



**5. KOMMUNALE GESUNDHEITSKONFERENZ
DER STADT MANNHEIM**

**„DAS PRÄVENTIONSGESETZ – EIN WERKZEUG
FÜR EINE BEDARFSGERECHTE
GESUNDHEITSPANUNG IN MANNHEIM“**

**14. DEZEMBER 2017
JUGENDHERBERGE MANNHEIM**

INHALT

1.	EINLEITUNG	4
2.	PROGRAMM	5
3.	GRÜßWORTE DER BÜRGERMEISTERIN FÜR BILDUNG, JUGEND UND GESUNDHEIT DR. ULRIKE FREUNDLIEB	6
4.	EINFÜHRUNGSVORTRAG BÜRGERMEISTERIN FÜR BILDUNG, JUGEND UND GESUNDHEIT DR. ULRIKE FREUNDLIEB	10
5.	EXPERTEN- UND DISKUSSIONSRUNDE	19
5.1	EXPERTENRUNDE I: „WELCHE MÖGLICHKEITEN SEHEN SIE NACH DEM PRÄVENTIONSGESETZ FÜR DIE UNTERSTÜTZUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN MANNHEIM?“	19
5.2	DISKUSSIONSRUNDE I	22
5.3	EXPERTENRUNDE II: „WAS BRAUCHT MANNHEIM AUS IHRER SICHT FÜR DIE UMSETZUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN BEZUG AUF DIE DREI GESUNDHEITSZIELE?“	24
5.4	DISKUSSIONSRUNDE II	29
6.	WORKSHOP-PHASE	31
6.1	WORKSHOP I: „GESUND AUFWACHSEN“	31
6.2	WORKSHOP II: „GESUND ÄLTER WERDEN“	34
6.3	WORKSHOP III: „GESUNDHEITLICHE KOMPETENZ ERHÖHEN, PATIENTINNENSOUVERÄNITÄT STÄRKEN“	39
7.	ABSCHLUSSRUNDE IM PLENUM	42
8.	ZUSAMMENFASSUNG MIT AUSBLICK	43

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Dokumentation die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1. EINLEITUNG

Inzwischen sind knapp 3 Jahre seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 vergangen. Mit dem Gesetz soll der Prävention der Stellenwert eingeräumt werden, den das Thema in der Gesellschaft braucht. Gesundheit in Lebenswelten zu fördern, worauf das Gesetz abzielt, liegt in dem Verantwortungsbereich unterschiedlicher Akteure im föderalen Gesundheitssystem und im gegliederten System der sozialen Sicherung.

Doch wie ist dabei die Rolle der unterschiedlichen

Sozialversicherungsträger, wo sehen die Fachleute Ansatzmöglichkeiten des Präventionsgesetzes für die Praxis in Mannheim? Wo Entwicklungsbedarfe?



Mit diesen Fragen beschäftigten sich die Teilnehmer in der ersten Phase der 5. Kommunalen Gesundheitskonferenz. Mit den Gesundheitszielen „Gesund aufwachsen“, „Gesund älter werden“ und „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, PatientInnenautonomie stärken“ standen im Verlauf der Veranstaltung zudem drei konkrete Themen zur Bearbeitung in Workshops an.

Als regionale Informations- und Kommunikationsplattform zielte die 5. Kommunale Gesundheitskonferenz so darauf ab, die Anwendungsmöglichkeiten des Präventionsgesetzes für Mannheim aus unterschiedlichen Blickwinkel zu analysieren, wo nötig, kritisch zu hinterfragen und im besten Fall konkrete Schritte zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation aller Mannheimer Bürger einzuleiten.

2. PROGRAMM

16.15 **Anmeldung**

16.30 **Begrüßung**

Bürgermeisterin Dr. Ulrike Freundlieb

16.40 **Einführung**

Frau Dr. Freundlieb in Vertretung für Herrn Dr. Peter Schäfer, Stadt Mannheim,
Fachbereich Gesundheit

17.10 **„Welche Möglichkeiten sehen Sie nach dem Präventionsgesetz für die
Unterstützung der Gesundheitsförderung und Prävention in Mannheim?“**

Stefan Tampe, Unfallkasse Baden-Württemberg, Abteilung Prävention

Carolin Fellhauer, Deutsche Rentenversicherung, Regionalzentrum Mannheim

Hugo Schüle, B52-Verbändekooperation

Volker Becker, AOK – die Gesundheitskasse

17.40 **Diskussionsrunde I**

17.55 **Pause**

18.10 **„Was braucht Mannheim aus Ihrer Sicht für die Umsetzung der
Gesundheitsförderung und Prävention in Bezug auf die drei
Gesundheitsziele?“**

Dr. Peter Schäfer, Stadt Mannheim, Fachbereich
Gesundheit

Dr. Manfred Mayer, Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.

Rolf Seltenreich, Patientenvertretung Baden-Württemberg

Andrea Wäldele, Altenpflegeheime Mannheim GmbH

Prof. Dr. Joachim Fischer, Mannheimer Institut für Public Health

18.40 **Diskussionsrunde II**

18.55 **Pause**

19.15 **Workshop-Phase**

- Gruppe 1: „Gesund aufwachsen“, Leitung Dr. Freia de Bock, Mannheimer Institut für Public Health
- Gruppe 2: „Gesund älter werden“, Leitung Dr. Uwe Sperling, Universitätsmedizin Mannheim
- Gruppe 3: „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“, Leitung Bärbel Handlos, Gesundheitstreffpunkt Mannheim / Selbsthilfe- und Patientenberatung Rhein-Neckar gGmbH

20.15 **Abschlussrunde im Plenum**

20.30 **Ende der Veranstaltung**

Moderation *Dr. Margit Auferbeck-Martin*

3. GRÜßWORTE DER BÜRGERMEISTERIN FÜR BILDUNG, JUGEND UND GESUNDHEIT

DR. ULRIKE FREUNDLIEB

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zur 5. Mannheimer Gesundheitskonferenz und freue mich, dass auch in diesem Jahr wieder so viele Menschen der Einladung des Fachbereichs Gesundheit gefolgt sind.

Ganz besonders begrüße ich die anwesenden Mitglieder des Gemeinderates, Frau Marianne Bade von der SPD und Herrn Prof. Dr. Achim Weizel von der Mannheimer Liste. Wir haben uns in den vergangenen Tagen bereits bei den Etatberatungen häufiger gesehen und ich freue mich sehr, dass Sie sich nach diesen doch sehr herausfordernden und anstrengenden Tagen die Zeit für die Teilnahme an der heutigen Gesundheitskonferenz nehmen.

Das Thema der diesjährigen Konferenz lautet „Das Präventionsgesetz – ein Werkzeug für eine bedarfsgerechte Gesundheitsplanung in Mannheim“.

Ein wichtiges Ziel der Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg ist die Förderung der gesundheitlichen Rahmenbedingungen in den kommunalen Lebenswelten und die Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Prävention und Gesundheitsförderung tragen dazu bei, Wohlbefinden, Mobilität und Lebensqualität für Menschen jeden Alters und aller sozialen Schichten zu erhalten und zu verbessern. Sie dürfen sich also nicht nur an diejenigen richten, die bereits fit sind und über einen guten Zugang zum Gesundheitssystem verfügen - alle müssen mitgenommen werden!

Dies sind auch zentrale Inhalte des Präventionsgesetzes, dessen Schwerpunkt vor dem Hintergrund der Erfahrungen der vergangenen Jahre – vergleichsweise hohe Ausgaben der Krankenversicherungen im Bereich der Verhaltensprävention und geringe Ausgaben für Maßnahmen in den Lebenswelten – auf dem Lebensweltansatz liegt. Sie werden im Einführungsvortrag hierzu noch mehr hören.

Das Präventionsgesetz sieht ein Zusammenwirken der Leistungserbringer aus den Bereichen Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung sowie Pflegeversicherung mit den für die verschiedenen Settings des Präventionsgesetzes Verantwortlichen vor.

Im Bereich „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ sind dies im hohen Maße die Kommunen. Sie sind verantwortlich für das Gesamtsetting „Kommune“ und darüber hinaus auch Träger von Institutionen und Angeboten, wie z. B. in der Kinderbetreuung, der Bildung oder der Pflege, die ebenfalls als Settings im Gesetz genannt sind.

Das Präventionsgesetz sieht auch vor, dass die genannten Akteure gemeinsam eine nachhaltige und langfristige Gesundheitsplanung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Angriff nehmen und diese auch umsetzen. So wird deutlich, dass es nicht nur um eine rein monetäre Leistungserbringung in den Lebenswelten geht, sondern um eine gesundheitsförderliche Veränderung der Lebenswelten selbst.

Wichtig ist dabei auch folgender Aspekt: dem Gesetzgeber geht es nicht um ein „Mehr“ an Präventionsangeboten. Die einzelnen Akteure, insbesondere die Krankenkassen und die Kommunen, haben in den vergangenen Jahren gute und qualitätsgesicherte Angebote entwickelt, die es weiterzuführen gilt. Es fehlt jedoch an kontinuierlicher Kooperation, Koordination und einer zielgerichteten Weiterentwicklung der Angebote. Erstmals wird es daher für Deutschland eine an gemeinsamen Zielen ausgerichtete nationale Präventionsstrategie geben, welche ein konzertiertes Vorgehen beinhaltet. Denn nur verlässliche und nachhaltige Strukturen sind dazu geeignet, die Menschen in ihren Lebenswelten zu erreichen und die Wirkungen zu erzielen, die Wissenschaft und Praxis als relevant für die Gesundheit und die Gesundheitsförderung einschätzen.

Wie hat das Präventionsgesetz seit Inkrafttreten bisher in die Praxis gewirkt? Hat es überhaupt schon gewirkt?

Die Nationale Präventionskonferenz hat eine bundeseinheitliche Rahmenempfehlung mit Zielen, Handlungsfeldern und Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten verabschiedet.

Die Länder haben eigene Landesrahmenvereinbarungen für die regional spezifischen Ziele und Maßnahmen der Prävention in Lebenswelten formuliert. Diese sollen gemeinsam mit den Akteuren vor Ort umgesetzt werden, was in der Praxis durchaus eine Herausforderung darstellt. Viele Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention – Kommunen, Vereine, Verbände, Träger von Angeboten – wünschen sich eine Kooperation auf Augenhöhe mit den gesetzlichen Akteuren.

Wir dürfen dabei jedoch nicht vergessen, dass die verschiedenen Akteure naturgemäß nicht immer deckungsgleiche Interessen haben. Es braucht daher Geduld, Respekt und das Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Partnerinnen und Partner.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, die Erwartungen an das Präventionsgesetz waren und sind sehr hoch. Wir alle hier sind aufgerufen, dieses „Haus“ mit Leben zu füllen. Heute Abend wollen wir am Beispiel der drei ausgewählten Gesundheitsziele

- Gesund aufwachsen
- Gesund älter werden
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, PatientInnensouveränität erhöhen

gemeinsam erarbeiten, welche konkreten Entwicklungen – sowohl strukturell als auch maßnahmenbezogen – angestoßen werden müssen, um unsere Stadt, in der wir leben, lernen und arbeiten, so zu gestalten, dass sie die Gesundheit ihrer Einwohner und Einwohnerinnen unterstützt. Ich bin gespannt, welche Ergebnisse wir erzielen!

Bevor ich Ihnen nun einen erkenntnisreichen Abend mit spannenden Begegnungen wünsche, möchte ich es nicht versäumen, dem Fachbereich Gesundheit für die hervorragende inhaltliche und organisatorische Vorbereitung der Veranstaltung zu danken, insbesondere der Koordinatorin der Mannheimer

Gesundheitskonferenz, Katja von Bothmer. Mein Dank gilt natürlich auch allen Akteuren und Kooperationspartnern, die in der Planungsgruppe sowie am heutigen Abend zum Gelingen der 5. Mannheimer Gesundheitskonferenz beigetragen haben und dies noch tun werden.

Ihnen als Teilnehmenden möchte ich zum Abschluss sagen: behalten Sie auch in Zukunft Ihr Engagement, Ihre Bereitschaft, Lösungen zu entwickeln und gemeinsam etwas zu bewirken bei – denn nur so können wir die anstehenden gesellschaftlichen Herausforderungen gemeinsam bewältigen. Vielen Dank!

Es gilt das gesprochene Wort.

4. EINFÜHRUNG BÜRGERMEISTERIN FÜR BILDUNG, JUGEND UND GESUNDHEIT

DR. ULRIKE FREUNDLIEB

Das Präventionsgesetz trat am 25. Juni 2015 in Kraft. Ein Gesetz, das von vielen Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialwesen lang ersehnt und dessen Umsetzung mit hohen Erwartungen verknüpft war. Bis zu seiner Verabschiedung hatte das Gesetz einen zeitlich gesehen langen Weg hinter sich gebracht. Bereits im Jahr 2005 gab es einen Anlauf, der jedoch genauso scheiterte, wie die weiteren Entwürfe von 2007 und 2013. 2015 schaffte der Entwurf den Gang durch alle Instanzen und führt zu neuen Strukturen in der kommunalen Gesundheitsförderung. Es mag sein, dass die Hoffnungen einiger Akteure in das neue Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention enttäuscht wurden. Gründe dafür könnten sein:

- Ungenauigkeit des Gesetzes
- Nur die Gelder der gesetzlichen Krankenversicherer (GKV) bzw. der gesetzlich Versicherten stehen zur Verwendung, die private Krankenversicherung (PKV) bzw. Gelder der privat Versicherten fließen nicht mit ein.
- Laut Pressemitteilungen soll mehr „Geld für Prävention“ zur Verfügung stehen, ohne dass jedoch konkrete Vorgaben gemacht werden, wie es z. B. bei der gesetzl. Verankerung des Nichtraucherschutzes der Fall ist.
- Es gibt keine genaue Aussage darüber, ob das Gesetz eine Ausgabe von Mitteln bei fehlender konkreter Nachfrage vorsieht.

Erfreulich für die Akteure im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention dürfte sein, dass im Präventionsgesetz ein Paradigmenwechsel hin zum Settingansatz *Gesundheitsfördernde Lebenswelt* formuliert ist. Ein Ansatz, mit dem es gelingen kann, alle Menschen zu erreichen - egal welchen Alters, Geschlechts, sozialen und kulturellen Hintergrunds. Es ist ein Gesetz, das nicht mehr nur die Verhaltensprävention im Fokus hat, sondern auch die Verhältnisprävention einschließt.

Das Gesetz zielt laut Bundesgesundheitsministerium darauf ab, der Prävention den Stellenwert einzuräumen, den das Thema in unserer Gesellschaft braucht. Wir müssen uns nicht nur damit auseinandersetzen, wie Krankheiten verhütet werden sollen, sondern auch die Frage stellen, was langfristig gesund hält. Dieser Ansatz soll mit dem Gesetz aufgegriffen werden. Deshalb sollen die Bürgerinnen und Bürger jeglichen Alters in ihren täglichen Lebenszusammenhängen – also in ihren Lebenswelten - dabei unterstützt werden, gesundheitsförderliche Lebensweisen zu entwickeln und im Alltag umzusetzen. Dazu ist es notwendig, Prävention und Gesundheitsförderung dort anzubieten, wo die Menschen den Großteil ihrer Zeit verbringen. Eine zentrale Rolle hierbei spielt die Familie, Kitas, Schulen, Betriebe, das Wohnumfeld und auch die Pflegeeinrichtungen. Es geht zum einen darum, die Risikofaktoren für die Entstehung lebensstilbedingter Krankheiten, wie ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, chronischer Stress, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum nachhaltig zu reduzieren und gesundheitliche Ressourcen zu stärken. Vor allem geht es darum, die Verhältnisse, in denen wir leben, lernen und arbeiten so zu gestalten, dass sie die Gesundheit unterstützen.

Neben einem Mehr an gesundheitsfördernden Leistungen geht es auch darum, den vielen Akteuren in der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene eine verlässliche Struktur für ihr Zusammenwirken zur Verfügung zu stellen. Die Akteure, wie die Krankenkassen, die Pflegekassen, die Renten- und die Unfallversicherungsträger sowie die Länder und Kommunen, sollen zukünftig ihre Ressourcen stärker bündeln und sich auf gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen verständigen.

Auf Basis des Präventionsgesetzes sollen nicht nur Krankheiten verhütet werden, sondern es soll allen Bürgerinnen und Bürgern egal welchen Alters die Möglichkeit eröffnet werden, ihre Gesundheit zu erhalten. Ziel ist es, sie da zu erreichen, wo sie die meiste Zeit verbringen und dort auch die Verhältnisse gesundheitsförderlich zu gestalten. Das neue Präventionsgesetz teilt die Verantwortung unter den Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialsystem auf und weist ihnen Gesundheitsförderung und Prävention als gemeinsam zu erledigende Aufgabe zu.

Sowohl auf kommunaler als auch auf Landes- und Bundesebene sollen dafür verlässliche Strukturen zur Verfügung stehen, wie z. B.:

- Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK)
- Die nationale Präventionskonferenz mit der Aufgabe, die Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben.
- Landesrahmenvereinbarung, in der sich die zuständigen Stellen auf gemeinsame Grundsätze in ihrer Zusammenarbeit verständigen

Mit den vom Präventionsgesetz u.a. fokussierten Aspekten der steigenden Lebenserwartung, Zunahme der chronischen Erkrankungen und sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen und damit einhergehendem höheren Risiko von chronischen Krankheit, psychosomatischen Beschwerden, Unfallverletzungen sowie Behinderungen, werden Aspekte benannt, die zu steigenden Gesundheitskosten führen werden.

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung werden die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die soziale Pflegeversicherung eingebunden. Die Zusammenarbeit und Koordination unter den Akteuren soll gestärkt werden. Ziel ist es, Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen.

Wichtig in der gemeinsamen Arbeit ist, die Zielgruppen noch besser erreichen und dadurch Synergieeffekte erzielen zu können.

Die heutige Veranstaltung greift diesen Teil des Gesetzes auf. Seit 2012 wird in Mannheim die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) durch den Fachbereich Gesundheit durchgeführt, seit 2016 nach den gesetzlichen Vorgaben des Landesgesundheitsgesetzes.

Im Lenkungskreis der KGK arbeiten Akteure der Themenbereiche Gesundheitsförderung/Prävention, Medizinische Versorgung, Pflege, Rehabilitation, Bürger (Selbsthilfe und Patientenberatung) und auch Kostenträger zusammen. Diese Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure schafft eine ausgewogene Grundlage, um Strukturen und Bedarfe zu identifizieren und auf eine bessere Versorgung bezüglich gesundheitsförderlicherer Lebensbedingungen für die Mannheimer Bürgerinnen und Bürger hinzuwirken. Dabei orientiert sich die KGK an der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg zur Umsetzung einer

gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik und an den strategischen Zielen der Stadt Mannheim.

Zentrale Strategie des Präventionsgesetzes ist der Settingansatz, der die Förderung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten, wie Kindertageseinrichtungen (KiTa), Schule, Kommune, Betrieb oder Pflegeeinrichtungen beschreibt. Er benennt einen Paradigmenwechsel weg von hohen Ausgaben für Verhaltensprävention hin zum Lebenswelt – Settingansatz. Dieser Ansatz unterstützt auch die strategischen Ziele unserer Kommune.

Die Finanzierung des Settingansatzes ist dabei im Präventionsgesetz geregelt: Seit 2016 müssen die gesetzlichen Krankenkassen jährlich 7 Euro je Versicherten für primärpräventive und gesundheitsfördernde Leistungen, das entspricht rund 500 Mio. Euro, aufwenden, diese Leistung wird jährlich dynamisiert. Von diesen 7 Euro fließen mindestens je 2 Euro für Maßnahmen in Lebenswelten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung, was rund 285 Mio. Euro entspricht. Auch eine kassenübergreifende Förderung ist hier möglich, die Frage stellt sich jedoch, inwieweit dies praktikabel ist. Eine Antragstellung bei der Krankenkassen kann dadurch erfolgen, in dem Themen über die KGK gebündelt und anschließende den Krankenkassen vorgestellt werden. Dies war in Mannheim jedoch noch nicht der Fall.

Auch können die Verantwortlichen aus dem Setting einen Antrag stellen. Es liegen jedoch keine Informationen darüber vor, ob das bisher schon häufiger praktiziert wurde.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass die Beteiligten der Landesrahmenvereinbarung mit einem konkreten Projektvorschlag auf die Verantwortlichen aus dem Setting zugehen, eine Vorgehensweise, die scheinbar bis dato am meisten praktiziert wurde. Da die Kassen bundesweit organisierte Einheiten sind,

entscheiden sie eher nach bundesweiten, bestenfalls nach landesweiten Bedarfen¹.

¹Vgl.

https://www.praeventionskonzept.nrw.de/_media/pdf/praeventionsgesetz/Leitfaden_Praevention_2017.pdf ff. Abruf: 30.10.2018

Diese decken sich bekannter weise nicht unbedingt mit der kommunalen oder regionalen

Bedarfslage. So stehen z.B. in Mannheim 44,7% Einwohner mit Migrationshintergrund denjenigen Baden-Württembergs von etwa 15% gegenüber.

Die Landesrahmenvereinbarung soll auf Basis der Bundesrahmenempfehlung passgenau auf länderspezifische und regionale Erfordernisse abgeschlossen werden.

Für Mannheim spielt die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger eine immer größer werdende Rolle. So ist der Ansatz, „Health in all Policies“ in die strategische Gesamtsteuerung der Stadt einzubetten, schon seit Jahren - bereits vor in Kraft treten des Präventionsgesetzes - ein wichtiges Anliegen der Verantwortlichen.

Unter den acht strategischen Zielen der Stadt Mannheim befinden sich drei Ziele mit gesundheitsförderlicher Relevanz. Es sind dies:

- Urbanität stärken
- Toleranz bewahren, zusammen leben

und

- den Bildungserfolg der in Mannheim lebenden Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen erhöhen

Das Dezernat III und der Fachbereich Gesundheit hatten bereits vor 2013 benachteiligte Zielgruppen und den Settingansatz im Fokus:

Auf Basis der Gesundheitsstudie in Haupt- und Förderschulen von 2008/2009 und 2011 /2012 wurde der *„Aktionsplan zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen“* entwickelt, der mit konkreten Projektangeboten zu unterschiedlichen Themen in den Settings Schule, Kindertageseinrichtungen, Heim Anwendung fand.

2013 wurden zwei *Bürgerforen Gesundheit* in den beiden Stadtteilen „Hochstätt“ und „Wohlgelegen“ durchgeführt, die als Ergebnis den Aufbau von Maßnahmen und Strukturen in diesen Stadtteilen zur Folge hatten.

2017 erfolgte der Beitritt zur Landesinitiative „*Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg!*“, welche in das Pilotvorhaben „*Kommunale Gesundheitsförderung*“ des Ministeriums für Soziales und Integration und des Landesgesundheitsamtes eingebettet war. In den drei ausgewählten Stadtteilen Neckarstadt, Hochstätt und Schönau werden seitdem die bestehenden gesundheitsförderlichen Strukturen konkreter an die sozialräumlich- und sozialsituationbezogenen Anforderungen angepasst.

Wie soll Mannheim in 2030 aussehen? Antworten soll der Leitbildprozess Mannheim 2030 geben, der in jüngster Vergangenheit begonnen hat. Dabei sollen die acht strategischen Ziele der Stadt Mannheim mit den von den Vereinten Nationen verabschiedeten 17 globalen Nachhaltigkeitszielen für das Jahr 2030 verglichen und entsprechend für eine kommunale Umsetzung in Mannheim weiterentwickelt werden. Im Sinne der „*Health in all Policies*“ muss der Auftrag sein, das Thema Gesundheit auch in diesem Leitbildprozess immer mitzudenken und abzubilden.

Bei den Akteuren scheint ein allgemeiner Konsens über die Notwendigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung zu bestehen, nun verankert im Präventionsgesetz. Doch inwieweit das Gesetz bei der Gesundheitsplanung Unterstützung leistet, die zum Ziel hat, auf Basis einer datenbasierten Bestands- und Bedarfsanalyse, abgestimmte und bedarfsgerechte Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung und der Gesundheitsförderung für die Bürger Mannheims anzubieten, bleibt fraglich. Mit Hilfe der Gesundheitsberichterstattung werden Problemfelder in der Gesundheitsförderung und Prävention oder auch in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung aufgezeigt. Auf deren Basis erfolgt die Definition von Schnittstellen und Erhebung der Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfe zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen. Hierbei ist die Kommunale Gesundheitskonferenz ein wichtiges und zielführendes Instrument.

Mit dem Public-Health-Action-Cycle, mit dem auch die Kommunale Gesundheitsförderung in Mannheim arbeitet, wird der Prozess der Gesundheitsplanung verbildlicht, was am Beispiel Wohlgelegen kurz verdeutlicht werden soll:

Der Phase der **Problemdefinition**, wie sie z.B. durch eine Bedarfsanalyse mittels eines Bürgerforums, einer Netzwerkanalyse und –Befragung in Wohlgelegen erfolgte, schließt sich die **Phase der Strategieformulierung an**, bei der Ziele und Handlungsfeldern festgelegt werden, im Falle Wohlgelegen in der Initiierung eines Bürgercafés.

Nun erfolgt die **Implementierung/Umsetzungsphase**, z. B. durch bürgerbezogene Maßnahmen wie Beratungs- und Unterstützungsangebote der Stadtteilakteure. In Wohlgelegen kam es so z.B. im Bürgercafé zur Einrichtung einer Gesundheitssprechstunde und eines 3000 Schritte Weges durch das Quartier. Inwieweit diese Maßnahmen greifen, wird in der **Bewertungs-/Evaluationsphase** beurteilt, die dafür z.B. Bürger und Netzwerkpartner befragt oder auch Teilnehmerzahlen auswertet. Diese Ergebnisse bieten dann die Grundlage für eine angepasste Problemdefinition, der Action Cycle geht von vorn los.

Das Präventionsgesetz kann ein Werkzeug für die Gesundheitsplanung sein. Wenn es gemeinsam mit konkreten Prozessen, Maßnahmen und Strukturen und einer gemeinsamen Priorisierung der Gesundheitsziele umgesetzt wird, ist es ein erster, wichtiger und richtiger Schritt in der Planung.

Von einer Expertengruppe aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung, Gesundheitswirtschaft, Gesundheitsförderung und Prävention am Landesgesundheitsamt (LGA) wurden acht Landesgesundheitsziele erarbeitet. Diese dienen der KGK zur weiteren Konkretisierung ihrer Arbeit und nachhaltigen Umsetzung der Gesundheitsstrategie. Im Vorfeld dieser Konferenz haben die Planungsgruppe und der Lenkungsreis der KGK Mannheim zunächst drei Ziele priorisiert. Diese sind:

- gesund aufwachsen
- gesund älter werden
- gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken

Dies sind jedoch keine ganz neuen Themenbereiche für die Stadt Mannheim. Viele Maßnahmen, Angebote und Strukturen sind in diesen Bereichen bereits

vorhanden. Zu allen Zielgruppen/Themen wurden zudem Jahreskonferenzen durchgeführt, die zum Teil bis heute in Arbeitsgruppen weiter bearbeitet werden.

Das Gesundheitsziel „*Gesund aufwachsen*“ beschreibt einmal mehr die Sinnhaftigkeit gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen von Anfang an. Durch Angebote wie *Frühe Hilfen* und den Auf- und Ausbau von *Präventionsketten* gelingt es, die Zielgruppen im Setting gut zu erreichen.

Das Gesundheitsziel „*Gesund älter werden*“ stellt hohe Anforderungen an die Verantwortlichen, schon alleine im Hinblick auf die Altersstruktur der Mannheimer Bürger. Wie Herr Dr. Schäfer bereits in der KGK von 2015 berichtete, lag der Anteil der Bevölkerung in Mannheim über 65 Jahre bei 19%, 2009 waren es 14,5%, laut Kommunalen Statistikstelle ist dies ein überproportionaler Trend bis 2030. Im Bericht der Stadt Mannheim von 2015 zur Lebenslage älterer Menschen wurde außerdem darauf hingewiesen, dass dabei die Zuwanderung aus Südosteuropa sowie der Zustrom an Flüchtlingen und die unvorhersehbare weitere Entwicklung beim Trend unberücksichtigt blieben. Entstanden aus der KGK von 2015 nimmt sich seitdem der Arbeitskreis „Gesund älter werden im Quartier“ diesem Thema an. Der zunehmend generationenübergreifenden Ausweitung der Arbeitsinhalte des Arbeitskreises trägt der neue Name Rechnung, so wurde aus dem Arbeitskreis „*Gesund älter werden im Quartier*“ 2017 das Netzwerk „*Gesundheitsförderung im Quadrat*“.

Das Gesundheitsziel „*Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, PatientInnensouveränität stärken*“ wurde mit der Gründung der Allianz für Gesundheitskompetenz im Juni 2017 durch Herrn Bundesgesundheitsminister Hermann Grohe mit 14 Partnern gestärkt¹.

¹ Die Partner der „Allianz für Gesundheitskompetenz“ sind: Bundesministerium für Gesundheit/ Gesundheitsministerkonferenz der Länder/ Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege/ Bundesärztekammer/ Bundeszahnärztekammer/ Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V./ Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V./ Deutsche Krankenhausgesellschaft/ Deutscher Pflegerat e.V./ Gemeinsamer Bundesausschuss/ GKV-Spitzenverband/ Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche

54 % der Bevölkerung verfügen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Sie haben Schwierigkeiten, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu bewerten und richtige Entscheidungen für eine gesunde Lebensweise oder Krankheitsbewältigung zu treffen. Betroffen sind vor allem ältere Menschen, Menschen mit chronischen Erkrankungen, Menschen mit geringem Bildungsstatus oder auch Menschen mit Migrationshintergrund. In jedem Handlungsfeld dieser 14 Allianz-Partner sollen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsbildung, gute Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen entwickelt und umgesetzt werden. Dieses Thema wurde auch in der KGK 2016 *„Ist Teilhabe am Gesundheitssystem für jeden möglich“* aufgegriffen. Der daraus gebildete Arbeitskreis *„Zugang durch leichte Sprachen“* und das Projekt *„Beraber elele“* beschäftigten sich ebenfalls bis heute mit der Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz der Mannheimer Bürgerinnen und Bürger.

Es scheint sicher, dass diese drei Gesundheitsziele aufgrund ihrer Relevanz weiterhin Inhalte der Arbeit der KGK in Mannheim für die nächsten Jahre bleiben wird.

Es wird immer Kritik an Gesetzen geben: Zu ungenau, zu ungerecht, nicht alles in Betracht gezogen. Bei der 5. Kommunalen Gesundheitskonferenz besteht eine gute Möglichkeit, im Rahmen des Gesetzes und mit den Beteiligten des Gesetzes die für Mannheim bestmöglichen Lösungen zu finden, Vorschläge zu sammeln, Visionen zu entwickeln und/oder Einfluss auf eine zukünftige Landesrahmenvereinbarung zu nehmen.

5. EXPERTEN- UND DISKUSSIONSRUNDE

5.1 EXPERTENRUNDE I: „WELCHE MÖGLICHKEITEN SEHEN SIE NACH DEM PRÄVENTIONSGESETZ FÜR DIE UNTERSTÜTZUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN MANNHEIM“

In der ersten Expertenrunde lag der Fokus darauf, welche Unterstützungsmöglichkeiten die Leistungserbringer im Rahmen des Präventionsgesetzes im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sehen.

Da sich der Vertreter der B52 Verbändekooperation Herr Schüle kurzfristig entschuldigen musste, waren mit Frau Fellhauer von der Deutschen Rentenversicherung (DRV), Herrn Becker von der AOK und Herrn Tampe von der Unfallkasse Baden-Württemberg (UKBW) 3 Experten aus dem Bereich der Kranken- und Sozialversicherungen anwesend.

Den Einstieg in die Thematik machte **Herr Tampe**, in dem er eine kurze Übersicht über das Leistungsspektrum der Unfallversicherung als fünfter Säule der Sozialversicherungen gab. In der Unfallkasse Baden-Württemberg (UKBW), als deren Vertreter er sprach, sind alle Beschäftigten im öffentlichen Dienst Baden-Württembergs versichert, zudem ist sie Träger der Schülerunfallversicherung. Die Unfallversicherung greift nach SGB VII bei Arbeits- und Schulunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten, die mit Körperschäden einhergehen und zielt darauf ab, mit allen geeigneten Mitteln Unfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Sollte es aber trotzdem zu berufsbedingten Gesundheitseinschränkungen kommen, stellt sie u.a. alle notwendigen Mittel zur Verfügung, um die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten wieder herzustellen. Im Fokus der Bemühungen steht die möglichst schnelle Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nach dem Ansatz „Reha vor

Rente“ durch geeignete Rehabilitationsleistungen, wie z.B. Heilbehandlungen, Betreuungsleistungen, Wohnungshilfe oder auch Umschulungsmaßnahmen oder bei Bedarf zudem Entschädigungsleistungen, so Herr Tampe.

Damit jedoch ein Anspruch auf die Leistungen der Unfallversicherung besteht, müssen, wie in der Berufskrankheiten-Verordnung festgehalten, übermäßige Belastungen vorliegen. Betroffene sind demnach z.B. Bauarbeiter, nicht jedoch Bürobeschäftigte, die aufgrund ihrer sitzenden Tätigkeit über Rückenschmerzen leiden.

Präventive Leistungen beschränken sich – im Gegensatz zur Individualprävention – auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher bzw. gesunderhaltender Verhältnisse und enthalten die hoheitlichen Befugnisse der Beratung, Überwachung und Untersuchung.

Die UKBW hat dabei „...den Blick auf die Betriebsabläufe, nicht auf den Menschen.“

Abschließend betonte Herr Tampe die Bereitschaft der Unfallkasse, sich einzubringen, sah dabei jedoch auch Unterstützungsbedarf. Er attestierte zudem die Notwendigkeit einer besseren Vernetzung unter den gesetzlichen Trägern und den Akteuren vor Ort. In diesem Zusammenhang äußerte er seinen Wunsch nach einer Koordination.

„WER UNTERSTÜTZT
UNS, WO KÖNNEN WIR
UNS EINBRINGEN?“

Wie **Frau Fellhauer** als nächste Referentin betonte, gab es Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) als Ermessensleistungen bereits vor deren gesetzlicher Verpflichtung durch das Präventionsgesetz. Der Anspruch auf individuelle Präventionsleistungen liegt jedoch erst dann vor, wenn erste gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen. Insofern hat die DRV keine rein präventive Aufgabe. Hervorzuheben ist dabei allerdings, dass die Rentenversicherer keine bundesweit einheitlichen Regelungen bzw. Programme anbieten.

Das Präventionsprogramm in Baden-Württemberg fußt derzeit auf den Programmen „Betsi“ (*Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern*), welches die Erwerbsfähigkeit erhalten und die Gesundheit der Versicherten langfristig verbessern soll und „Balance plus“, welches Anwendung bei psychosomatischen Beschwerden findet. Hierbei soll es zukünftig ein Programm geben, das sich

modular an den Bedarfen der Versicherten orientiert. Vom Ablauf her sind beide Programme formal gleich, erste Evaluationen zeigen eine sehr große Nachhaltigkeit.

Hinsichtlich des Kooperationsaspektes merkte Frau Fellhauer an, dass zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Gesetzlichen Unfallversicherung bereits Kooperationen bestehen. Für 2018 ist eine zunehmende Vernetzung und Zusammenarbeit geplant. Abschließend betonte sie, dass es zukünftig nicht neuer Angebote, sondern einer besseren Bündelung der bereits vorhandenen Angebote bedürfe.

Diesen Aspekt griff **Herr Becker** zu Beginn seines Vortages sofort auf. Auch er attestierte, dass es nicht an Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention, sondern an deren Vernetzung mangelt.

„ES GIBT BEREITS EINE
VIELZAHL VON
ANBIETERN, WIR MÜSSEN
UNS NUR MEHR
.....“

2016 lagen die jährlichen Ausgaben der Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Prävention bei 500 Mio €. Positiv bewertete er den höheren Stellenwert der Gesundheitsförderung, der allerdings schon seit Jahrzehnten Schwerpunkt der Unternehmenspolitik ist. Kritisch hingegen beurteilte er den zentralistischen Ansatz des Präventionsgesetzes, da hierbei regionale Besonderheiten von Kommunen, Landkreisen, Städten und Stadtteilen unberücksichtigt bleiben.

Er begrüßte den Settingansatz als Strategie der Gesundheitsförderung, jedoch mit der Einschränkung, dass es aufgrund der heterogenen Anforderungen, Ansätze und Strukturen in den einzelnen Stadtteilen eine große Herausforderung ist, die passenden Partner zu finden.

Voraussetzungen zur (Mit)Finanzierung von Maßnahmen und Angeboten sind einerseits die Sicherstellung der Qualitätskriterien der GKV, andererseits aber auch deren Leitlinienkonformität. In 2016 hat die AOK neben 106 Gesundheitstagen für Arbeitnehmer und 52 Gesundheitskursen zu Bewegung/Ernährung und Entspannung auch Kooperationen mit 10 Sportvereinen, Schulen und Kindergärten durchgeführt.

Kritisch betrachtete er das Präventionsgesetz hinsichtlich der - seiner Meinung nach - unkonkreten Handlungsanweisungen und Zielsetzungen und dadurch auch als wenig praxistauglich. Eine konkrete Aussage macht das Gesetz seiner Meinung nach allerdings zur Regelung der Ausgaben, die mit 7,70€ pro Versichertem relativ hoch sind.

Zum Ende seines Vortrages machte Herr Becker noch einmal deutlich, dass Mannheim bezüglich der Angebote zur Gesundheitsförderung gut aufgestellt ist, es aber eines größeren und engeren Netzwerkes bedarf, um noch mehr erreichen zu können. Die AOK ist nach Kontaktaufnahme durch die Akteure bereit, dies zu unterstützen.

*„DIE AOK UNTERSTÜTZT SIE
GANZ NACH UNSERER
PHILOSOPHIE (...) -
FORDERN SIE UNS!“*

5.2 DISKUSSIONSRUNDE I

In der anschließenden Diskussionsrunde hatten die Teilnehmer die Gelegenheit, Fragen und Anmerkungen an die Experten zu richten.

Von besonderem Interesse waren dabei die Themen:

- Teilnahmemodalitäten an AOK Gesundheitsprogrammen für Mitglieder anderer Krankenversicherungen
- Qualitätssicherung von Präventionsangeboten
- Unterstützungsangebote für Mobbingopfer
- Fehlende Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche trotz großer Bedarfe, insbesondere für Kinder aus Suchtfamilien
- Vorgehensweise bei der Konzeption bzw. dem Angebot von Präventionsprogrammen
- Konkrete Angebote für die komplexe Bedarfslage von Lehrkräften
- Auswahlverfahren für Förderung von Projekten

Zusammenfassend lassen sich diesbezüglich folgende Aussagen festhalten:

- Obgleich die Gesundheitsprogramme vorwiegend für AOK Mitglieder sind, können, sofern noch freie Kapazitäten vorhanden sind, auch Mitglieder anderer Krankenversicherungen daran teilnehmen.
- Die DRV erarbeitet Standards für Kliniken, Schulungen des Fachpersonals und Räumlichkeiten u.a., die von den Kliniken bzw. Institutionen eingehalten werden müssen. Dies gilt auch für die GKV, die im Vorfeld eines Projektangebotes nach einem strengen Kriterienkatalog abprüft, ob

diese erfüllt sind. Erst dann kommt es zu einer Finanzierung dieser Angebote.

- Mobbing ist (noch) nicht als Berufskrankheit anerkannt. Die UKBW bietet jedoch bereits Konflikt-Kommunikationstraining sowie diesbezügliche Führungs-kräfte-seminare bzw. – schulungen an.
- Es gibt eine Pflichtleistung der ambulanten Betreuung, wenn Kinderrehabilitation notwendig ist. Präventionsleistungen für Kinder und Jugendliche sind derzeit nicht vorgesehen. Maßnahmen kommen tatsächlich erst dann zur Anwendung, wenn Bedarfe vorhanden sind.
- Bei der AOK arbeiten speziell geschulte Mitarbeiter, wie Sportwissenschaftler und Psychologen, die nach einer Bedarfsanalyse einen individuellen Bericht ausarbeiten, in dem konkrete Bedarfe und Prioritäten benannt werden. Falls notwendig, wird eine gemeinsame Kooperation für ein Präventionsprojekt zwischen Arbeitgeber und AOK angestrebt.
- Die GKV verfügt über eine betriebliche regionale Koordinierungsstelle. Es besteht eine Vernetzung zwischen GKV und DRV, wie z.B. die Weiterleitung von der Homepage der GKV auf die der RV. In Abhängigkeit des Bedarfs können auch die DRV oder andere Zweige der Sozialversicherung greifen.
- Auch die UKBW macht anfangs eine Arbeitsumfeld-Analyse, die sich jedoch auf das Setting und nicht den einzelnen Mitarbeiter bezieht. Zielgruppe der Maßnahmen sind häufig Führungskräfte, da diese als Bestimmer von Rahmenbedingungen mehr Einfluss haben und mehr Steuerung ermöglichen.
- Die AOK hat bereits spezielle Seminare für Lehrer ausgearbeitet und an einer Schule in Mannheim durchgeführt. An dieser eintägigen Veranstaltung hatten die Schüler keinen Unterricht. Im Vorfeld einer solchen Veranstaltung müssen allerdings - die Zustimmung der Schulleitung vorausgesetzt - die Wünsche und Themen der Lehrkräfte abgeklärt werden. Diese Setting-bezogene Maßnahme der AOK greift für alle im Setting, unabhängig der Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse.

*„PRIVATVERSICHERUNGEN ZIEHEN
HIER NICHT MIT. OBWOHL SCHULE MIT
VIELEN BEAMTENVERHÄLTNISSEN UND
PRIVATVERSICHERTEN EIN SETTING
DAFÜR WÄRE.“*

- Prävention ist ein Thema für Alle, unabhängig des Wohnortes. Die Förderung von Projekten ist allerdings abhängig von personellen Ressourcen, benötigten Vorlaufzeiten und der h

„...PRÄVENTION GEHT
ALLE AN, EGAL IN
WELCHEM STADTTEIL...“

5.3 EXPERTENRUNDE II: „WAS BRAUCHT MANNHEIM AUS IHRER SICHT FÜR DIE UMSETZUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN BEZUG AUF DIE DREI GESUNDHEITSZIELE?“

Für die zweite Expertenrunde standen mit Herrn Dr. Schäfer vom Fachbereich Gesundheit der Stadt Mannheim, Herrn Dr. Mayer vom Gesundheitsprojekt Mannheim e.G., Herrn Seltenreich von der Patientenvertretung Baden-Württemberg, Frau Wäldele von den Altenpflegeheimen Mannheim GmbH und Herrn Professor Dr. Fischer vom Mannheimer Institut für Public Health Experten zur Verfügung, die für die Umsetzung der politischen Vorgaben verantwortlich sind bzw. zu diesem Thema forschen.

Den Auftakt dieser Runde machte **Herr Dr. Schäfer**. Er betonte die neutrale und gemeinwohlorientierte Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), in der Prävention ein zentrales Anliegen ist.

Was braucht es aus seiner Sicht für gelingende Präventionsarbeit? In seinem weiteren Statement wurde deutlich, dass aus seiner Sicht Vernetzung und Transparenz - Gesundheitsplanung - Lebensweltorientierung – und nicht zuletzt Nachhaltigkeit Schlüsselpunkte darstellen.

Hinsichtlich des Aspektes der Transparenz betonte er, dass ein enger Dialog zwischen den Akteuren nicht nur wichtig, sondern auch notwendig ist. Hierbei sah er Verbesserungspotential.

Als weiteres zielführendes Instrument sah er die integrierte Sozial- und Gesundheitsplanung aller städtischen Fachbereiche an. Hierbei sollen alle gesundheitsrelevanten Akteure mit einbezogen und vernetzt werden. Für eine

gelingende Planung ist es allerdings notwendig, alle verfügbaren Daten zur Verfügung zu stellen. Erforderlich dafür ist eine Stärkung aller Netzwerkpartner.

Bezüglich der Lebensweltorientierung hob Herr Dr. Schäfer hervor, dass die Landes- und Bundesprojekte nicht passend für die per Sozialraumtypologie eingestuften Stadtteile der Sozialräume 4 und 5 sind, die im Fokus der Bemühungen des Fachbereichs Gesundheit liegen. Die Landesrahmenvereinbarungen hingegen orientieren sich mehr an den Lebenswelten und werden der Sozialraumtypologie eher gerecht. Weiterhin wichtig ist, die Projekte dauerhaft zu verankern, was letztendlich nur über eine langfristige finanzielle Unterstützung möglich ist. In diesem Zusammenhang formulierte er eine Bitte an das Land, mehr finanzielle Mittel für die Präventionsarbeit zur Verfügung zu stellen. Bei der derzeitigen finanziellen Unterstützung des Landes bleibt die Größe Mannheims, als zweitgrößter Stadt Baden-Württembergs, unberücksichtigt. „...da stimmt etwas in der Verteilung nicht...“, so Herr Dr. Schäfer.

Wichtig war es ihm abschließend hervorzuheben, dass die KGK über die eigentliche Jahreskonferenz hinausgeht. Sie ist eine Gremienstruktur, die ganzjährig arbeitet und ein Planungsinstrument der Gesundheitsplanung, in dem Informationen, Daten, Bedarfe und Bedürfnisse zusammengetragen und langfristig bearbeitet werden.

„LÖSUNGSANSÄTZE ERFORDERN
GESPRÄCHE“

Im Mittelpunkt des Statements Herrn **Dr. Mayers** lag die Frage, wie es Ärzten gelingen kann, Menschen für Gesundheit zu motivieren. Ganz deutlich legte er dar, dass die Ärzte bei wöchentlich durchschnittlich 1000 Patienten Kontakten kaum Möglichkeiten für eine umfangreiche Gesundheitsberatung haben, insofern ist Prävention eine schwierige Aufgabe für Mediziner. Ärzte empfehlen den Patienten z.B. Verhaltensänderung im

Bereich Ernährung, Bewegung, Nikotin oder auch Alkoholkonsum – leider zumeist ohne Erfolg, denn Lösungsansätze sind sehr zeitintensiv.

Seiner Meinung nach kann man im Sinne einer

Sensibilisierung für das Thema Gesundheit die Werbebranche in die Verantwortung nehmen, da diese einen großen Einfluss auf die Gesellschaft hat.

Nun soll man es im Sinne der Gesundheit nutzen und für Gesundheit werben, um so die Menschen dafür zu motivieren.

Seit 1779 ist Gesundheitsförderung bereits ein relevantes Thema, doch „...*auch wenn wir die tollsten Ideen entwickeln, wir müssen die Nachhaltigkeit irgendwie erwirken.*“, so Dr. Mayer weiter. In der Erhöhung der Patienten-Souveränität sah er eine Chance, die notwendige Nachhaltigkeit von Verhaltensänderungen zu erreichen. Mit diesem Ansatz arbeitet z. B. „Mannheim gegen Einsamkeit (MAG1)“, welches die Wiedereingliederung von einsamen, älteren Menschen in unsere Gesellschaft zum Ziel hat. Eigenverantwortliches Handeln sieht er zudem als Grundlage einer nachhaltigen gesundheitsförderlichen Lebensweise jedes Einzelnen. Positiv hob er das HPV-Impfprojekt² als Schulimpfungsmaßnahme im Kreis Bergstraße hervor, das für Mannheim eventuell auch von Interesse sein könnte.

Herr Seltenreich hob bei seinen Ausführungen insbesondere den Zusammenhang zwischen Lebenswelt und Gesundheit hervor. „*Gesundheit entsteht und wird zerstört in Lebenswelten*“, so Herr Seltenreich. Seiner Meinung nach sind die Erwartungen an das Präventionsgesetz hoch, aber zum Teil erfüllbar, sollten die Voraussetzungen stimmen, was er kritisch betrachtete. Nach ihm muss es das Ziel sein, gesundheitsförderliche Quartiere zu schaffen, in denen Menschen zu mehr Achtsamkeit für sich sensibilisiert werden. Ganz wichtig war ihm dabei der Wechsel der Sichtweise: weg von der Krankheitsbehandlung hin zur Gesundheitsförderung.

Bezüglich der Möglichkeiten, die die Medizin in diesem Kontext hat, schloss er sich den Äußerungen Herrn Mayers an. Die zeitlichen Rahmenbedingungen einer 5-Minuten – Medizin sieht auch er als nicht ausreichend an. Ärzte sind dafür nicht ausgerichtet. Seiner Meinung nach obliegt Gesundheitsförderung anderen Berufsgruppen und Institutionen. Alle Quartiersbeteiligten müssten eine „Gesundheitsbrille“ aufziehen und dabei immer auch die psychologischen Umstände berücksichtigen.

² Das im Sommer 2015 gestartete Projekt geht aus der Initiative „Prävention in der Metropolregion Rhein-Neckar“ hervor – ein Zusammenschluss von Akteuren, die sich zum Ziel gesetzt haben, die Vorsorgeraten in der Rhein-Neckar-Region zu steigern und die Bürger von einer gesunden Lebensweise zu überzeugen. Das Modellprojekt fügt sich in die Präventionsarbeit des Kreises ein und wird auch durch den öffentlichen Gesundheitsdienst unterstützt.

Zum Ende seines Statements zitierte er den Verhaltensforscher Conrad Lorenz mit den Worten:

*Gesagt ist nicht gehört,
gehört ist nicht verstanden,
verstanden ist nicht einverstanden,
einverstanden ist nicht getan,
getan ist nicht richtig getan.*

Im nächsten Vortrag lag der Fokus auf den Präventionsbedarfen und –möglichkeiten in stationären Einrichtungen. **Frau Wäldele** betonte die Notwendigkeit von gesundheitsfördernden Angeboten und Maßnahmen und dies gleichermaßen für Patienten und Mitarbeiter in den Einrichtungen.

Die im Rahmen der Gesundheitstage im Rosengarten 2017 erhobenen Umfrageergebnisse zum Thema „Werte im Alter“ hatten die größte Übereinkunft hinsichtlich des Wunsches nach einem selbstbestimmten Leben bis ins hohe Alter, so Frau Wäldele weiter. Ziel müsse es deshalb sein, die Gesundheit zu erhalten. So werden zur Sensibilisierung für diese Thematik z.B. auch Informationen an die Senioren ausgegeben, wie sich die Lebensweise auf die Gesundheit auswirkt. Im Raum steht auch hier immer die Frage, wie Menschen zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil animiert werden können, schloss sie sich ihren Vorrednern an.

In Angeboten zur Sturzprophylaxe in stationären Einrichtungen sah sie eine gute Möglichkeit, die Lebensqualität der Bewohner zu verbessern. Beispielhaft nannte sie ein Projekt zur Sturzprophylaxe mit Schulung der Mitarbeiter, das, wenngleich vor Jahren durchgeführt, nachhaltige Erfolge erzielt. So ist die Sturzrate noch heute geringer als vor dem Angebot.

„WIE KÖNNEN WIR
MENSCHEN
ÜBERZEUGEN, EIN
GESUNDES
LEBENSVERHALTEN
ZU FÖRDERN
BZW. ZU
ERHALTEN?“

Auch in der Bekanntmachung von Angeboten und Vorstellung von Akteuren, wie es das Netzwerk Neckarstadt immer macht, sah sie einen guten Weg, zur Verbesserung der Lebensqualität Älterer beizutragen

„DIE STÄRKUNG DER
EIGENVERANTWORTUNG UND
DAS EIGENE INFORMIEREN SIND
SEHR WICHTIG.“

Voraussetzung zur Nutzung solcher Angebote sind ihrer Meinung nach aber städtebauliche Entwicklungen hinsichtlich einer guten ÖPNV-Anbindung und barrierefreier Wege für mobilitätseingeschränkte Menschen.

Auch sie attestierte ein umfangreiches Angebot an gesundheitsförderlichen Angeboten, die jedoch besser bekannt gemacht und untereinander vernetzen werden müssen.

Herr **Professor Dr. Fischer** griff in seinem abschließenden Statement die Darlegungen seiner Vorrednerin auf. Auch er attestierte den ausgeprägten Wunsch der Menschen, bis ins hohe Alter gesund zu bleiben. Wenn auch die Lebenserwartung in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern hoch ist, liegt die Dauer von Beschwerden im letzten Lebensabschnitt jedoch deutlich höher als in anderen Ländern, wie z.B. Skandinavien. Hier sah er demnach noch Handlungsbedarf.

Einen großen Ansatzpunkt sah er in der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitswelt, da „...der Großteil der Lebensspanne (...) mit Arbeit gefüllt...“ ist. Auf Individualförderung ausgerichtete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung greifen in Betrieben zumeist nicht. Obwohl es gute und wirksame Programme wie z.B. „Lebe Balance“ der AOK gibt, sieht er darin jedoch den falschen Ansatzpunkt, um das Depressionsrisiko der Teilnehmer zu minimieren.

Nicht eine Verhaltens- sondern eine Verhältnisänderung ist erforderlich, wenn es um wirksame Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Mitarbeiter in Betrieben geht, führte er weiter aus. Dies verdeutlichte er anhand des Beispiels, wenn eine Mitarbeiterin aufgrund Mobbing durch den Chef beeinträchtigt ist. Hier ist statt des Balancekurses für die Mitarbeiterin eine Verhältnisänderung zielführender, in dem der Chef lernt *geht.*“

„...LEITENDE
PERSONEN MÜSSEN
SICH KÜMMERN...“

Die Auswirkungen der betrieblichen Verhältnisänderungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter machte er anschließend auch anhand der Kantinenverköstigung bei BMW deutlich: Eine Einführung des Ampelsystems nach der LOGI-Diät, mit dem Ziel eines höheren Salatkonsums der Mitarbeiter, zeigte keinen Erfolg – trotz durchgeführter Werbemaßnahmen. Erst nachdem alle Kantinenchefs der BMW-

Werke aufgrund einer regelmäßig veröffentlichten Bundesliga ähnlichen Rangliste dazu animiert wurden, gesundes Essen schmackhaft und entsprechend ansprechend zu präsentieren, wurde gesundes Essen für die Mitarbeiter attraktiver und zunehmend konsumiert.

Auch die 15 minütige *Bewegte Pause*, die in der Arbeitszeit einer Firma der Flachglasproduktion durchgeführt wurde, hat sich wirksamer gezeigt, als das Angebot von Fitnesskursen außerhalb der Arbeitszeit, führte er weiter aus.

Sein Fazit: Verhältnisse ändern hilft!

5.4 DISKUSSIONSRUNDE II

Auch in der anschließenden zweiten Diskussionsrunde hatten die Anwesenden die Gelegenheit, die Vorträge aufzugreifen und Fragen und Anmerkungen an die Experten zu richten.

Von besonderem Interesse waren hierbei die Themen:

- Verhältnisänderung in Betrieben
- Angebote für Mitarbeitende in der Pflege
- Vernetzungsstrategien in Mannheim
- Zielgruppenspezifische Ausrichtung der Angebote

Zusammenfassend lassen sich folgende Aussagen festhalten:

- Betriebswirtschaftliche Lösungsmodelle sind bei dem Ziel der Verhältnisänderung vorrangig. Wie Studien zeigen, führt ein schlechtes Betriebsklima zu 30% mehr Krankheiten und dies über alle Krankheitsbilder hinweg.
- Für Mitarbeiter in der Pflege gibt es unterschiedliche (gesundheitsfördernde) Ansätze. Gerade hinsichtlich der hohen Arbeitsbelastung in der Pflege ist es wichtig, das Personal durch Angebote und Maßnahmen zu belastenden Themen zu unterstützen.

- Die integrierte Sozialplanung, die auf die Stadtteile runtergebrochen und unter einem Dach zusammengeführt ist, ist eine geeignete Strategie der Vernetzung. Vorab müssen jedoch die jeweiligen Bedarfe ermittelt werden. Derzeit liegt der Fokus des Fachbereichs Gesundheit auf den Sozialräumen 4 und 5, gegebenenfalls auch auf dem Sozialraum 3. Als Umsetzungsebene können die Quartiere fungieren, wie beispielhaft in der Neckarstadt aufgezeigt.
- Generell wird dem Zielgruppenansatz zugestimmt. Kritisch zu betrachten ist dabei aber die - auch in der Public Health vorhandene - Spezialisierung von Programmen. So gibt es z.B. Angebote für alleinerziehende Mütter, Angebote mit Alterseinschränkung oder für Menschen aus bestimmten Herkunftsländern.

Dieser Ansatz greift jedoch oftmals zu kurz, weil durch zu enge Zielgruppenkriterien viele Bedürftige ausgeschlossen werden, es werde die „...*Population zersplittert*...“ mit z.T. unterschiedlichen Zuständigkeiten und der Gefahr einer Stigmatisierung. Dieser kann man begegnen, in dem man die Angebote offener und positiver konnotiert. Beispielsweise als Angebot „*Gesund aufwachsen*“ anstatt „*Adipositasprävention*“.

Durch die dadurch erreichte Teilnahmemöglichkeit Vieler wird zudem das Gerechtigkeitsgefühl gestärkt.

„...ES IST FÜR ALLE IM
STADTTEIL UND EIN PAAR
BRAUCHEN EINE BESONDERE
„.....““

Folgende zusätzlichen Aussagen wurden getroffen:

- Fehlende Sprachkenntnisse erschweren es, Angebote wahrzunehmen. Ziel muss es demnach sein, Sprachbarrieren auszuräumen. Ein Vorschlag dabei ist: Arzthelferinnen mit Migrationshintergrund zur einfachen Wissensbeschaffung dolmetschen zu lassen.
- Wie wissenschaftlich belegt, wirken sich Bildungsferne und soziale Benachteiligung auch hinderlich auf den Gesundheitszustand jedes Einzelnen aus. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Gesundheit, Bildung und Kinderarmut.
- Es braucht gesundheitsorientierte Gemeindearbeit, die auf (Fort) Bildung im öffentlichen Bereich basieren muss. Zudem eine bessere Ausstattung

mit personellen und finanziellen Ressourcen, um Angebote zur Gesundheitsförderung weiter ausbauen zu können.

6. WORKSHOP-PHASE

Im Anschluss an die Experten-Vorträge und Diskussionsrunden folgten die drei parallel stattfindenden Workshops: „*Gesund aufwachsen*“, „*Gesund älter werden*“ und „*Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken*“.

6.1 WORKSHOP 1 „GESUND AUFWACHSEN“

Leitung und Moderation: Dr. Freia de Bock, Mannheimer Institut für Public Health

Diskussionsgrundlage

Zum Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ wurden im Vorfeld der 5. KGK drei Unterziele priorisiert, die die Diskussionsgrundlage für diesen Workshop bildeten:

- Erhöhung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen
- Förderung von Bewegung von Kindern und Jugendlichen
- Optimierung der Rahmenbedingungen und Strukturen für Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen, Schule, Familie und Umfeld

Analyse der Strukturen und Angebote für Kinder im Alter von 0-3 Jahren

Im ersten Schritt wurden die Gruppenteilnehmer gebeten, diesbezügliche bereits vorhandene Strukturen und Angebote zu benennen, die es für **Kinder im Alter von 0-3 Jahren** gibt und die im Folgenden stichpunktartig aufgeführt werden:

- ✓ *Eltern-Kind-Zentren*: in den Sozialräumen 4 und 5, die als Ansprechpartner für Eltern fungieren
- ✓ *Willkommen im Leben*: als Angebot des FB Gesundheit für alle Eltern von Neugeborenen, konzipiert als aufsuchende Beratungstätigkeit
- ✓ *Frühe Hilfen* Anlaufstelle beim Jugendamt, Sondierungsstelle für Bedarfsermittlung
- ✓ *Frühe Hilfen* Netzwerk: organisiert in verschiedenen Arbeitskreisen und Gruppen
- ✓ *Stärkekurse*: Angebot durch unterschiedliche Institutionen, Kontakt über die Anlaufstelle Frühe Hilfen
- ✓ *Schwangerschaftsberatungsstellen*: Angebot durch freie Träger in Kooperation mit dem Jugendamt
- ✓ *Familienpaten*: Koordination über die freien Träger Diakonie und Caritas, vernetzt mit dem Jugendamt
- ✓ *Hebammenregelsystem*

Identifizierte Lücken

Kritisch aus der Gruppe angemerkt wurde die Tatsache, dass die meisten Angebote erst ab dem 3. Lebensmonat eines Kindes greifen. Deswegen wurden erste strukturelle Maßnahmen zur Schließung dieser Lücke getroffen. So sind die *Anlaufstelle Frühe Hilfen* und die Kinderärzte derzeit im Begriff, eine systematische Erfassung der Neugeborenen und eine sozialmedizinische Nachsorge zu entwickeln. Grundlage bieten dafür die Kriterien des Qualitätszirkels der Kassenärztlichen Vereinigung.

Analyse der Strukturen und Angebote für Kinder im Alter von 3-6 Jahren

Für Kinder im Alter von **3-6 Jahren** wurden folgende Angebote und Maßnahmen benannt:

- ✓ Zunehmende Angebote zu *Bewegung, gesunde Ernährung* und Aneignung von *Lebenskompetenzen* durch Ausbau von Krippen, Kindertageseinrichtungen und Ganztagschulen

- ✓ *Klasse 2000*, als Unterrichtsprogramm in fast allen Grundschulen Mannheims vorhanden, mit den Themen Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung
- ✓ Suchtpräventive Angebote des Fachbereichs Gesundheit in unterschiedlichen Settings, auch in Kooperation mit den Suchtberatungsstellen. (z.B. *Medien im Familienalltag*)
- ✓ „*Kisiko -Kinder sind kompetent*“, Präventives Projekt für Kinder von Suchtkranken, durch Suchtberatungsstellen,

Identifizierte Lücken

Wie aus den unterschiedlichen Beiträgen aus der Gruppe ersichtlich, gibt es derzeit immer noch Gründe und Hemmnisse, wieso manche Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention nicht angenommen werden (können) bzw. es an einer flächendeckenden Versorgung innerhalb Mannheims mangelt. Aus der Sicht eines Kinder- und Jugendpsychiaters können z.B. die Potentiale der Sportvereine nicht vollständig genutzt werden, da das Bildungs- und Teilhabeangebot nicht bei allen Vereinen bekannt ist. Seitens der Eltern gibt es zudem aber auch Vorbehalte, bestehende Angebote zu nutzen und sich so als unterstützungswürdig zu offenbaren und damit gegebenenfalls einer Stigmatisierung zu unterliegen. Aber auch die bürokratischen Strukturen wirken sich erschwerend auf die Durchführung solcher gesundheitsförderlicher Angebote aus, so der Jugendpsychiater weiter.

Hinsichtlich des Aspektes „Bewegung“, als elementarem Baustein der Gesundheitsförderung, wurden weitere Hemmnisse offenkundig. Einerseits wurde das Fehlen ausreichender Bewegungsräume – insbesondere in den Sozialräumen 4 und 5 – aus Sicht der Jugendförderung benannt, andererseits gäbe es aber auch einen Mangel an Bewegungsfachkräften, die z.B. bewegte Pausen anbieten können.

In diesem Zusammenhang wurde hinzugefügt, dass die Unfallkasse bewegungsfreundliche Schulhöfe prämiert und somit Anstrengungen in dieser Richtung der Verhältnisprävention unterstützt.

Ideen/Vorschläge

Was braucht es aus Sicht der Workshop-Teilnehmer, damit Strukturen und Angebote der Gesundheitsförderung derart aufgebaut und gestaltet werden können, dass sie von der Bevölkerung besser angenommen und genutzt werden können? Diese Frage stand als nächstes zur Bearbeitung an.

Im weiteren Schritt wurden nun Ideen und Vorschläge gesammelt, wie dies gelingen kann.

In der Diskussion kristallisierten sich folgende Kriterien heraus:

- ✓ Vernetzung aller in diesem Bereich involvierten Akteure
- ✓ Bessere Nutzung bereits bestehender Strukturen und Angebote
- ✓ Aufbau bzw. Ausbau einer Koordinierungsstelle im Quartier, die Übersicht über gesundheitsfördernde Angebote und Strukturen im Quartier hat
- ✓ Schaffung von Personalstellen
- ✓ Dauerhafte Förderung von Angeboten, die nachhaltig wirken sollen
- ✓ Ausweitung der Angebotspalette der Eltern-Kind-Zentren (als wichtiger Instanz zur Beratung und Unterstützung der Eltern in deren Verantwortungs- und Vorbildfunktion) auf Familien mit älteren Kindern

Zudem wurde am konkreten Beispiel der mangelhaften Mittagessensversorgung durch Caterer in Kindertagesstätten und Horten der Wunsch nach einer Qualitätsverbesserung der Angebote geäußert.

Insgesamt sprach sich die Arbeitsgruppe mehrheitlich dafür aus, nicht selektiv unter dem Fokus der eigenen professionellen Wahrnehmung gesundheitsrelevante Aspekte im Lebensumfeld von Familien zu analysieren und zu bearbeiten. Ziel müsse es sein, mit allen relevanten Akteuren ein integriertes gesundheitsförderliches Konzept zu entwickeln, das unter dem Aspekt der ganzheitlichen Sichtweise Lücken identifiziert und für die jeweilige Zielgruppe passgenaue Angebote und Möglichkeiten findet.

Weitere Vorgehensweise

Zur weiteren Bearbeitung dieses Themas in einer noch zu berufenden Arbeitsgruppe konnte Herr Dr. Fojkar gewonnen werden, die Leitung dieser Arbeitsgruppe zu übernehmen. Auf Basis der identifizierten Vorschläge und

Lücken sollen in diesem Gremium erste Handlungsempfehlungen bzw. Handlungsoptionen diskutiert werden. Der Termin für das erste Treffen der Arbeitsgruppe wird nachgereicht.

6.2 WORKSHOP 2 „GESUND ÄLTER WERDEN“

Leitung und Moderation: Dr. Uwe Sperling, Universitätsmedizin Mannheim

Diskussionsgrundlage

Zu Beginn gab Herr Dr. Sperling noch einmal kurz eine Übersicht zu den Gesundheitszielen, insbesondere zu dem Ziel „*Gesund älter werden*“. In dem Workshop sollten in diesem Kontext möglichst konkret Gesundheitsziele und Maßnahmen für Mannheim formuliert werden, sei es z.B. durch einen neuen Input oder auch Ideen aus anderen Städten. Herr Dr. Sperling verwies hierbei bereits auf den im Februar stattfindenden Folgetermin des Workshops unter dem Namen „*Gesundheitsziele-Maßnahmen-Verwirklichung*“, in dem die Arbeit des Workshops weitergeführt werden soll.

Impulsbeitrag

Mit der Vorstellung des im April 2015 gegründeten Netzwerkes Neckarstadt durch Herrn Coqui erfolgte nun der konkrete Einstieg in die Thematik. Das Netzwerk entstand als Antwort auf die im Berufsalltag identifizierten Bedürfnisse der älteren Bewohner des Stadtteils und der Erkenntnis, dass viele ältere Menschen im Stadtteil isoliert leben bzw. bei Veranstaltungen immer die gleichen Personen daran teilnehmen.

Mitglieder in diesem Netzwerk sind engagierte Bürger, Beratungsstellen, Praxen und Institutionen. Im Mittelpunkt steht dabei die Zielsetzung, durch regelmäßige

Angebote, die in einem regelmäßig erscheinenden Veranstaltungskalender veröffentlicht werden, ein gutes Älterwerden in der Neckarstadt zu fördern. Zudem bietet dieses Gremium eine Plattform, neue Themen zu generieren und in einen fachlichen Austausch zu kommen. Eine immer größere Relevanz kommt dabei der Stärkung generationsübergreifender Gemeinschaften zu. Die Lesepatenschaften in der Neckarstadt sind als Beispiel dafür zu sehen, dass jede Generation dadurch profitieren kann.

Wichtig war es Herrn Coqui aber auch, in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam zu machen, dass das Engagement des Netzwerkes gleichermaßen Menschen zu Gute komme, die in Wohn – und Pflegeheimen wohnen, denn auch das Pflegeheim ist ein wichtiger Lebensraum, den es mit zu bedenken gilt.

Kritisch äußerte sich Herr Coqui hingegen über die Selbstverständlichkeit, diese intensive Arbeit in dem Netzwerk derzeit „on top“ zu den regelmäßigen Arbeitsaufträgen erledigen zu müssen.

„...OHNE FINANZIERUNG
KÖNNTE ES SEIN, DASS
LANGFRISTIG ALLES
ZUSAMMENBRICHT.“

Identifizierte Kriterien für zielführendes Arbeiten:

Generationenübergreifende Angebote

Die Notwendigkeit und Vorteile der von Herrn Coqui beschriebenen generationenübergreifenden Vorgehensweise des Netzwerkes wurde von einer Teilnehmerin untermauert, in dem sie die Stärken der Älteren für die Gesellschaft hervorhob. Sie merkte an, dass eine Zusammenlegung der beiden Workshops „gesund aufwachsen“ und „gesund älter werden“ diesen Ansatz hätte unterstreichen können.

Finanzierung

Ohne die Bereitstellung finanzieller Mittel kann eine solche (Netzwerk) Arbeit jedoch langfristig nicht gelingen – darüber waren sich die Teilnehmer des Workshops einig. Ein großes Problem stelle jedoch dabei, der von den GKV und der Stadt Mannheim geforderte Wirkungsnachweis als Grundlage einer möglichen Finanzierung von Maßnahmen dar. „...wie will man „Zwischenmenschliches“

qualitätssichern“? lautete nur ein Beitrag dazu aus dem Plenum. Auch die von der GKV vorausgesetzte Leitlinienkonformität stellt nach Meinung eines Teilnehmers ein erhebliches Hindernis für eine gelingende Netzwerkarbeit dar.

Wie eine Mitarbeiterin des Amtes der Gleichstellungsbeauftragten berichtete, greift ein Mehrgenerationenprojekt in Wien die in der Diskussion formulierten Aspekte „Generationenübergreifende Angebote“ und „Finanzierung“ mit der Eröffnung eines Cafés auf, welches sich ökonomisch selbst trägt: Studierende und Senioren kochen und bedienen gemeinsam. Darüber hinaus ist das Café Begegnungsort, in dem Senioren als Ansprechpartner fungieren.

Ein Kriterium für eine Finanzierung von Maßnahmen und Projekten kann aber auch in der Beurteilung liegen, inwieweit Netzwerke fähig sind, Kooperationen durchzuführen, so die Aussage eines Workshop-Teilnehmers. Die im Präventionsgesetz unkonkret formulierten Finanzierungsmöglichkeiten hinsichtlich des Passus´ „Sachverstand“, könnten konkretisiert und damit abbildbar gemacht werden, indem Betroffene, Angehörige und Ältere selbst als „Sachverständige“ angesehen werden.

Kooperation - Kommunikation

Darüber hinaus werden Kooperationsfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit generell als Schlüsselqualifikation gesehen, wenn es um die Bildung bzw. das zielführende Arbeiten von Netzwerken geht. So ist es z.B. auch Ziel des VdK³, die Ortsverbände kooperationsfähig und kommunikationsfähig zu machen, so dass auch über den Verband hinaus Netzwerke entstehen können, so ein Sprecher der Selbsthilfe

Kontinuität

³ Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. ist mit fast 1,9 Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband Deutschlands. Er vertritt die sozialpolitischen Interessen aller Bürgerinnen und Bürger. (Vgl. <https://www.vdk.de/deutschland/>)

Ein weiterer Aspekt für das Gelingen von Projekten und Angeboten für ältere Menschen wurde in deren kontinuierlicher Durchführung gesehen, gepaart mit klar formulierten Themen, für die sich das Kommen lohnt. So haben z.B. Kurse zum Thema Sturzprophylaxe einen großen Anreiz, da Ältere hier hinsichtlich der Bewahrung ihrer Selbstständigkeit ein Bedürfnis für sich sehen. Wichtig sind dabei regelmäßige und langfristige Treffen, die zudem außerhalb der eigenen vier Wände stattfinden. Kritisch angemerkt wurde dabei die fehlende Kontinuität von Veranstaltungen mit gesundheitsförderlichem Kontext, die – als regelmäßige und dauerhafte Angebote konzipiert – nicht von der GKV finanziert werden. Kontinuität aber ist elementar!

„ÄLTERE, DIE SOZIAL
ISOLIERT SIND, BRAUCHEN
KEIN CAFÉ GEGEN
EINSAMKEIT. DAS BRINGT
NICHTS UND IST
STIGMATISIEREND. SIE
BRAUCHEN EINEN GRUND
ZU KOMMEN.“

Um Unterstützungsangeboten für ältere Menschen interessanter zu machen, wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, diese Angebote positiv zu konnotieren. Oftmals würden sich die Betroffenen nicht eingestehen, dass sie Unterstützung benötigen und insofern keine Veranstaltungen aufsuchen. *Ja. Stark im Alter!* wurde als beispielhafter Titel benannt.

Soziale Einbindung

Der Einfluss der sozialen Einbindung wurde hinsichtlich der Wirkung auf die Gesundheit im nächsten Schritt hervorgehoben. Inzwischen durch die Hirnforschung wissenschaftlich belegt sei, dass es gleiche unmittelbare körperliche Auswirkungen in Form eines Schmerzreizes habe, egal ob es sich dabei um körperliche Einwirkungen oder soziale Vereinsamung handele.

Trotz der nachgewiesenen positiven Wirkung persönlicher Kontakte auf die Gesundheit Älterer geben die Abrechnungsmodalitäten im ambulanten Pflegebereich jedoch wenig

Raum für persönliche Gespräche, wie ein Vertreter der Caritas ergänzte. Im Bereich der stationären Pflege wirkt es sich z.B. positiv aus, wenn die Bewohner eingebunden sind.

„PFLEGEKRÄFTE SIND IM
DILEMMA VON ÖKONOMIE UND
BERECHTIGTEM WUNSCH
NACH GANZHEITLICHER
ARBEITSWEISE.“

Kommunale Strukturen

Neben einer besseren Vernetzung auf kommunaler Ebene wurde der Wunsch nach einem eigenen Dezernat für Senioren mit einer weiteren Ausdifferenzierung des Altersbegriffes in 3., 4. und 5. Generation geäußert. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Zuständigkeit für den Bereich „Senioren“ bei dem Fachbereich Arbeit und Soziales, Dezernat II liegt.

Auch hinsichtlich der gewünschten Förderung von Ehrenamt, wie im Altersbericht der Bundesregierung zu lesen, muss die Stadt in Vorleistung treten, um die Subsidiarität zu fördern. Problematisch bei der Ausgestaltung ehrenamtlichen Engagements ist dabei u.a. die fehlende Infrastruktur aber auch fehlenden Kapazitäten der Bürger, so die Teilnehmer weiter.

Beispiele für Kooperationen

Als Kooperationsangebot zwischen Trägern und Industrie wurde im Kontext der Entlastung von Arbeitnehmern, die Angehörige pflegen, das Angebot der „Firmentagespflege“ anderer Nationen genannt, mit dem Hinweis, dass Pflegeträger Kooperationen mit der Industrie anstreben sollten. Dieser Ansatz wurde im Sinne eines lebensweltlichen Ansatzes, der das Setting Heim und Betrieb einschließt, durch einen Workshop-Teilnehmer bekräftigt.

Des Weiteren wurde von einer Vertreterin des Universitätsklinikums Mannheim (UMM) das Kooperationsprojekt SINQ⁴ vorgestellt. Das Projekt zielt darauf ab, die Informations- und Dienstleistungslücken in Bezug auf die medizinisch-pflegerische Betreuung älterer Menschen zu schließen und dadurch deren Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben im häuslichen Umfeld Rechnung tragen zu können. Kooperationspartner sind u.a. das Quartiermanagement Neckarstadt-West und das Institut für Technik der Betriebsführung (itb). Weitere Kooperationspartner sind herzlich willkommen.

Das nächste Treffen findet am 21.02. von 14 - 16 Uhr in den Räumlichkeiten des UMM statt.

⁴ SINQ: Service-Integration und Netzwerkmanagement zur Verbesserung des sozialen Zusammenlebens geriatrischer Patienten im Quartier

6.3 WORKSHOP 3 „„GESUNDHEITLICHE KOMPETENZ ERHÖHEN, PATIENTENSOUVERÄNITÄT STÄRKEN“

*Leitung und Moderation: Bärbel Handlos, Gesundheitstreffpunkt Mannheim /
Selbsthilfe- und Patientenberatung Rhein-Neckar gGmbH*

Diskussionsgrundlage

Zum konkreten Einstieg in das Gesundheitsziel „*Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken*“ gab Frau Handlos ergänzende Informationen zu diesem Ziel. Besonderes Augenmerk legte sie dabei auf die durch das Forum Gesundheitsziele Deutschland formulierten ersten beiden untergeordneten Zielbereiche „Transparenz erhöhen“ und „Kompetenz entwickeln“ unter Nennung der jeweiligen Teilziele.

Die im Folgenden von Frau Handlos formulierte Frage, inwieweit diese Ziele auch für Mannheim gelten bzw. ob noch etwas ergänzt werden kann, bildete die Diskussionsgrundlage für die Teilnehmenden. Ausgehend davon wurden nun sowohl funktionierende Strukturen als auch Verbesserungsbedarfe bezüglich dieses Gesundheitszieles identifiziert.

Analyse der Strukturen und Angebote

Wenn auch wertneutral als Frage formuliert, kristallisierte sich in der Diskussion sehr schnell heraus, dass in der Gruppe derzeit eher eine defizitäre Einschätzung über den Status quo dieser Ziele vorliegt.

Bezogen auf die vorab dargestellte Zielbeschreibung wurde angemerkt, dass der Begriff der *Befähigung* nicht in die Ziele mit aufgenommen wurde. Weiterhin als problematisch wurde die ökonomische Betrachtung der Souveränität eines jeden Einzelnen gesehen, was sich darin äußerte, dass der Gesundheitsschutz zur Zweiklassengesellschaft würde. So könnten sich z. B. nicht alle Menschen hochpreisige Medikamente leisten. Ökonomische Gesichtspunkte würden allerdings nicht für alle gesundheitsrelevanten Bereiche gelten, wie z.B. für Bewegung und Ernährung.

Die zumeist unstrukturierte und oft zu umfangreiche bzw. aufwändige Verfahrensweise der Antragstellung bei Kassen, Stiftungen und Ministerien, sowie die Flut an Informationen und die zunehmende Digitalisierung wurden ergänzend als kritisch wahrgenommen.

Auch in der folgenden Beschreibung der notwendigen Voraussetzungen für die Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenzen bzw. gelingenden Stärkung der Patienten-souveränität wurden bei der Analyse der Strukturen Defizite attestiert:

Als entscheidende Voraussetzung für eine gelingende Interaktion zwischen Betroffenen und Professionellen wurde die Ausstattung mit ausreichend Personal gesehen. Zeit zu haben, um zuhören zu können und sich individuell auf den Menschen einstellen zu können, ist dabei ein Aspekt, der besonders hervorgehoben wurde. Auch eine ganzheitliche Sichtweise, ein „*respektvoller Umgang ohne erhobenen Zeigefinger*“, mit der Vorgabe, die, von den Patienten formulierten, Bedürfnisse und Wünsche zu akzeptieren und zu stärken und schließlich die Stärkung der Eigeninitiative der Patienten wurden dabei als

entscheidende Faktoren benannt. Die Vermeidung von Stigmatisierung oder auch die Aufklärung durch den Aufbau von Vertrauen – auch dies notwendige Voraussetzungen für eine gelingende Arbeit. Dass für diese anspruchsvolle und zeitintensive Arbeit eine ausreichende Ausstattung mit Finanzmitteln nötig ist, wurde zudem angemerkt.

Ideen /Vorschläge /Notwendigkeiten

Welche Möglichkeiten die Gruppenmitglieder sehen, die Angebote und Strukturen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Patientensouveränität zu optimieren, war der nächste und zugleich letzte Arbeitsschritt dieser Workshop-Gruppe.

Folgend sind die Diskussionsergebnisse aufgelistet:

- ✓ Bündelung aller Informationen
- ✓ Schaffung von Informationssystemen
- ✓ Erstellung eines Organigramms nach vorangegangener Bestandsaufnahme
- ✓ Angebotserstellung für schwererreichbare Zielgruppen
- ✓ Vorstellung positiver Beispiele (z.B. aus dem BGM)
- ✓ Stärkere Einbindung muttersprachlicher und verständlicherer Informationen
- ✓ Stärkung des „ganzheitlichen Blickes“ der Dienstleister auf den Menschen
- ✓ Einrichtung von Bürgercafés oder Gesundheits-Kiosks in den Stadtteilen als einfache Zugangsmöglichkeit für alle Bürger
- ✓ Ausgeweitete Ausstattung mit Angeboten bei bereits bestehenden Einrichtungen
- ✓ Stärkung und Unterstützung von Ansprechstellen vor Ort durch die Akteure vor Ort
- ✓ Einberufung einer Arbeitsgruppe für die Gestaltung und Bearbeitung einer themenbezogenen Homepage

Weitere Vorgehensweise

Wie auch bei den anderen Workshop-Gruppen, ist eine weiterführende Bearbeitung des Themas durch eine Arbeitsgruppe angedacht. Da zum Ende des

Workshops keine Priorisierung von Themen und Schwerpunkten möglich war, wird das erste Treffen dazu genutzt werden, weitere Themen und Aufgaben für den Arbeitskreis zu sammeln und zu prüfen, in welche Richtung weitergearbeitet werden soll. Zudem soll an diesem Termin geklärt werden, wer langfristig an der Arbeitsgruppe mitarbeiten kann.

Abgeklärt werden muss auch, welche personellen und finanziellen Ressourcen bereitgestellt werden können, um die Arbeitsgruppe arbeitsfähig halten zu können. Sicher ist hingegen, dass für das Arbeitsgruppen-Management sowie die Datenpflege und Online-Präsenz ein „Verwalter“ benötigt wird. Auch diese beiden Themen sollen Bestandteil des ersten Arbeitsgruppentreffens sein.

„ES MUSS GEPRÜFT
WERDEN, WELCHE
PERSONELLEN UND
FINANZIELLEN
RESSOURCEN
BEREITGESTELLT WERDEN.“

Das erste Arbeitsgruppentreffen findet am 15. Februar 2018 um 16 Uhr im Gesundheitstreffpunkt, Max-Joseph-Straße 1, 68167 Mannheim statt.

7. ABSCHLUSSRUNDE IM PLENUM

In der Abschlussrunde hatten die Sprecher der jeweiligen Workshops die Möglichkeit, dem gesamten Plenum die wichtigsten Ergebnisse, die in den Workshops zusammengetragen wurden sowie bereits bestehende Termine für das erste Treffen der Arbeitsgruppen, mitzuteilen.

8. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE MIT AUSBLICK

Das Präventionsgesetz, das mit hohen Erwartungen 2015 in Kraft getreten ist, verpflichtet alle in diesem Bereich involvierten Akteure dazu, es in ihrem Aufgabenrahmen mit Leben zu füllen und in die Praxis umzusetzen. Die im Präventionsgesetz innewohnenden Chancen oder auch Hemmnisse für eine Verbesserung der Präventionsmaßnahmen in Mannheim waren Thema der 5. KGK in Mannheim.

Bei allen Unterschieden bezüglich der Aufgabengebiete der bei der Konferenz vertretenen Akteure wurde Eines deutlich: Die Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten wurde von allen anerkannt und spielt – teilweise bereits vor der Gesetzesverabschiedung – eine wichtige Rolle in deren Unternehmenspolitik bzw. ist Inhalt der jeweiligen Aufgabenportfolios und Anstrengungen. Im Kontext der unterschiedlichen Beiträge kristallisierten sich jedoch folgende Aspekte heraus: Gleichwohl Mannheim über eine Vielzahl gesundheitsförderlicher und präventiver Angebote für unterschiedliche Zielgruppen verfügt, attestierten die Teilnehmenden noch große Bedarfe. Damit die bereits vorhandenen Angebote und Maßnahmen besser greifen können, wünschten sich die Anwesenden eine verbesserte Koordination, Kommunikation und Vernetzung aller Akteure untereinander. Auf Seiten der für die Umsetzung des Gesetzes Verantwortlichen wurde zudem eine langfristige Ausstattung mit finanziellen Mitteln als elementar angesehen, um nachhaltige Angebote, Maßnahmen und Strukturen – insbesondere im Sinne einer Verhältnisprävention - in den jeweiligen Lebensbereichen aufbauen bzw. erhalten zu können.

Mit der 5. Kommunalen Gesundheitskonferenz wurde hinsichtlich einer bedarfsgerechten Gesundheitsplanung auf Basis des Präventionsgesetzes ein Thema aufgegriffen, das zukünftig angesichts der gesellschaftlichen Entwicklungen weiter an Brisanz gewinnen dürfte. Im Zuge der Konferenz wurde einmal mehr deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung liegen. Nur wenn alle verantwortlichen Partnerinnen und Partner ihren Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung leisten, kann es gelingen, das Potenzial der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung zielführend auszuschöpfen.

Impressum

Herausgeber

Stadt Mannheim
Fachbereich Gesundheit
R1, 12
68161 Mannheim

Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz und Netzwerke

Mail: 53.gesundheitskonferenz@mannheim.de

November 2018