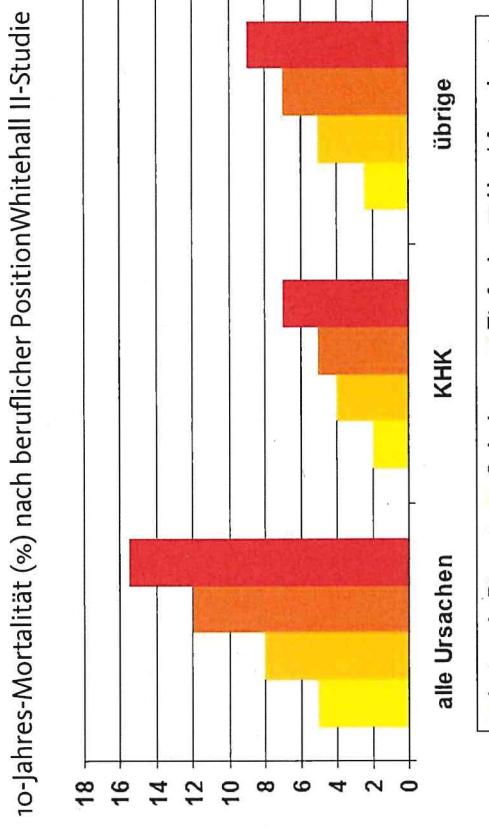
- Zentrale Statusmerkmale („meritokratische Triade“):
  - Höhe der Bildung
  - Stellung im Beruf
  - Höhe des (Erwerbs)einkommens

- Konstruktion von Schichtindizes bzw. Indikatoren
  - Problematisch allerdings: Statusinkonsistenz; neue soziale Ungleichheiten

### Soziale Schichtung in der Westdeutschen Bevölkerung

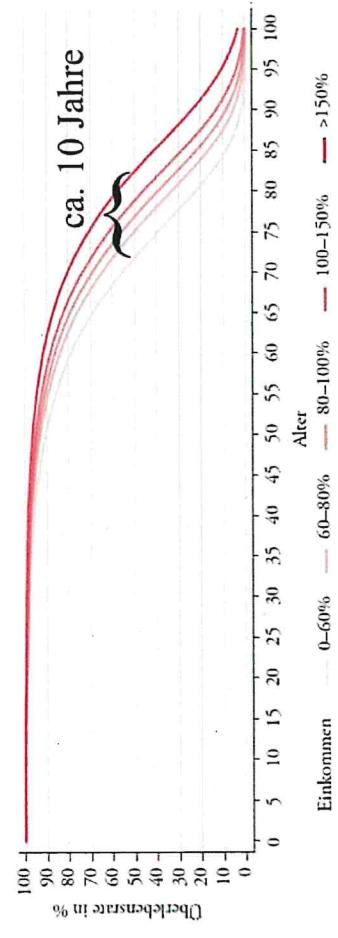


### Zusammenhang zwischen beruflicher Stellung und Sterblichkeit (in Whitehall-Studie)



Marmot, M et al. (1984). Lancet 323;1003

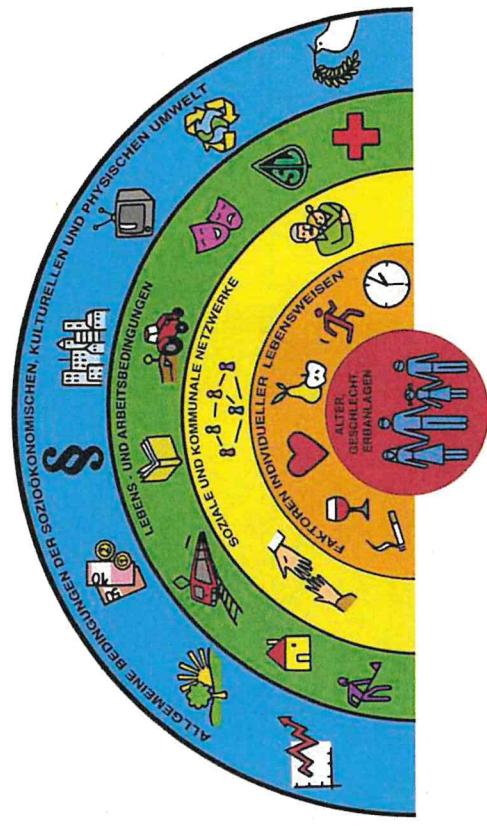
### Arme sterben in Deutschland ca. 10 Jahre früher als Reiche



Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995–2005.

Lampert et al. 2007, Aus Politik und Zeitgeschichte, 42, 15-10.07

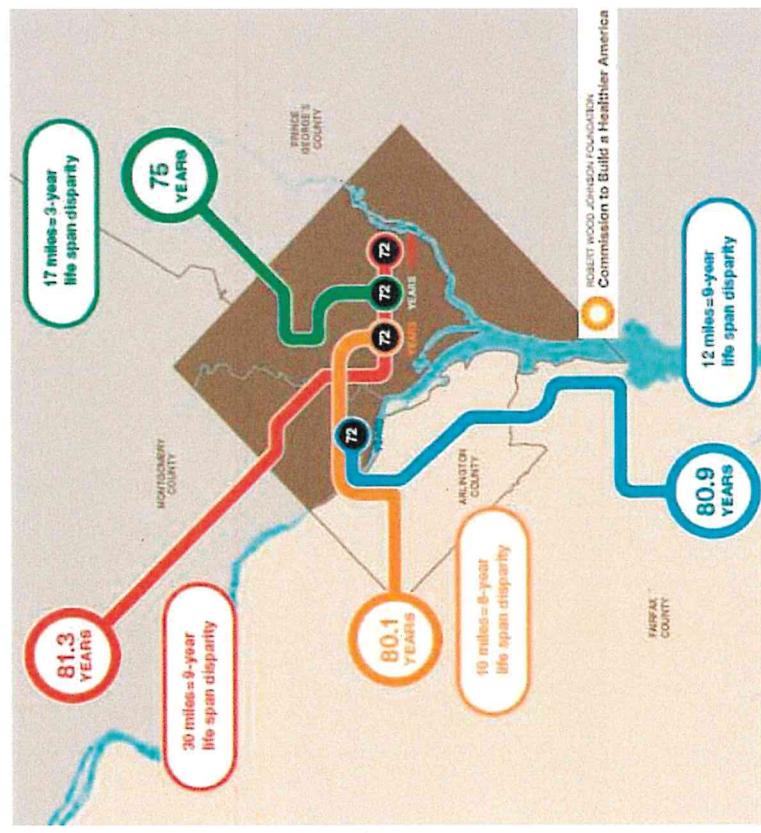
### Von der sozialen zur gesundheitlichen Ungleichheit: Modelle



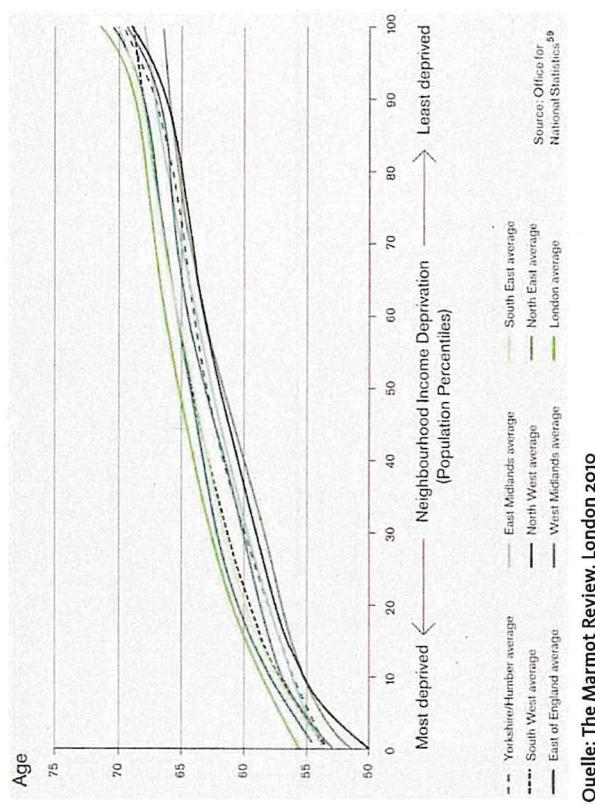
Dahlgren & Whitehead 2007

## Gesundheitliche Ungleichheit im städtischen Raum

Kontextuelle Ungleichheit unabhängig von individueller Ungleichheit!

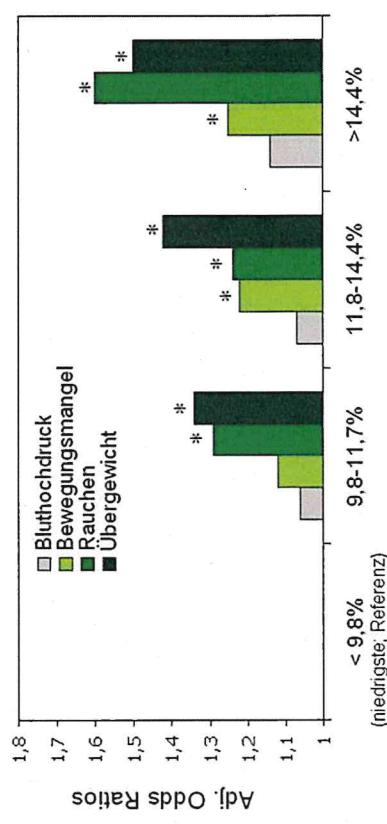


## Sozioökonomische Benachteiligung (Aggregatdaten Wohnbezirke) und behinderungsfreie Lebenserwartung in England 1999-2003



Quelle: The Marmot Review, London 2010

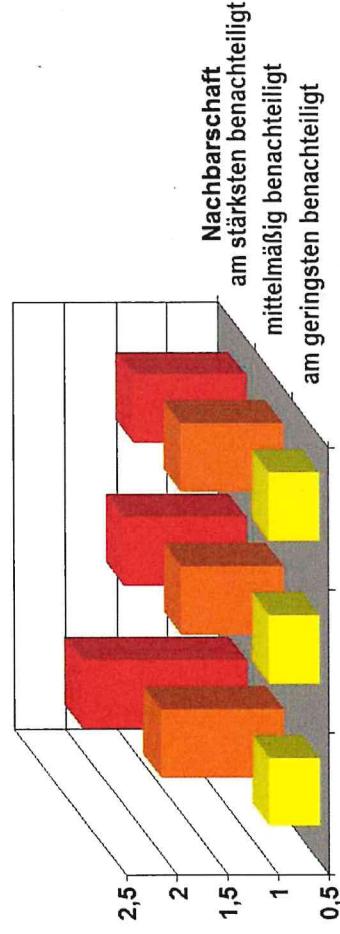
## Häufigkeit koronarer Risikofaktoren in sozial benachteiligten Wohngebieten (HNR-Studie)



## Arbeitslosigkeit im Wohnviertel in % (Quartile der Verteilung)

Quelle: N. Dragano (2010), Habilitationschrift an der HHU Düsseldorf, S. 50

### Kontexteffekt sozialer Benachteiligung auf das Erkrankungsrisiko (Beispiel: koronare Herzkrankheit; Hazard ratios; ARIC Studie)



- Ungleiches Zugang zum medizinischen Versorgungssystem
- Ungleiches Ausprägung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen
- Ungleiches Startchancen während Schwangerschaft und früher Kindheit
- Ungleiches materielle und psychosoziale Stressoren im Erwachsenenalter

### Bedeutung gelungener primärer Sozialisation für die Kindergesundheit –

#### Entwicklungsauftgaben

- Emotionale Entwicklung Bindung, Urvertrauen, Beziehungsfähigkeit
  - Kognitive und (vor)sprachliche Entwicklung
  - Moraleische Entwicklung Normen und Werte, Autonomie und Identität
  - Motivationale Entwicklung
- Ziele setzen und verwirklichen, Belohnungsaufschub und Leistung

These: Bei Eltern/Alleinerziehenden mit sozialer Benachteiligung: geringere Chancen erfolgreicher Bewältigung und dadurch erhöhte Gesundheitsgefährdung bei Kindern  
(in Deutschland > 1,5 Mio. Alleinerziehender!)

### Sozialer Gradient von Morbidität und Mortalität: Erklärungsansätze und Varianzaufklärung\*

- ca.
- Ungleiches Zugang zum medizinischen Versorgungssystem
- Ungleiches Ausprägung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen
- Ungleiches Startchancen während Schwangerschaft und früher Kindheit
- Ungleiches materielle und psychosoziale Stressoren im Erwachsenenalter

### Schwere Gesundheitsprobleme/Frühsterblichkeit bei 6-18-jährigen Kindern Alleinerziehender in Schweden (N=65.085 vs. 921.257)

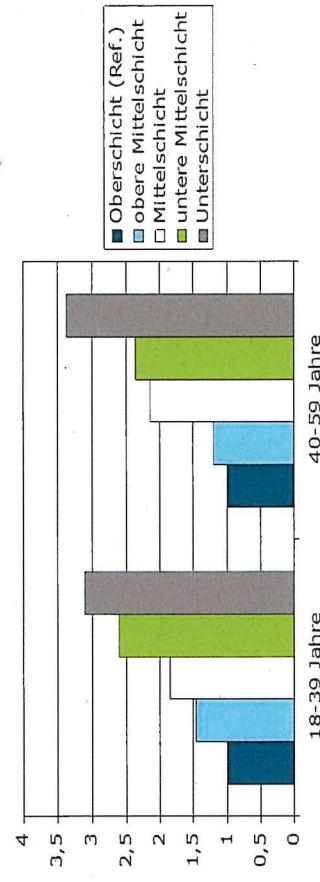
	Mädchen	Jungen
Gesamtsterblichkeit	1.21(*)	1.54*
Suizid	2.43*	1.83*
Psychiatrische Krankheiten	2.08*	2.52*
Gewaltopfer	2.02*	1.62*
Alkoholbedingte Störungen	2.42*	2.18*
(*) p < 0.10, * p < 0.05		
25 %		

Quelle: G. Ringbäck Weitoft et al. (2003), Lancet, 361: 289.

\* eigene Berechnungen nach vorliegenden Studien

**Gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter****Soziale Ungleichheit im Gesundheitsverhalten**

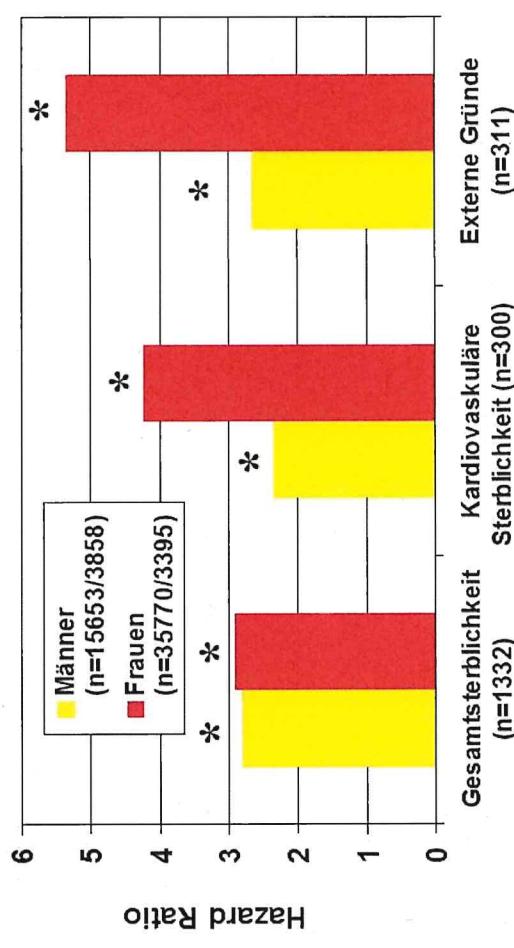
Odds Ratios: schlechten Gesundheitsverhaltens (Rauchen + Übergewicht + Bewegungsmangel) nach Alter: Deutschland 2001-2005  
(Bertelsmann - Gesundheitsmonitor)



Quelle: U Helmert, F Schorb 2006, in: M Richter et al: Gesundheitliche Ungleichheit

**Sterblichkeit von Langzeitarbeitslosen (>1 Jahr) im Vergleich zu permanent Beschäftigten in einem 10-Jahres-Zeitraum (1990-2000)**

Robert Koch-Institut Berlin | KiGGS-Symposium | 25.09.06 | A. Schaffraith Rosario



Quelle: nach M. Kivimäki et al. (2003) Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. Am J Epidemiol, 158: 663-668.

## Soziale Isolation und Sterblichkeit:

### Meta-Analyse von 148 internationalen Studien

Indikator	OR*	95% CI
Einsam	1.45	(1.08, 1.94)
Nicht verheiratet	1.33	(1.20, 1.48)
Sozial isoliert	1.40	(1.06, 1.86)
Wenige Kontakte	1.52	(1.36, 1.69)
Komplexe Messung	1.91	(1.63, 2.23)

\*Gewichtete mittlere Effektstärke bzgl. allgemeiner Sterblichkeit

Quelle: nach Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social relationships and mortality: A meta-analytic Review. PLoS Med 7(7):e1000316

## Maßnahmen gesundheitspolitischer Prävention

### Fokus auf besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen:

- Bildungs- und einkommensschwache Gruppen
- Migranten
- Langzeitarbeitslose

### Orientierung an Lebenslauf:

- Prioritäre Investitionen in Chancenverbesserung am Lebensbeginn (Schwangerenvorsorge, Elterntesting, finanzielle Hilfen, Wohnqualität, Kinderbetreuung, schulische Gesundheitsförderung)
- Förderung von Chancen und Fähigkeiten der Beschäftigung; Abbau prekärer Arbeit; faire Löhne

### Übergeordnete Zielsetzung:

- Verringerung vermeidbarer sozialer Ungleichheit der Gesundheit in der gesamten Bevölkerung!

## Übersicht

- Benachteiligte Stadtteile und Gesundheit
- Setting Stadtteil: Herausforderungen und Chancen
- Qualitätskriterien gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung

# Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: Mehr Gesundheit im Quartier



Christa Böhme,

Deutsches Institut für Urbanistik (difu), Berlin

Deutsches Institut für Urbanistik

## Benachteiligte Stadtteile und Gesundheit

- Ergebnis der sozialräumlichen Segregation in unseren Städten („benachteiligte“ versus „privilegierte“ Gebiete)
  - überdurchschnittlich hoher Anteil an Langzeitarbeitslosen, Sozialhilfempfängern, Kinderarmut, Migranten
  - Konzentration und Überlagerung u.a. baulicher, sozialer, ökonomischer und gesundheitlicher Benachteiligungen
- Ursachen für gesundheitliche Benachteiligungen:
  - niedriger Sozialstatus
  - erhöhte individuelle Vulnerabilität
  - Belastungen der lokalen Lebensumwelt



Setting Stadtteil: Herausforderungen

- Stadtteil ist keine Organisationseinheit, sondern eine räumliche Einheit
  - im Stadtteil überlagern sich häufig unterschiedliche Zuschritte von statistischen Gebieten, Schulbezirken, Fördergebieten etc.
  - Stadtteile haben jeweils sehr unterschiedliche sowie vielschichtige Ausgangs- und Problemlagen, die auf die Gesundheit Einfluss nehmen
  - im Vergleich zu anderen Settings ist der Stadtteil komplexer, heterogener, zum Teil diffuser
  - es gibt bislang wenig Erfahrungen mit Gesundheitsförderung im Stadtteil

Setting Stadtteil: Chancen -

- hohe gesundheitliche Relevanz von Wohnquartieren
  - Erreichen der Menschen in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen
  - Erreichen „vergessener Zielgruppen“. Arbeitslose, ältere Menschen, Migrantinnen
  - Verknüpfung von Maßnahmen der „klassischen Gesundheitsförderung“ mit gesundheitsfördernden Aktivitäten in den Bereichen Wohnen, Wohnumfeldgestaltung, Verkehr, Umwelt
  - Koordinierung von Gesundheitsförderung in verschiedenen Teilsettings (Kita, Schule, Betrieb) im Stadtteil („Präventionskette“)

## **Qualitätskriterien : Stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung —**

## Funktion

- Identifizierung und Bewertung von Problemen und Bedarfen, von Ressourcen und Potenzialen sowie von Strukturen im Stadtteil
  - Grundlage zur Entwicklung ziel- und passgenauer Maßnahmen und Projekte
  - Argumentationshilfe gegenüber Kommunalpolitik

### Vorgehensweise

  - Analyse statistischer Daten (z.B. Bevölkerungsstatistik, Arbeitsmarktdaten, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen)
  - Interviews mit Experten: u.a. Kita- und Schulleitungen, Sozialarbeiter, Quartiersmanager, Mitarbeiter des ÖGD und des Jugendamtes

## Berichtselemente

- gesundheitsrelevante Charakteristika des Stadtteils
  - sozial- und umweltbedingte Gesundheitsrisiken im Stadtteil
    - Gesundheitszustand der Quartiersbevölkerung
    - Gesundheitsversorgung und -inanspruchnahme
    - Gesundheitspotenziale
  - Gesundheitsakteure im und für den Stadtteil
    - Handlungsbedarfe

Stand in der Stadt Mannheim

- Mannheimer Sozialatlas 2005, Sozialraumtypologie Mannheim,
    1. Mannheimer Bildungsbericht 2010 und Stadtteilinformationen enthalten in großem Umfang Daten für eine Stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung

## Qualitätskriterien: Integrierte Handlungskonzepte

### Funktion

- Orientierung und Richtschnur
- Schaffung von Planungssicherheit
- Chance für Dialog über Entwicklungsaufgaben und Maßnahmen-schwerpunkte mit Quartiersbevölkerung, Stadtteilakteuren und Fachressorts

### Konzepttypen

- Integrierte Konzepte für Gesundheitsförderung im engeren Sinne
- Integrierte Konzepte in einer umfassenderen, auch andere Handlungsfelder einbeziehender Form
- Bausteine**
- Struktur-, Problem- und Potentialanalyse
- Bedarfsermittlung
- bedarfsoorientierte und möglichst konkrete und überprüfbare quartiersspezifische Entwicklungsziele
- Maßnahmen und Projekte zur Erreichung der Ziele
- Zeit- und Umsetzungsplan, inkl. Kostenschätzung und Finanzierungsübersicht

### Stand in der Stadt Mannheim

- Integrierte Handlungskonzepte für die Mannheimer Programmgebiete Soziale Stadt enthalten Ziele, Maßnahmen und Projekte zum Handlungsfeld Gesundheit (allerdings eher implizit als explizit)

## Qualitätskriterien: Kooperationen

### Resortübergreifende Kooperation in der Kommunalverwaltung

- breites Spektrum an involvierten Fachämtern: Gesundheit, Stadtentwicklung, Jugend, Soziales, Bildung, Sport, Umwelt
- Einrichtung einer ressortübergreifende Steuerungsgruppe (operatives Kernteam)

### Kooperationen zwischen Kommune und Krankenkassen

- Grundlage für Engagement von Krankenkassen: § 20 SGB V, Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes
- Initiativ- und Führungsrolle der Kommune
- gemeinsame Interessen definieren
- konkrete Ansprechpartner bereitstellen
- passende Kooperationsstrukturen schaffen

### Netzwerkentwicklung im Stadtteil

- Ziel: gemeinsames Aktionsbündnis bis dato häufig separiert arbeitender Gesundheitsakteure im Quartier
- Aufgaben: Bedarfsermittlung, Entwicklung von gemeinsamen Strategien und Maßnahmen, kooperative Umsetzung von Maßnahmen und Projekten

### Stand in der Stadt Mannheim

- ressortübergreifende Kooperation?
- Mitwirkung der B 52-Verbändekooperation an Kommunaler Gesundheitskonferenz / Gesunde Kommune - B 52-Förderpreis
- in Mannheimer Programmgebieten Soziale Stadt langjährige und bewährte Netzwerkstrukturen (Stadtteilgruppen, Arbeitskreise) vorhanden, an die angeknüpft werden kann

### Stand in der Stadt Mannheim

- Integrierte Handlungskonzepte für die Mannheimer Programmgebiete Soziale Stadt enthalten Ziele, Maßnahmen und Projekte zum Handlungsfeld Gesundheit (allerdings eher implizit als explizit)

### Stand in der Stadt Mannheim

- ressortübergreifende Kooperation?
- Mitwirkung der B 52-Verbändekooperation an Kommunaler Gesundheitskonferenz / Gesunde Kommune - B 52-Förderpreis
- in Mannheimer Programmgebieten Soziale Stadt langjährige und bewährte Netzwerkstrukturen (Stadtteilgruppen, Arbeitskreise) vorhanden, an die angeknüpft werden kann

## Qualitätskriterien: Lokale Koordinierungsstelle Gesundheit

### Qualitätskriterien: Finanzierung

#### Aufgaben

- Vernetzung der unterschiedlichen Akteure im und für den Stadtteil
- Vermittlung zwischen Kommune, Krankenkassen, Gesundheit- und Stadtteilakteuren sowie Bewohnerschaft
- Moderation, Dialogmanagement, Projektentwicklung, Mittelakquise, Öffentlichkeitsarbeit

#### Anforderungen an die Ausgestaltung

- Einrichtung eines Vor-Ort-Büros im Stadtteil
- fachlich kompetentes und mit „soft skills“ ausgestattetes Personal
- ausreichende finanzielle Ausstattung

#### Stand in der Stadt Mannheim

- in Mannheimer Programmgebieten Soziale Stadt Quartiermanagementbüros eingerichtet, an die eine Koordinierungsstelle Gesundheit evtl. angedockt werden kann
- Haushaltstitel kommunale Gesundheitsförderung?
- Erschließung neuer Finanzierungsquellen?
- vorhandene Verfügungsfonds in Mannheimer Programmgebieten Soziale Stadt (z.B. Aktionsfonds Jungbusch) können mit ihren Strukturen und Verfahren genutzt werden

#### Finanzierungswege

- Einrichtung eines eigenen Haushaltstitels für die kommunale Gesundheitsförderung
- Erschließung vergleichsweise neuer Finanzierungsquellen:
  - Krankenkassen, Wohnungsbaugesellschaften, Stiftungen, Sponsoren
  - stadtteilbezogene Verfügungsfonds Gesundheit (ggf. in Kooperation mit Krankenkassen) einrichten
- Stand in der Stadt Mannheim

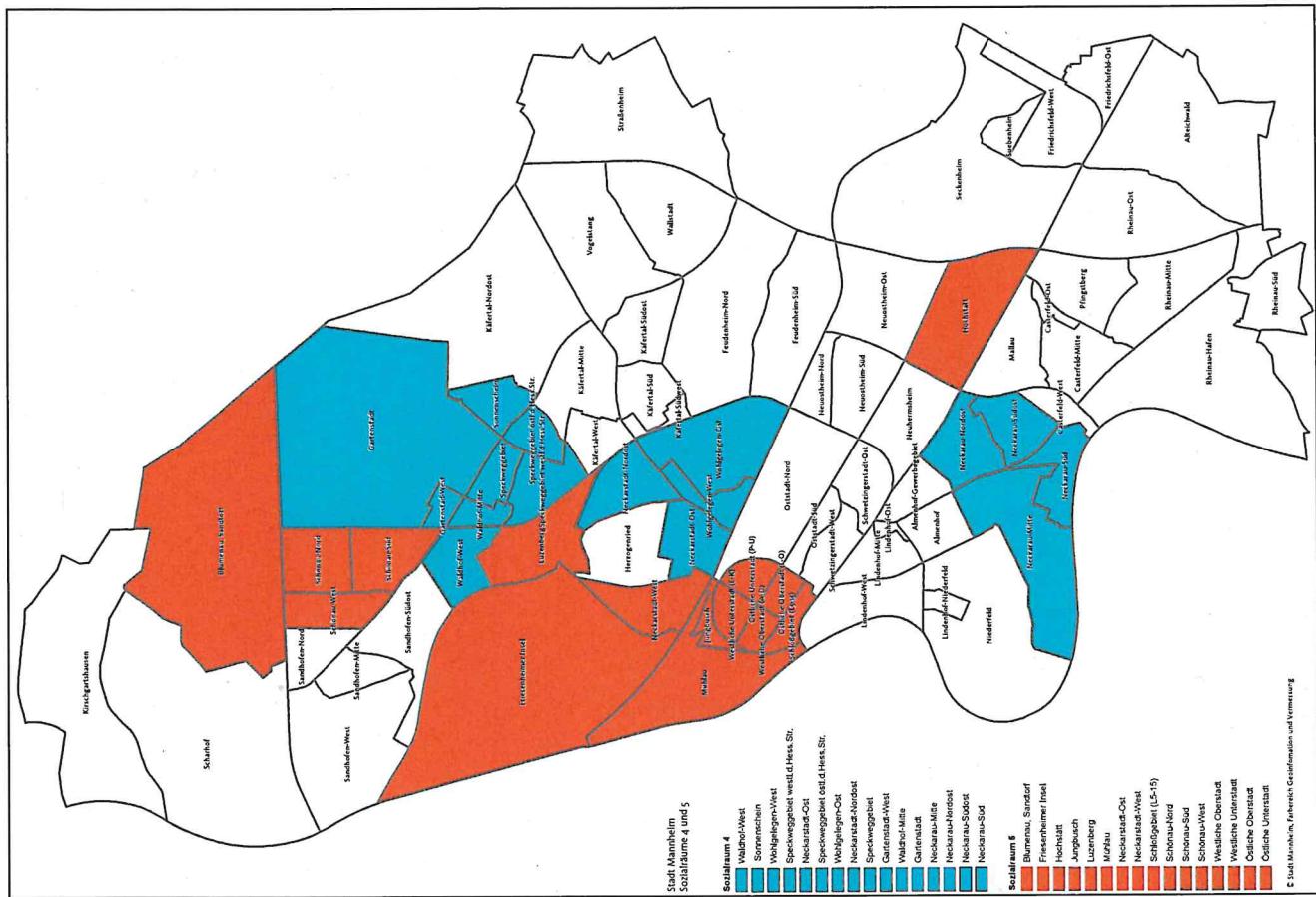


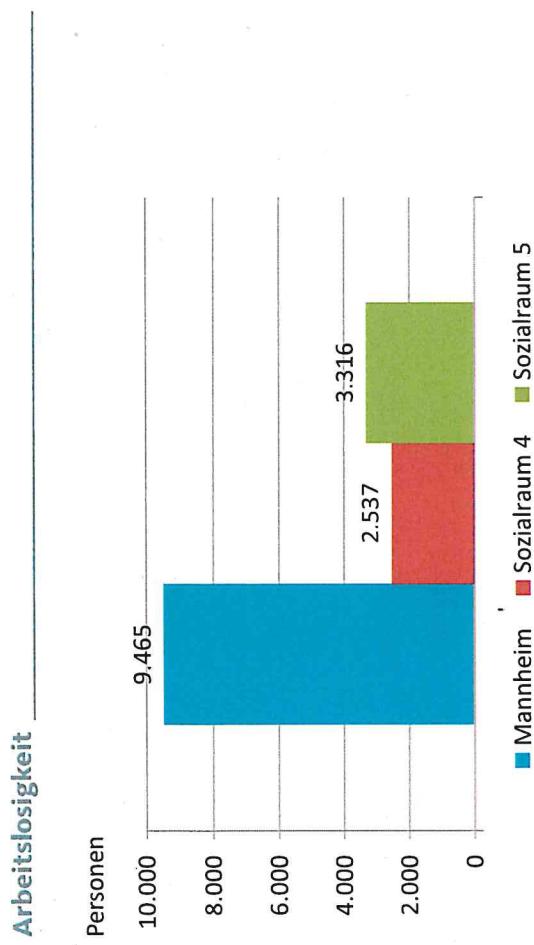
Kontakt  
Christa Böhme  
Deutsches Institut für Urbanistik  
E-Mail: böhme@dfu.de  
Internet: www.dfu.de

## **Einführung in die Thematik: Vorstellung der Sozialräume 4 und 5**

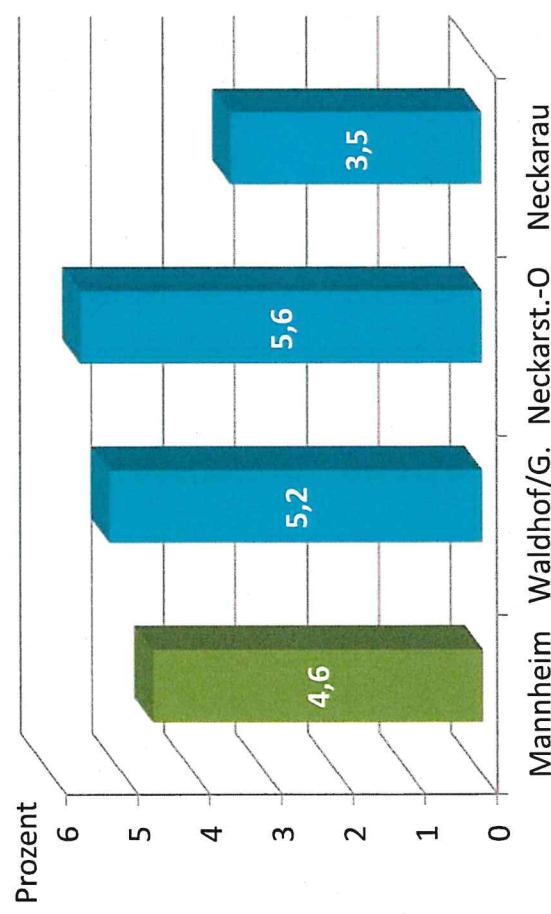
Dr. Holle Engler-Thümmel,

Leiterin des Fachbereichs Gesundheit der Stadt Mannheim

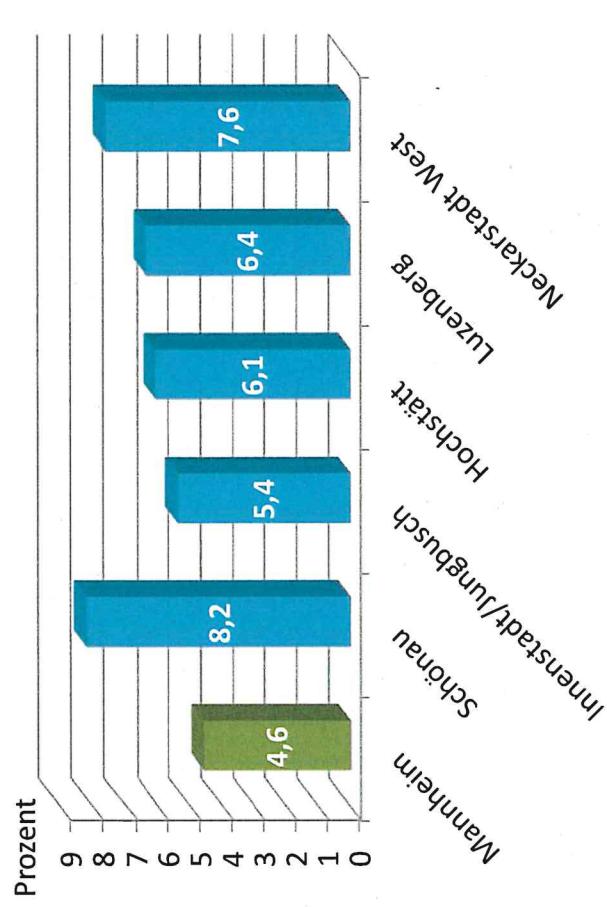




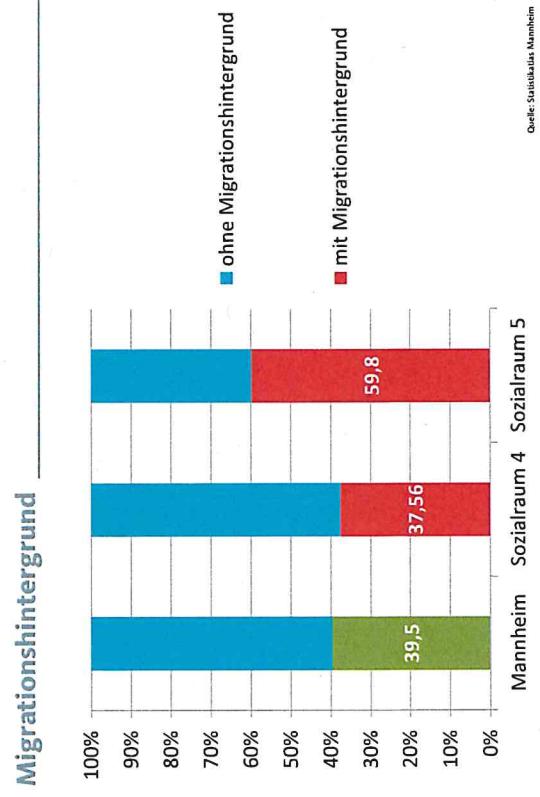
Arbeitslosenquote im Sozialraum 4



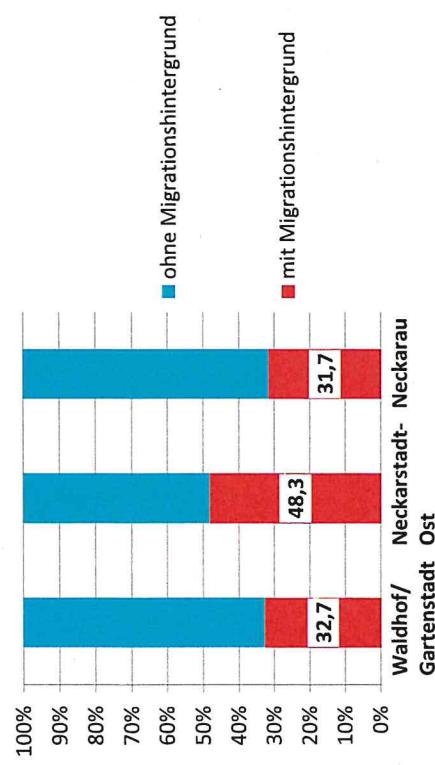
Arbeitslosenquote im Sozialraum 5



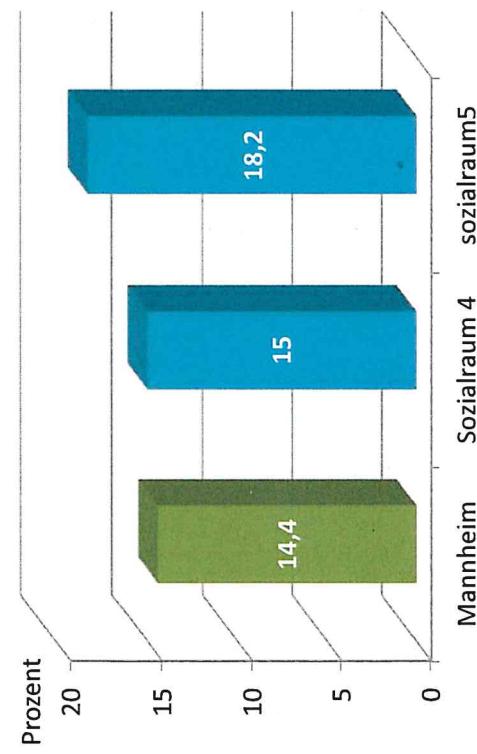
Arbeitslosenquote im Sozialraum 5

EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK: VORSTELLUNG DER SOZIALRÄUME 4 UND 533

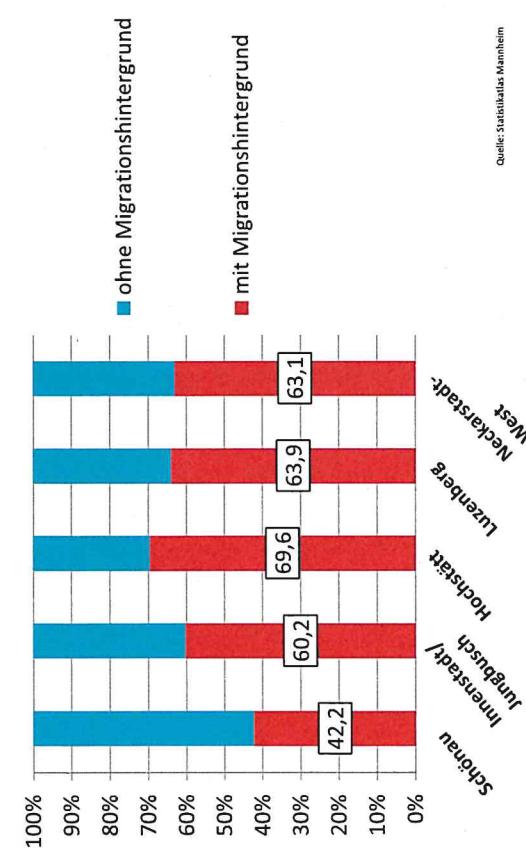
### Migrationshintergrund: Verteilung in Sozialraum 4



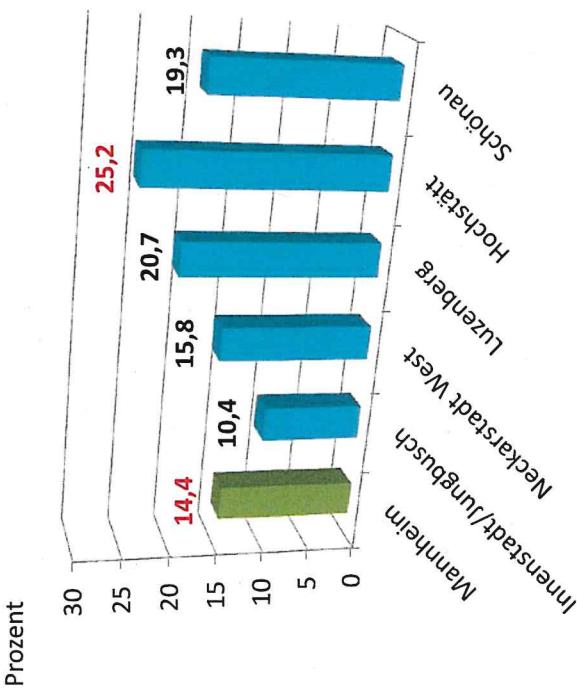
### Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren



### Migrationshintergrund: Verteilung in Sozialraum 5



### Sozialraum 5: Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren



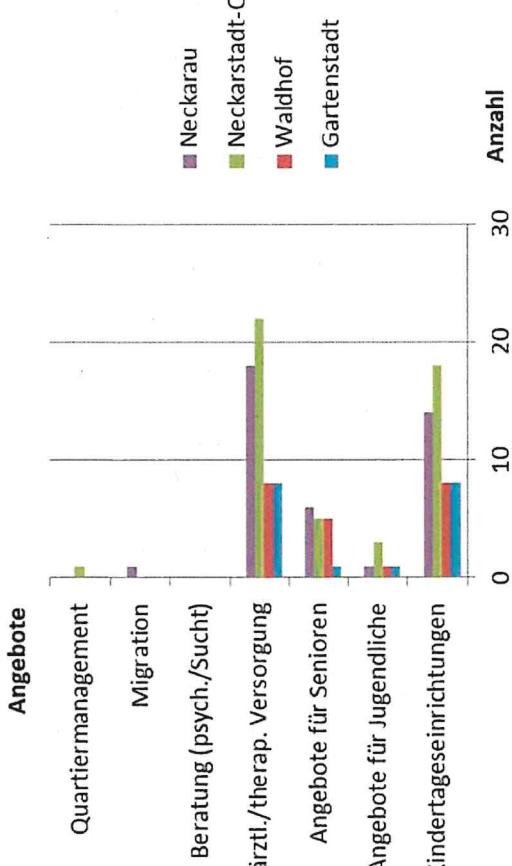
## Alleinerziehende Elternteile

---

- 22,3 % aller Privathaushalte in Mannheim mit Kindern entfallen auf alleinerziehende Elternteile.
- In allen Stadtteilen der Sozialräume 4 und 5 liegt die Quote über 20%.
- Neckarstadt-Ost: 25% (Sozialraum 4)  
Neckarstadt-West: 26,6% (Sozialraum 5)
- Innstadt/Jungbusch: 12,7%  
Neckarstadt-West: 11,5%  
(beide Sozialraum 5)
- 19% der Einwohner Mannheims sind 65 Jahre und älter.
- Mit Ausnahme von Neckarau liegt der Anteil der über 65-Jährigen in den Sozialräumen 4 und 5 unter dem Durchschnittswert.

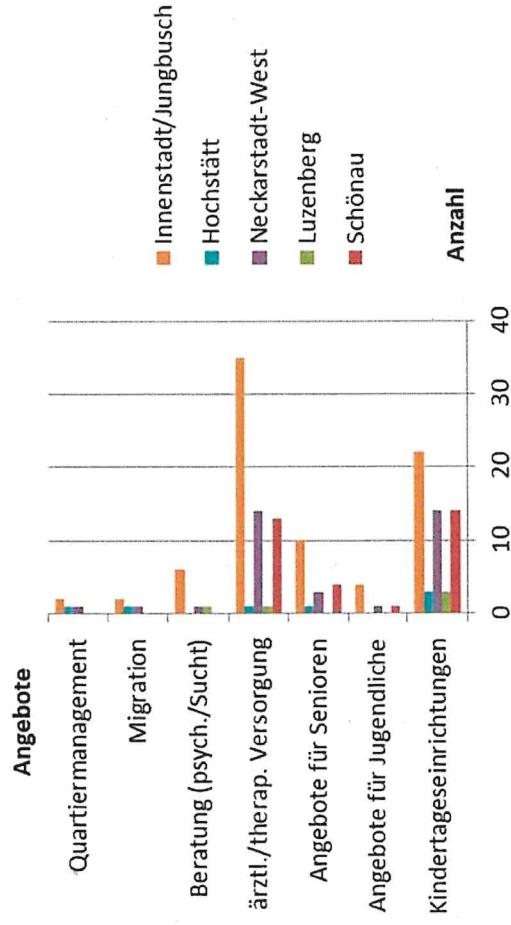
## Sozialraum 4 – Versorgungsstrukturen

---



## Sozialraum 5 – Versorgungsstrukturen

---



In einer ersten Einschätzung bewerteten die anwesenden Experten die gesundheitliche Versorgungslage in den berachtelijgten Stadtteilen Mannheims als recht positiv. Ein Verbesserungsbedarf wurde bei der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und den Strukturen allgemein gesehen.

Es wurden verschiedene Barrieren benannt, aufgrund derer die betroffenen Menschen gesundheitliche Angebote nicht in Anspruch nehmen oder von diesen nicht erreicht werden. So wird z.B. die Selbsthilfe häufig bei interdisziplinären Kooperationen nicht berücksichtigt. Des Weiteren ist das Thema Selbsthilfe im Migrationsbereich praktisch nicht existent.

Auch die mangelnde Mobilität, sei es aufgrund nicht barrierefreier ÖPNV-Zugänge, schlechter ÖPNV-Anbindung oder fehlender finanzieller Ressourcen wurde als Grund dafür gesehen, dass manche Menschen Angebote nicht in Anspruch nehmen können, explizit wurde hier der Stadtteil Hochstätt angesprochen.

Mangelndes Wissen über die vorhandenen Strukturen und Angebote wurde als weiterer Grund für die Nicht-inanspruchnahme des Versorgungssystems benannt. Sprachbarrieren und kulturelle Barrieren haben einen wesentlichen Einfluss, gedrucktes Informationsmaterial verfehlt seine Wirkung häufig. Stattdessen sollten Angebote eher im direkten persönlichen Kontakt beworben werden. Eine Intensivierung der Beziehungsarbeit wurde von der Runde als notwendig erachtet. Darüberhinaus sind bestimmte Zielgruppen nur schwer zu erreichen, z.B. weil sie einen ungeklärten bzw. illegalen Aufenthaltsstatus haben und daher häufig nicht bei den Regelangeboten des Sozialsystems auftauchen.

Der Vertreter der Ärzteschaft wies auf das Fehlen geeigneter Ansprechpartner bei den Krankenkassen sowie der Mangel an stadtteilbezogener Sozialarbeit hin. Die Kommunikation zwischen Arzt und den anderen Akteuren des Hilfesystems gestaltet sich dadurch sehr schwierig, viele Akteure und Angebote sind der medizinischen Seite schlichtweg nicht bekannt.

Handlungsbedarf sahen die Experten im Bereich der Zuwanderungsproblematis sowie der Wohnungs- und Langzeitarbeitslosigkeit. Auch die Zunahme von psychischen Erkrankungen in den berachtelijgten Stadtteilen rief in der Runde Besorgnis hervor. Des Weiteren wurden der Aufbau der Settingarbeit und die Verbesserung der Netzwerkarbeit angeregt. Aufsuchende Ar-

beit ist von wesentlicher Bedeutung, um Angebote und Strukturen besser bekannt zu machen und die Menschen an das Hilfesystem zu binden. Auch die Partizipation betroffener Menschen ist nach Ansicht der Experten ausbaufähig. Dies wurde auch aus dem Publikum in der anschließenden Fragerunde eingebracht.

Abschließend wurde angeregt, die Themen „Gesundheit“ und „Konversion“ miteinander zu verknüpfen. Auf die Frage nach ihrer Vision für Mannheim warben die Experten für die Entwicklung einer neuen Gesundheitskultur in Mannheim und einer stärkeren Beteiligung der Politik. Vernetzung verstärken, quartiersbezogen denken und arbeiten waren weitere Ausblicke ebenso wie der Ausbau der Eltern-Kind-Zentren zu Stadtteilzentren und die Einführung einer gesundheitlichen Basisversorgung für Menschen, die durch das Versorgungsnetz fallen.

## Mannheim: Vision und Wirklichkeit – eine Expertenrunde

Durch die Diskussion führte Joachim Fahrwald von  
*memo-consulting*.

An der Expertenrunde nahmen teil:

- Dr. Claus-Michael Cremer, Ärzteschaft Mannheim
- Dr. Holle Engler-Thümmel, Stadt Mannheim,  
Fachbereich Gesundheit
- Bärbel Handlos, Gesundheitstreffpunkt Mannheim e.V.
- Claudia Hauschild, Ev. Eltern-Kind-Zentrum Kieselgrund
- Dr. Roman Nitsch, Caritasverband Mannheim e.V.
- Hugo Schüle, B-52 Verbändekooperation Baden-Württemberg

## Workshops

- Workshop „Kinder und Jugendliche“  
*Dr. Freia de Bock, Mannheim Institute of Public Health*
- Workshop „Arbeitslose / Sozialhilfeempfänger / Alleinerziehende Elternteile“  
*Ines Elleser, Internationaler Bund (IB), Verbund Baden*
- Workshop „Senioren“  
*Sabine Reich, Ulrich Coqui, Mehrgenerationenhaus Mannheim*

Bei den Themenfeldern handelte es sich um folgende:

- Vernetzung / Schnittstellenoptimierung
- Zugang zur und Inanspruchnahme der Versorgung (Gesundheits- und Versorgungssystem gesamt)
- Ungleiche Behandlung durch die Akteure im Gesundheitssystem
- Gesundheitsförderliche Umfeldbedingungen

Die Ergebnisse der einzelnen Workshops werden auf den nachfolgenden Seiten dargestellt.

- Gibt es zielgruppenspezifische Bedürfnisse bei den Versorgungsstrukturen?
- Gibt es zielgruppenspezifische Probleme hinsichtlich der Versorgungsstrukturen?

hinsichtlich verschiedener Themenfelder bearbeitet.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einigten sich darauf, exemplarisch die Stadtteile Neckarstadt West und Ost zu bearbeiten.

Sie kamen zu dem Ergebnis, dass im Bereich der Vernetzung und Schnittstellenarbeit hinsichtlich der Vernetzung der Institutionen untereinander ein Handlungsbedarf besteht. So wurden z.B. eine bessere Gestaltung der Übergänge zwischen den Institutionen angesprochen, eine stärkere Kooperation der Akteure in der Übergangsphase von einer Institution zur nächsten sowie die Einrichtung von Qualitätszirkeln.

## Workshop: Kinder und Jugendliche

*Dr. Freia de Bock,  
Mannheim Institute of Public Health*

Außerdem könnten Schulkonferenzen etabliert werden, in denen die Lehrkräfte den Hintergrund bestimmt, der Schüler besser kennenlernen und diese während des Schuljahres besser unterstützen können.

In der Themenfeldgruppe „Ungleiche Behandlung durch Akteure im Gesundheitssystem“ wurden die kulturell unterschiedlichen Gesundheits-, Krankheits- und Bewältigungsmodelle als Schwierigkeit im Kontakt Akteur – Patient / Klient mit Migrationshintergrund erkannt sowie Vorurteile gegenüber kulturellen Fremden betrachtet.

Die Frühen Hilfen werden bereits gut angenommen, dennoch besteht hier ein Handlungsbedarf, da die Zielgruppe durch das Angebot noch nicht ausreichend erreicht wird. Ein besonderes Problem stellt das Ausfüllen schwieriger Formulare zur Beantragung von Unterstützungsleistungen in den Eltern-Kind-Zentren dar, darüber hinaus kommt es auch hier immer wieder zu kulturellen Missverständnissen. Eine Vernetzung mit Kulturdolmetschern wurde als sinnvoll erachtet, z.B. um Familien bei administrativen Hürden zu begleiten.

Bezuglich der gesundheitsförderlichen Umfeldbedingungen in der Neckarstadt-Ost wurde eine zu geringe Stadtteilbegruñung beklagt. Des Weiteren forderten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen mehr Sauberkeit im Stadtteil, z.B. kürzere Intervalle bei Straßenreinigung und Mülltonnenentleerung sowie eine bessere Pflege der Spielplätze und der Neckarwiese. Auch der Lärmpegel, z.B. durch Straßenverkehr wurde als belastend angeführt. Zudem wurde die hohe Dichte an Fast-Food-Läden und Kneipen bemängelt.

Die in der Gruppenarbeit erhobenen Inhalte wurden diskutiert und drei Themen identifiziert, die vorrangig zu bearbeiten sind

1. Übergänge zwischen den Institutionen für Kinder und Jugendliche verbessern
  2. Frühe Hilfen im Sinne der Erreichbarkeit verbessern (z.B. über Dolmetscher und grafikbasierten Formularen)
  3. Niederschwelligkeit der Angebote erhöhen
- Unter dem Stichwort „Präventionskette“ formulierte die Teilnehmer und Teilnehmerinnen den Bedarf nach einer besseren Kommunikation und Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteuren, die sich um sozial benachteiligte Kinder kümmern. So wurde z.B. die Entwicklung eines übersichtlichen Organigramms angefragt, in dem die Ansprechpartner aller zuständigen Stellen der Stadt Mannheim, aber auch Kinderärzte, Schulen, Kindergärten, Hebammen, Frühe Hilfen, pro Familia etc. aufgeführt sind.

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen des Workshops zum Thema „Arbeitslose / Sozialhilfeempänger / Alleinerziehende Elternteile“ entschieden sich dafür, die Bearbeitung der Fragen anhand aller Stadtteile in den Sozialräumen vier und fünf nutzen solche Angebote exemplarisch zu bearbeiten.

Zu Beginn wurden mittels einer Karten-Abfrage die wichtigsten Diskussionspunkte zusammen getragen. Hier zeigte sich eine klare Tendenz in Richtung Wohnsituation und Eingliederung in den Arbeitsmarkt

Im Bereich Vernetzung sahen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Bedarf für nachbarschaftsbezogene Quartiersarbeit. Hier sollten auch die Betroffenen in die Netzwerke einbezogen werden und Menschen im Stadtteil für ehrenamtliche Tätigkeiten in diesem Kontext gewonnen werden. Das Informationsangebot hinsichtlich ehrenamtlicher Tätigkeit sollte daher ausgebaut werden.

Als Barrieren im Bereich des Zugangs zu den Versorgungsangeboten und deren Inanspruchnahme wurden verschiedene Aspekte benannt. Wie im Workshop „Kinder und Jugendliche“ wurde auch in dieser Runde das Problem der Erreichbarkeit der Angebote angeprochen: teilweise sind die Angebote zu weit von den Nutzern entfernt. Dies ist z. B. bei den Frühförderstellen der Fall, für die jedoch ein großer Bedarf besteht. Selbst wenn die Erreichbarkeit mittels ÖPNV gut ist, stellen die Fahrtkosten für viele Betroffene eine zusätzliche Hürde dar. Eine Ausweitung des Sozialtickets wird daher als notwendig erachtet. Langfristig sollen die verschiedenen Angebote jedoch stadtteilorientiert vorgehalten werden.

Die Betroffenen verfügen zunehmend weniger über eine sog. Alltagstauglichkeit, weshalb die bestehenden Kommunikationen kontraproduktiv auf die Inanspruchnahme der Angebote wirken. Aufsuchende Angebote sind besser geeignet, die Betroffenen dem Versorgungs- und Hilfssystem zuzuführen. Angesichts zahlreicher bürokratischer Hürden im Versorgungssystem benötigen viele Betroffene Unterstützung, wenn es darum geht, Hilfen zu beantragen

Unterstützungsbedarf wird bei der Beratung arbeitsloser Frauen mit Kindern gesehen. So mangelt es an geeigneten Betreuungsangeboten für die Kinder während der Beratung selbst, diese sind jedoch Voraussetzung, dass die betroffenen Frauen Beratungsangebote überhaupt wahrnehmen können.

## Workshop: Arbeitslose / Sozialhilfeempänger / Alleinerziehende Elternteile

*Ines Ellesser,  
Internationaler Bund (IB), Verbund Baden*

Über das Land finanzierte Angebote wie Pekip oder die Stärkekurse werden von Alleinerziehenden und / oder Arbeitslosen kaum wahrgenommen – problematisch ist auch hier die „Komm“-Struktur der Angebote. Zielgruppen der Sozialräume vier und fünf nutzen solche Angebote erfahrungsgemäß eher selten.

Was Ungleichbehandlung durch Akteure des Versorgungssystems anbelangt, so wurde festgestellt, dass arbeitslose Menschen häufig (wenn auch unbeabsichtigt) stigmatisiert werden. Es ist daher dringend notwendig, dass hier eine Bewusstseinsbildung einsetzt.

Hinsichtlich der gesundheitsförderlichen Umfeldbedingungen berichteten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, dass ein großer Bedarf an bezahlbaren und zielpunktgerechten Mietwohnungen besteht. Erhöhungswertige Wohnungen in den benachteiligten Stadtteilen verfügen oft über eine belastete Bausubstanz. Es wurde empfohlen, ein Wohraumversorgungskonzept inklusive Bedarfserstellung zu entwickeln. Hierbei sollte auch das Schimmelplätznetzwerk Baden-Württemberg eingebunden werden. Des Weiteren sollten Beratungsstellen mit Vermittlungsangeboten direkt in den betroffenen Stadtteilen geschaffen werden.

Einen besonderen Schwerpunkt sahen die Workshop-Besucher im Bereich (alternativer) Beschäftigungsmöglichkeiten. Es fällt auf, dass die Bereitschaft von Firmen gering ist, hier aktiv zu werden. Hier sollte eine stärkere Zusammenarbeit und Planung der örtlichen Akteure mit der Arbeitsagentur erfolgen.

Des Weiteren sollte den Betroffenen ein stufenweiser Einstieg in den Arbeitsmarkt ermöglicht werden und das Betriebliche Eingliederungsmanagement um Maßnahmen für Benachteiligte, Behinderte und Abhängige ergänzt werden.

# Workshop: Senioren

**Sabine Reich, Ulrich Coqui,  
Mehrgenerationenhaus Mannheim**

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen des Workshops „Senioren“ stellten fest, dass der demografische Wandel zwar alle Bürgerinnen und Bürger Mannheims betrifft, die Sozialräume vier und fünf in dieser Hinsicht jedoch besonders betroffen sind.

Im Themenfeld „Vernetzung“ wurden das gerontopsychiatrische Netzwerk und seine Angebote als sehr positiv bewertet. Um die Belange älterer Migranten besser berücksichtigen zu können, sollte der Kommunale Beauftragte für Integration künftig in das Netzwerk einbezogen werden.

Hinsichtlich des Zugangs und der Inanspruchnahme von Hilfe und Beratungsangeboten stellte der Teilnehmerkreis fest, dass die Stadt Mannheim in den Seniorenbüros, Seniorentreffs, Seniorenberatungsstellen und den Pflegestützpunkte vielfältige Angebote für Senioren und ihre Angehörigen vorhält, welche durch die Maßnahmen der freien Träger ergänzt werden. Offenbar ist das Angebotspektrum bei der Zielgruppe der Senioren jedoch zu wenig bekannt. Und selbst wenn Kenntnis über die Angebote vorhanden ist, können viele Betroffene sie aufgrund einer eingeschränkten Mobilität nicht nutzen. Diese ergibt sich nicht nur aus körperlichen Gebrechen sondern auch aus fehlenden finanziellen Mitteln zur Nutzung des ÖPNV. Transport- und Unterstützungsmöglichkeiten z.B. im Rahmen der Nachbarschaftshilfe können hier eine Lösung sein.

Ein Informationsdefizit besteht auch dahingehend, welche Angebote vom Hausarzt verordnet werden können und von den Krankenkassen bezuschusst werden. Insbesondere sollten Hausärzte darauf hinwirken, dass ältere Patienten derartige Angebote verstärkt nachfragen und wahrnehmen.

Zur Abhilfe schlug die Runde die Herausgabe einer Informations Broschüre für Senioren hinsichtlich der Angebote in verschiedenen Sprachen (print / online) analog der Broschüre „Was tun, wenn...?“ vor.

Ein weiterer Handlungsbedarf wurde dahin gehend gesehen, dass viel zu wenige Fachleute in der Versorgungs- und Angebotsstruktur einen Migrationshintergrund aufweisen. Mitarbeiter ohne Migrationshintergrund sollten verstärkt an interkulturellen Schulungen teilnehmen.

Insgesamt wünschten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass wichtige Vernetzungsaufgaben und die Informationsvermittlung zwischen den Akteuren und den Bewohnern über eine zentrale Koordinationsstelle geregelt werden. Zwar füllen einzelne Einrichtungen wie z.B. die Senioreneratulationsstellen oder das Quartiermanagement diese Funktion bereits aus, sie sollten hinsichtlich ihrer Koordinationsaufgaben weiter gestärkt werden. In diesem Zusammenhang merkten einige Teilnehmer und Teilnehmerinnen auch an, dass die Finanzierung der Angebote und Strukturen immer schwieriger wird (befristete Fördermittel, allgemeine Verknappung der öffentlichen Mittel).

Hinsichtlich der gesundheitsförderlichen Umfeldbedingungen wurde der Bedarf an barrierefreien Wohngebäuden und Wohnungen formuliert. Zur Stärkung von Strukturen der Nachbarschaftshilfe und des gegenseitigen Verständnisses wurde zudem die Förderung generationenübergreifender Wohnprojekte angeregt. Das Themenfeld Ungleichbehandlung durch Akteure des Versorgungssystems wurde aufgrund der intensiven Auseinandersetzung mit den anderen Themenbereichen in dem Workshop nicht behandelt.

In der Abschlussdiskussion des Workshops identifizierten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen folgende Punkte als dringlichste Handlungsfelder:

- Eine Stabilisierung der vorhandenen Stadtteilbezogenen Koordinationsstellen
- Eine altersgerechte Stadtplanung
- Partizipation aller im Stadtteil vertretenen Kulturen, um die Kultursensibilität zu steigern

## Fazit und Ausblick

### Dr. Holle EnglerThümmel Leiterin des Fachbereichs Gesundheit der Stadt Mannheim

Wie die Ergebnisse der Gesundheitskonferenz zeigen, sind die Versorgungsstrukturen in Mannheim recht gut. Nichtsdestotrotz gibt es einige Handlungsbedarfe, die in allen Themen-Workshops formuliert wurden und daher von zentraler Bedeutung sind.

#### 1. Erreichbarkeit

Häufig wird die Inanspruchnahme von Angeboten und Hilfen durch eine suboptimale Erreichbarkeit eingeschränkt. „Erreichbarkeit“ bezieht sich dabei sowohl auf die räumliche Nähe als auch sprachliche und kulturelle Barrieren. Es besteht Bedarf hinsichtlich Fachleuten mit Migrationshintergrund, einem verstärkten Einsatz von Dolmetschern innerhalb der Angebote sowie grafikbasierten Formularen und Informationen.

Viele Angebote sind für die Betroffenen schwer zu erreichen, sei es aufgrund einer körperlich eingeschränkten Mobilität oder aufgrund der räumlichen Distanz. Die Kosten für den öffentlichen Nahverkehr stellen für manche Menschen eine große Hürde dar. Es ist daher wichtig, dass Angebote stadtteilnah vorgehalten werden und für immobile Menschen unterstützende Transportmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Auch die mangelnde Niederschwelligkeit verschiedener Versorgungsangebote hält Menschen davon ab, die Hilfe des Systems in Anspruch zu nehmen. Mit aufsuchender Arbeit könnten viele Betroffene besser erreicht werden als über die herkömmlichen „Kommunenstrukturen“.

2. Wohnen und Umwelt
 

Die Bausubstanz vieler Wohngebäude in den benachteiligten Stadtteilen entspricht nicht modernen Anforderungen. Damit einhergehende Belastungen wie z.B. Feuchtigkeit und Schimmel können sich negativ auf die Gesundheit der Bewohner und Bewohnerinnen auswirken.

Die Wohnraumversorgung entspricht auch häufig nicht dem örtlichen Bedarf. So fehlen z.B. bezahlbare und zielpersonengerechte Wohnungen. Für ältere Menschen sind barrierefreie Gebäude und Wohnungen notwendig. Ein kommunales Wohnraumversorgungskonzept, das auf einer aktuellen Bedarfsfeststellung basiert, wäre ein sinnvoller erster Schritt zur Verbesserung der Wohnsituation.

Insgesamt ist insbesondere für die benachteiligten Stadtteile Mannheims eine altersgerechte Stadtplanung erforderlich, die die Bedürfnisse aller Zielgruppen berücksichtigt. Dies beinhaltet auch die Sauberkeit im Öffentlichen Raum und eine angemessene Stadtfeiligründung.

#### 3. Vernetzung

Hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen fällt auf, dass die Übergänge zwischen den Institutionen oftmals nicht optimal sind, wie z.B. zwischen „Angeboten für Jugendliche“ und „Angeboten für Erwachsene“. Bei der Gesundheitskonferenz hat sich auch insgesamt gezeigt, dass die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und die örtlichen Strukturen in den Stadtteilen noch verbessert werden kann. Dies würde eine bessere Transparenz bzgl. Zuständigkeiten, Strukturen und Angeboten innerhalb des Systems fördern.

Vernetzung betrifft nicht nur die Anbieter im Versorgungssystem, auch in den Stadtteilen selbst muss die Vernetzung zwischen den dort lebenden Bürgerinnen und Bürgern sowie den Institutionen und Akteuren vor Ort verbessert werden. Dies erfordert die ernstgemeinte Partizipation aller Stadtteilbewohner und eine nachbarschaftsbezogene Quartiersarbeit.

Die bekannten Anlaufstellen in den Stadtteilen wie z.B. das Quartiermanagement, Eltern-Kind-Zentren, Seniorenanlaufstellen, der Gesundheitstreffpunkt oder das Mehrgenerationenhaus nehmen hierbei eine wichtige Koordinierungs- und Steuerungsfunktion ein und müssen bei der Bewältigung der anstehenden Herausforderungen durch die Entscheidungsträger in der Stadt Mannheim gestützt werden. Dies erfordert eine stärkere Beteiligung der Politik.

Eine Gesundheitskonferenz macht nur dann Sinn, wenn sich aus den Ergebnissen langfristig eine Verbesserung der örtlichen Situation entwickelt. Daher müssen die erarbeiteten Handlungsfelder aktiv bearbeitet werden. So sollten einerseits auf der politischen Ebene die Erkenntnisse der ersten Mannheimer Gesundheitskonferenz diskutiert werden, andererseits sollten die Themen auf der operativen Ebene angegangen werden.

Aufgrund der Komplexität der Handlungsfelder kann die Bearbeitung der Themen nicht durch eine Institution allein erfolgen, dies ist Aufgabe aller relevanter Institutionen und Einrichtungen in Mannheim. Es ist daher sinnvoll, wenn einzelne Verantwortungsträger die Federführung für jene Themen übernehmen, die sie inhaltlich und fachlich berühren. Als Initiator der Mannheimer Gesundheitskonferenz wird der Fachbereich Gesundheit diesen Prozess weiterhin aktiv begleiten und koordinieren. Ich wünsche mir, dass wir bei der nächsten Gesundheitskonferenz im Jahr 2014/2015 bereits Erfolge in den dringlichsten Handlungsfeldern präsentieren können.