



Emsland



Heidekreis



Wolfen-
büttel

Zukunftsregionen Gesundheit

Kommunale Gesundheitslandschaften

Abschlussbericht 2014

I. Inhaltsverzeichnis

I. Inhaltsverzeichnis	2
Einführung	3
1. Projekthintergrund	4
1.1 Ausgangslage	4
1.2 Zielsetzungen	4
2. Regionale Gesundheitsversorgung	5
2.1 Gesundheitsversorgung regional gedacht	5
2.2 Gesundheitsregionen	7
2.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen	11
3. Projektdesign	12
3.1 Hintergrund und Auswahl der Modelllandkreise	12
3.2 Projektstruktur und -organisation	12
3.3 Projektauftakt	16
4. Regionale Aktivitäten	18
4.1 Zukunftsregion Emsland	18
4.2 Zukunftsregion Heidekreis	25
4.3 Zukunftsregion Wolfenbüttel	33
5. Überregionale Aktivitäten	41
5.1 Prozessbegleitung durch die LVG & AFS Nds. e. V.	41
5.2 Landesweiter Beirat	44
5.3 Evaluation	45
6. Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse	47
7. Abschließende Bewertung	49
II. Quellenverzeichnis	50
III. Abbildungsverzeichnis	52
IV. Abkürzungsverzeichnis	53

Einführung

Im Gesundheitswesen wird aufgrund der zunehmenden Herausforderungen, wie bspw. die Versorgung älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten oder chronisch Erkrankter, der Ruf nach mehr Kooperation über die Sektorengrenzen hinweg immer lauter (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2009, S. 164 ff.). Der regionalen Ebene mit ihren jeweils spezifischen Voraussetzungen und Strukturen kommt dabei eine wachsende Bedeutung zu. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) konstatiert in den Gutachten der letzten Jahre den Bedarf nach einer intensivierten sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung in Verbindung mit einer stärkeren Akzentuierung der regionalen Ebene als Entscheidungsträger für die Gesundheitsversorgung vor Ort (SVR, 2009, S. 164 ff.). Dies wurde mit dem Modellprojekt „Zukunftsregionen Gesundheit“ aufgegriffen, das im Jahr 2010 vom damaligen Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration¹ initiiert worden war. Ziel war es, die Kommunen vielmehr als bisher in die Gestaltung einer regional koordinierten Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Die Mitwirkung und Beteiligung vieler engagierter Akteurinnen und Akteure in den Regionen sowie auf Landesebene haben die Umsetzung des Modellprojektes ermöglicht. Es konnten Impulse für den Aufbau neuer Organisationsstrukturen gegeben werden, die zu einer intensivierten Kooperation aller am Prozess Beteiligten beitragen.

Der Projektabschlussbericht richtet sich auf der einen Seite an alle am Projekt beteiligten Akteurinnen und Akteure. Auf der anderen Seite an alle diejenigen, die Einblicke erhalten wollen, wie eine effektive Gesundheitsversorgung vor Ort auch zukünftig gesichert werden kann, also an Interessierte, Entscheiderinnen und Entscheider aus der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitspolitik auf regionaler und überregionaler Ebene.

Er ist derart aufgebaut, dass zunächst bei der Beschreibung des Projekthintergrunds auf die Ausgangslage und Zielsetzung eingegangen wird. Daran anschließend zeigt das zweite Kapitel Argumente und Chancen für eine regional koordinierte Gesundheitsversorgung sowie aktuelle bundesweite Initiativen zu Gesundheitsregionen auf. Das dritte Kapitel beschreibt das Vorgehen bei der Auswahl der Modellregionen, die Projektstruktur und -organisation sowie den Auftakt des Projektes. Die regionalen Aktivitäten in den drei Modellregionen werden im vierten Kapitel ausführlich dargestellt. Das fünfte Kapitel beschreibt die überregionalen Aktivitäten. Im sechsten Kapitel werden die Ergebnisse der Abschlussevaluation zusammenfassend dargestellt. Eine abschließende Bewertung wird in Kapitel sieben vorgenommen.

¹ Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration wurde Anfang des Jahres 2014 umbenannt in das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Im weiteren Verlauf wird es auch mit Sozialministerium betitelt.

1. Projekthintergrund

1.1 Ausgangslage

Die zukünftige Sicherstellung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung stellt viele Regionen vor Herausforderungen. Der Fachkräftemangel im medizinischen und pflegerischen Bereich, die Auswirkungen einer Gesellschaft des langen Lebens sowie die Schnittstellenproblematiken zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen stellen einen Teil der Herausforderungen dar, mit denen sich Niedersachsens Regionen auseinandersetzen müssen.

Besonders betroffen sind die ländlichen Regionen Niedersachsens, die neben den oben genannten Herausforderungen in besonderem Maße von einer Veränderung der Bevölkerungsstruktur betroffen sind. Diese ergibt sich nicht nur aufgrund einer immer älter werdenden Gesellschaft, sondern auch aufgrund des Wegzugs junger Menschen in die Städte. Hinzu kommt der zunehmende Attraktivitätsverlust des Landarztberufes für viele junge Medizinerinnen und Mediziner, wodurch sich die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zukünftig herausfordernd gestalten wird. Die Bewältigung dieser Herausforderungen erfordert eine stärkere Einbindung der kommunalen Seite - nicht zuletzt auch wegen der Aufgabenwahrnehmung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge vor Ort. Die Landkreise (bzw. kreisfreien Städte) scheinen dabei die richtige Handlungsebene darzustellen: Zum einen ist die Nähe zu örtlichen Problemen (z. B. hausärztliche Versorgung einer Gemeinde) vorhanden, zum anderen können – erforderli-

chenfalls auch gemeinsam mit anderen Landkreisen – regionale Versorgungsstrukturen (z. B. stationäre Versorgung) gestaltet werden. Hier kann allen Akteurinnen und Akteuren des regionalen Gesundheitswesens eine gute Plattform geboten werden, um die Gesundheitsversorgung und Vernetzung der Versorgungsbereiche vor Ort oder regional sinnvoll zu gestalten.

1.2 Zielsetzungen

Vor diesem Hintergrund haben das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen Ende 2010 das Modellprojekt „Zukunftsregionen Gesundheit – kommunale Gesundheitslandschaften“ initiiert. Die Ziele des fast dreijährigen Modellprojektes waren:

- Sicherstellung der medizinischen Versorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels
- Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung
- Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung zur Gesunderhaltung und Vermeidung von Chronifizierungen
- Verbesserung der Versorgung von chronisch Erkrankten und pflegebedürftigen Menschen

Die Landkreise Emsland, Heidekreis (ehemals Soltau-Fallingb. Ost) und Wolfenbüttel sind als Zukunftsregionen ausgewählt worden.

2. Regionale Gesundheitsversorgung

2.1 Gesundheitsversorgung regional gedacht

Der regionalen Ebene kommt in Bezug auf die Planung, Koordination und Gestaltung der Gesundheitsversorgung eine besondere Bedeutung zu, sind doch die Voraussetzungen und Strukturen regional unterschiedlich. Dies zeigt sich bspw. an der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur, Arztdichte oder Morbidität (SVR, 2009, S. 165 ff.). Für die Stärkung der regionalen Gesundheitsversorgung sprechen verschiedene Argumente: Die Gestaltung der Gesundheitsversorgung steht in wechselseitigen Beziehungen zu anderen Bereichen, wie bspw. Mobilität, Bildung, Wirtschaftsförderung etc. Die Definition der regionalen Gesundheitsversorgung nach George (2007, S. 35) verdeutlicht, dass sich Gesundheit als Querschnittsthema durch viele Bereiche zieht: „*Unter regionaler Gesundheitsversorgung werden all diejenigen koordiniert vorge-tragenen Aktivitäten einer Region (oder auch Stadt) verstanden, die dem Ziel dienen die gesundheitliche Versorgungsqualität (a), die Lebensqualität der Betroffenen (b) und die Attraktivität einer Region (c) bestmöglich zu organisieren. Dabei wird eine Praxis gewählt, die sich zunächst auch an dem Kriterium ökonomische Überlegenheit gegenüber zentral vorgetragenen Versorgungsstrategien orientiert (d).*“² Hinzu kommt, dass im regionalen Kontext ein Gesundheitsversorgungsprozess über die gesamte Lebensspanne hinweg angeboten werden kann, in den die Bürgerinnen und Bürger partizipativ eingebunden werden. Nicht

zuletzt wird die Patientin oder der Patient auf der regionalen Ebene durch den persönlichen Kontakt nicht als austauschbar wahrgenommen. Vielmehr entwickelt sich eine persönliche Beziehung, die für die Betroffenen einen sozial-psychologischen Wert besitzt (George, 2009, S. 299). Aus den genannten Argumenten lässt sich ableiten, dass sich eine funktionierende und partizipativ ausgerichtete regionale Gesundheitsversorgung positiv auf die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger auswirken kann (George, 2009, S. 299 f.).

Darüber hinaus bestätigen Untersuchungen, bspw. der Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung, die eingangs angedeuteten regionalen Unterschiede hinsichtlich der Morbidität (Bertelsmann Stiftung, 2013). Regionale Gegebenheiten scheinen dabei Einfluss auf die Morbidität sowie den Versorgungsprozess zu nehmen (George, 2009, S. 300). Demnach kommt der regionalen Ebene eine wichtige Rolle zu, um unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten differenzierte Versorgungsangebote zu gestalten.

Wie bereits erwähnt, sind die Gesundheitsversorgung und deren Gestaltung nicht losgelöst von anderen Bereichen, wie Mobilität, Bildung oder Infrastruktur, zu denken. Von daher ist es sinnvoll, die Gesundheitsversorgung in die kommunale Infrastruktur einzubinden. Möglich wäre dies durch die Etablierung kommunaler Steuerungs-

² vgl. dazu auch George, 2009, S. 298

gremien. Ziele dieser Steuerungsgremien sind die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure vor Ort sowie die Bearbeitung bestimmter Handlungsfelder (George, 2009, S. 301). Darüber hinaus gilt es, die Bürgerinnen und Bürger nach Möglichkeit einzubinden, um Transparenz und Akzeptanz zu schaffen und ihre Expertise zur Verbesserung des eigenen Lebensumfelds zu nutzen. So kann die Gesundheitsversorgung als kommunales Infrastrukturelement etabliert und wahrgenommen werden.

Des Weiteren sprechen auch ökonomische Aspekte für die regional geplante und koordinierte Gesundheitsversorgung. Der SVR wies bereits in dem Gutachten aus dem Jahr 2003 auf den Bedarf einer stärker integrierten Versorgung zur Unterstützung einer effizienteren Kooperation und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer hin (SVR, 2003, S. 84). Durch die Gesetzesänderungen in den letzten Jahren, bspw. das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2003 oder das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) aus 2007, wurde den Leistungsanbietern mehr Gestaltungsspielraum für neue Versorgungsstrukturen gegeben, die eine sektorenübergreifende Kooperation ermöglichen

(SVR, 2007, S. 29). Mit einer Neugestaltung der Versorgungsprozesse könnten bspw. Doppeluntersuchungen reduziert oder vermieden werden und die Versorgung stärker auf die Patientenbedürfnisse ausgerichtet werden (Neubauer/Minartz, 2009, S. 13).

Diese gesetzlichen Änderungen ermöglichen die an regionale Gegebenheiten angepasste Gestaltung von neuen Versorgungsformen und bieten somit aus ökonomischer Sicht grundsätzlich ein enormes Potenzial für die Gestaltung der regionalen Gesundheitsversorgungsstrukturen. Anzumerken ist, dass Innovationen in den Versorgungsprozessen sich gemeinsam vor Ort wesentlich einfacher und leichter umsetzen lassen, als etwa top-down von Landesebene (Goldschmidt/Hilbert, 2009, S. 35). Ein „sich kennen“ und damit oftmals bereits bestehendes Vertrauensverhältnis auf regionaler Ebene ist für die Zusammenarbeit von Vorteil, um sektorenübergreifende Ansätze und Strukturen zu etablieren (Goldschmidt/Hilbert, 2009, S. 35).

Diese beschriebenen Aspekte unterstreichen die Notwendigkeit, Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene kooperativ zu gestalten.

2.2 Gesundheitsregionen

Viele Regionen in Deutschland haben auf die beschriebenen Herausforderungen reagiert. Bundesweit bestehen Bemühungen, durch sektorenübergreifende Kooperationen und Vernetzungen die regionale Gesundheitsversorgung sicherzustellen bzw. zu verbessern. Durch den Zusammenschluss der im Gesundheitswesen aktiven Akteurinnen und Akteure zu einer Gesundheitsregion sollen auf dieser Ebene Ansätze zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung erarbeitet werden (Goldschmidt/Hilbert, 2009, S. 34). Versorgungsforschung und die Erarbeitung von Konzepten zur Sicherstellung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung sind zentrale Handlungsfelder in vielen Gesundheitsregionen (Goldschmidt/Hilbert, 2009, S. 34). Darüber hinaus werden mit der Bildung von Gesundheitsregionen auch der Ansturm von Innovationen und das Innovationsmanagement in Verbindung gebracht (Dahlbeck et al., 2013, S. 169 ff.). Gesundheitsregionen können aus unterschiedlichen Motiven heraus initiiert werden und unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen. Bislang liegt kein einheitliches Begriffsverständnis von Gesundheitsregionen zugrunde (George 2009, S. 293). Eine möglichst umfassende Definition von Gesundheitsregionen, die den unterschiedlichen vorherrschenden Ansätzen Rechnung trägt, kann wie folgt lauten: „Als Gesundheitsregion wird ein geografisch benanntes Cluster bezeichnet, in dem es zu einem zielgeleiteten Zusammenschluss

von Organisationen und Personen kommt, die zugunsten eines neuen, abgestimmten Leistungs-, Entwicklungs- und Qualitätsgeschehens miteinander kooperieren. Sie können in den folgenden Bereichen angesiedelt sein:

- Patientenversorgung
- Gesundheitswirtschaft
- Gesundheitsrelevante Bildung und Forschung
- Tourismus

Neben den kooperierenden Akteuren sollen auch die Bürger und Gäste von der Gesundheitsregion profitieren“ (George, 2009, S. 297).

Die Vielfältigkeit der Ansätze wird bei der Betrachtung der bereits bestehenden Gesundheitsregionen in Deutschland erkennbar. Mit der Handreichung „Gesundheitsregionen in Deutschland“ der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS Nds. e. V.), die im Jahr 2013 veröffentlicht wurde, soll ein möglichst umfassender Überblick über die verschiedenen Initiativen gegeben werden (LVG & AFS Nds. e. V., 2013). Für die Erfassung der bestehenden Gesundheitsregionen wurde dabei das Begriffsverständnis einer Gesundheitsregion wie bereits beschrieben zugrunde gelegt. Mit über 80 aufgelisteten Initiativen in allen Bundesländern wird die hohe Relevanz des Themas deutlich.

Die bestehenden Initiativen weisen eine große Heterogenität auf. Beispielsweise unterscheiden sie sich hinsichtlich ihrer Entstehungsmotive. So kann die Gründung politisch oder branchenbezogen motiviert sein. Im ersten Fall sind hiermit häufig Finanzierungsstrukturen verbunden, die durch eine Bereitstellung zusätzlicher Projektgelder gekennzeichnet sind. Im zweiten Falle werden die Maßnahmen eher durch Mitgliedsbeiträge und andere Mittel finanziert.

Aber auch die regionale Reichweite stellt ein bedeutsames Differenzierungskriterium dar: Während einige Gesundheitsregionen innerhalb eines Landkreises agieren, bezieht sich der Aktionsradius anderer Gesundheitsregionen auf den Landkreis oder auch landkreisübergreifend (Dahlbeck et al., 2013, S. 173). Wie bereits im Zuge der Begriffsbestimmung beschrieben, können die Ziele von Gesundheitsregionen durchaus unterschiedlich sein. Bestimmte Regionen fokussieren sich auf einen Bereich in einem Handlungsfeld, andere verfolgen einen „*umfassenden Entwicklungsansatz*“ (Dahlbeck et al., 2013, S. 173). Unterschiede ergeben sich ebenfalls aufgrund differenzierter Maßnahmen und Instrumente des „*Netzwerkmanagements und der gesundheitswirtschaftlichen Standortförderung*“ (Dahlbeck et al., 2013, S. 173). Dadurch wird die Profilbildung einer Region beeinflusst als auch unterstützt.

Bundesweite Initiativen

Auf Bundesebene wurde mit dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ausgeschriebenen Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ das Ziel verfolgt, durch Zusammenschlüsse der Akteurinnen und Akteure in einer Region innovative Ansätze für das Gesundheitssystem zu erarbeiten (BMBF, 2013). Mit der Ausschreibung sollen die „*regionalen Wertschöpfungsketten in der Gesundheitswirtschaft*“ (BMBF, a, 2013) gefördert und die „*Gesundheitsversorgung durch Steigerung von Qualität und Effizienz von Prozessen im gesamten Bereich der Gesundheitswirtschaft*“ (BMBF, a, 2013) verbessert werden. In den Bereichen Versorgungsforschung, Gesundheitsförderung und Prävention, eHealth oder auch Medizintechnik werden in den Regionen innovative Ansätze initiiert und dabei u. a. auch der demografische Wandel und dessen Auswirkungen berücksichtigt (Goldschmidt/Hilbert, 2009, S. 34). Dieses erfolgt in der Form, dass Konzepte die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung oder bspw. die Vermeidung von Unterversorgung in bestimmten Regionen zum Ziel haben (Goldschmidt/Hilbert 2009, S. 34). Der Wettbewerb ist in zwei Phasen gegliedert: in die Konzeptentwicklungs- und die Realisierungsphase (BMBF, a, 2013). Beworben wurden insgesamt 85 Konzepte, von denen 20 Regionen in der Konzeptionsphase zur weiteren Konkretisierung der Anträge ausgewählt wurden. Aus diesen 20 Projektkonzepten wurden im Mai 2009 zwei Projektanträge zur Realisierung

ausgewählt. Die Gewinnerregionen, REGiNA aus Stuttgart/Tübingen und Fontane aus Nordbrandenburg, werden über einen Zeitraum von vier Jahren finanziell unterstützt (BMBF, a, 2013). Die anderen in der Konzeptionsphase ausgewählten Projektvorhaben wurden teilweise modifiziert und drei Regionen wurden im Nachgang durch das BMBF in einer gesonderten Ausschreibung gefördert (BMBF, a, 2013).

Landesweite Initiativen

Nicht nur auf Bundes- sondern auch auf Länderebene gibt es diverse Initiativen. Die bereits unternommenen und stetig erweiterten Aktivitäten deuten auf eine hohe Wichtigkeit der Bildung von regionalen Netzwerken zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung hin. In Bayern wurde bspw. durch das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) im Jahr 2011 ein Qualitätswettbewerb mit dem Titel „Gesundheitsregionen Bayern“ initiiert. Das Staatsministerium zeichnet anhand eines Kriterienkatalogs Gesundheitsregionen mit einem Qualitätssiegel aus, die in den sogenannten „Themenwelten medizinische Versorgung, Prävention, Wirtschaft und Forschung mit Bezug zur Gesundheitswirtschaft, Bildung mit Bezug zur Gesundheitswirtschaft sowie Tourismus mit Bezug zur Gesundheitswirtschaft“ (StMUG, 2013, S. 2 ff.) neue oder bereits bestehende Konzepte zur Steigerung des Patientenwohls weiterentwickeln (StMUG, 2013, S. 4 ff.). Darüber hinaus soll die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure in der Gesundheits-

region sowie die Vermarktung des Freistaats Bayern als gesundes Bundesland gefördert werden (StMUG, 2013, S. 8). In Nordrhein-Westfalen (NRW) wird bspw. seit dem Jahr 2007 durch das Land die Arbeit in den bestehenden nordrhein-westfälischen Gesundheitsregionen (Aachen, Köln/Bonn, Ruhrgebiet, Münsterland und Ostwestfalen-Lippe) mit dem Projekt „Gesundheitswirtschaft NRW – Unterstützung der regionalen Entwicklungsperspektiven“ gefördert (Meier, 2009, S. 574).

Darüber hinaus wurden zur Förderung der intensivierten sektorenübergreifenden Kooperation der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen in einigen Bundesländern Strukturen geschaffen, die diese auf dezentraler Ebene möglich machen. Mit der Etablierung kommunaler Gesundheitskonferenzen, die in NRW bspw. auch im Landesgesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst verankert wurden (in Kraft getreten am 01.01.1998), sollen durch die Kooperation der Akteurinnen und Akteure bedarfsorientierte Lösungsansätze für die Gesundheitsversorgung erarbeitet und initiiert werden (Burgi, 2013, S. 95 ff.; Badura et al., 2000, S. 190). In den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und NRW wurden Gesundheitskonferenzen als sektorenübergreifende Steuerungs- bzw. Koordinierungsgremien zur Sicherstellung der regionalen Gesundheitsversorgung insbesondere im ländlichen Raum initiiert (Burgi, 2013, S. 95 ff.; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und

Lebensmittelsicherheit, o. J.). Die Zusammensetzung und Größe der Gesundheitskonferenzen unterscheiden sich in Abhängigkeit von den Zielen und Aufgaben in den jeweiligen Bundesländern (Burgi, 2013, S. 96 f.). Diese Strukturen der kommunalen Steuerungsgremien finden sich teilweise in verschiedenen Gesundheitsregionen wieder.

Bottom-Up Initiativen

Neben solchen vom Bund oder Land geförderten oder ausgeschriebenen Initiativen gibt es auch Aktivitäten wie bspw. das Netzwerk „Deutsche Gesundheitsregionen“, die sich bottom-up entwickelt haben, also initiiert durch Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitswesen selbst. In den einzelnen Gesundheitsregionen erfolgt aber oftmals eine enge Zusammenarbeit mit den jeweiligen Landesregierungen (Hilbert/Kluska, 2011, S. 238). In dem Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen haben sich rund 19 Gesundheitsregionen zusammengeschlossen (Hilbert/Kluska, 2011, S. 237). Diese Gesundheitsregionen verfolgen als maßgebliches Ziel die nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Lebensqualität (Hilbert/Kluska, 2011, S. 238; Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen, 2013). Das Netzwerk will zum Erfahrungsaustausch zwischen den Gesundheitsregionen anregen, am Bedarf orientierte

regionsübergreifende Aktivitäten initiieren sowie für die Chancen einer starken Gesundheitswirtschaft eine größere öffentliche Aufmerksamkeit erreichen (Hilbert/Kluska, 2011, S. 238). Zudem vertritt das Netzwerk die Interessen der Mitgliedsregionen insbesondere auf Bundesebene (Hilbert/Kluska, 2011, S. 238). Das Netzwerk soll den Dialog mit Patientinnen und Patienten, Vertretenden der Wissenschaft sowie der Politik unterstützen (Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen, 2013).

Die beschriebenen Initiativen zeigen die Vielfältigkeit von Gesundheitsregionen auf. Deutlich wird auch, dass die Aktivitäten in den Regionen darauf abzielen, die Gesundheitsversorgung zum Wohle der Patientinnen und Patienten sicherzustellen bzw. nachhaltig zu verbessern. Gleichzeitig tangieren und gegebenenfalls befördern diese Aktivitäten die Gesundheitswirtschaft ebenso wie die Regionalentwicklung. Die immer größer werdende Bedeutung von Netzwerkaktivitäten von und in Regionen wird sichtbar, um vor den eingangs beschriebenen Herausforderungen die Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung zu gestalten und gewährleisten zu können. Gleichzeitig zeigt sich der Forschungsbedarf bezüglich der Funktionsbedingungen sowie Voraussetzungen von Gesundheitsregionen (Dahlbeck et al., 2013, S. 174).

2.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Für den Aufbau und die Entwicklung integrierter kommunaler Gesundheitsversorgungskonzepte gibt es bislang keine gesetzlichen Regelungen. In einigen Bundesländern und auch in Niedersachsen wurden mit dem Aufbau und der Förderung der Gesundheitsregionen jedoch Anforderungen an die Regionen verknüpft. Im Rahmen der Zukunftsregionen Gesundheit Niedersachsen waren diese weit gesteckt. Im Rahmen des Folgeprojektes „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ der niedersächsischen Landesregierung, welches im Januar 2014 startete, wurde eine verbindliche Förderrichtlinie für alle Kommunen auf Landesebene entwickelt. In Nordrhein-Westfalen wurden die etablierten Gesundheitskonferenzen als Steuerungsgremien für die Planung und Gestaltung der regionalen

Gesundheitsversorgung im Landesgesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst aufgenommen. In Bayern, Baden-Württemberg sowie Hessen hat bislang keine legislative Verankerung stattgefunden (Burgi, 2013, S. 96). Dort sind diese Steuerungsgremien vielmehr als „institutionalisierter Dialograhmen“ (Burgi, 2013, S. 96) zu verstehen.

Die Möglichkeiten der integrierten Versorgungsverträge nach § 140a bis § 140d Sozialgesetzbuch V (SGB V) bieten Gestaltungsspielräume für die Arbeit im Rahmen der Gesundheitsregionen. Darüber hinaus bieten sich weitere Kooperationsformen im Rahmen von Gesundheitsregionen an, wie bspw. Medizinische Versorgungszentren oder Ärztenetze. Zukünftig bleibt der Bedarf nach gesetzlichen allgemeingültigen Regelungen abzuwarten.

3. Projektdesign

3.1 Hintergrund und Auswahl der Modelllandkreise

Mitte des Jahres 2010 wurde auf Initiative des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung die Idee angestoßen, die regionale Ebene verstärkt in die Planung und Gestaltung der Gesundheitsversorgung einzubeziehen, um regionale Bedarfe und Besonderheiten berücksichtigen sowie in der Folge eine an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können. Die AOK Niedersachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) haben den Prozess von Beginn an eng begleitet und waren als Hauptkooperationspartner maßgeblich an der Konzeption und Umsetzung des Projektes beteiligt. Die AOK Niedersachsen und die KVN haben das Projekt mit je 150.000 Euro pro Jahr unterstützt. Diese Förderung von insgesamt 300.000 Euro wurde für den Strukturaufbau sowie die Umsetzung von Projekten in den drei Modellregionen genutzt. Das Sozialministerium hat die Prozessbegleitung sowie die Abschluss-evaluation finanziell gefördert. Die LVG & AFS Nds. e. V. wurde durch das Sozialministerium mit der Prozessbegleitung beauftragt. Die Modellregionen wurden auf Basis bestimmter Kriterien ausgewählt. Das Auswahlverfahren führten die Hauptkooperationspartner durch. Für die Analyse wurden die definierten Oberziele sowie die Auswahlkriterien Marktanteil der beteiligten Krankenkassen, vorhandene Strukturen, Versor-

gungsgrad durch Hausärzte sowie der Anteil der chronisch Erkrankten herangezogen. Die Hauptkriterien waren der Marktanteil der beteiligten Krankenkassen sowie bereits vorhandene Strukturen, da mit einer starken Ausprägung dieser Kriterien Erfolgsaussichten auf die Umsetzung von sektorenübergreifenden Ansätzen verknüpft sind. Hinsichtlich der genannten Kriterien bezogen auf jedes Oberziel wurden die niedersächsischen Stadt- und Landkreise analysiert. Auf der Basis dieser Analyseergebnisse wurden die Landkreise Emsland, Heidekreis und Wolfenbüttel als besonders geeignet identifiziert.

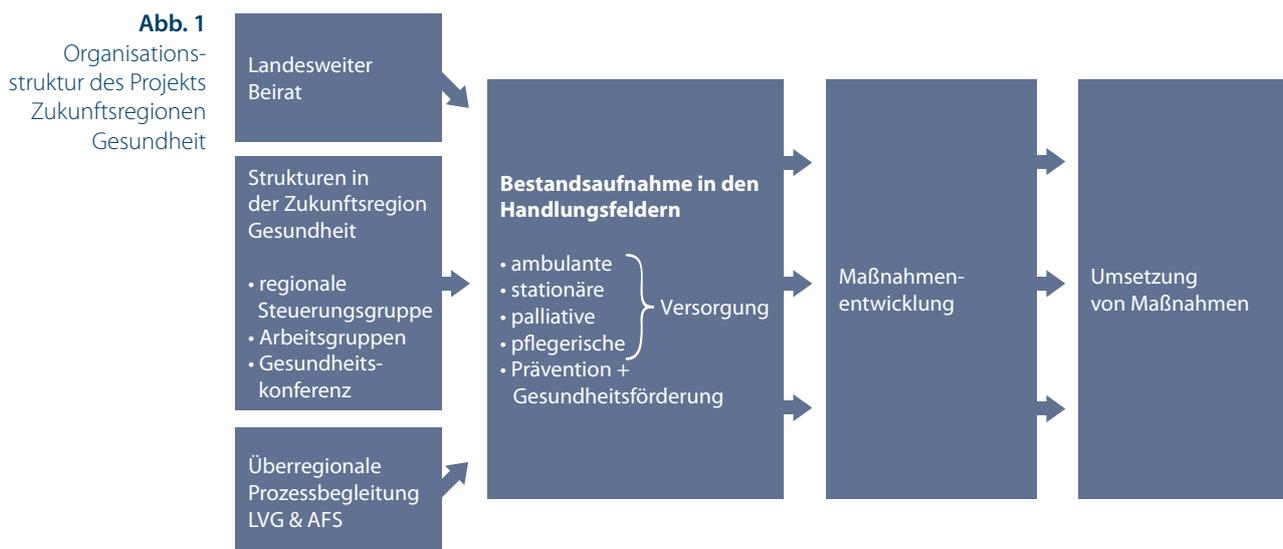
3.2 Projektstruktur und -organisation

Mit dem Projekt wurde erstmalig in Niedersachsen der Bedarf nach einer stärkeren Rolle der Kommunen als Planungsebene für eine gesundheitliche Daseinsvorsorge aufgegriffen. Durch eine breite Beteiligung sowohl in den Kommunen als auch auf Landesebene wurden verbesserte und neue Formen der gesundheitlichen Versorgung entwickelt und erprobt. Mit dem Modellprojekt sind in Niedersachsen erstmalig alle relevanten Partnerinnen und Partner (u. a. KVN, Gesetzliche Krankenversicherungen, kommunale Spitzenverbände) in die Diskussion um die Sicherstellung einer demografiefesten Gesundheitsversorgung vor Ort einbezogen.

Die Projektstruktur sah zu Beginn eine landesweite Steuerungsgruppe sowie einen landesweiten Beirat vor. Da sich diese Organe nur

marginal unterschieden, wurden diese Gremien zur Vermeidung von Doppelstrukturen zum landesweiten Beirat zusammengefasst. Dieser beriet in Teilen über die Öffentlichkeitsarbeit und über Finanzierungsfragen möglicher Projekte als auch über Anliegen, die sich im Projektprozess ergaben. Der landesweite Beirat informierte zudem alle diejenigen Akteurinnen und Akteure, die vor Ort nicht oder nur sporadisch eingebunden waren, über die laufenden Aktivitäten. Ein regelmäßiger landesweiter unmittelbarer Informationsfluss konnte so sichergestellt werden. In den Regionen wurden jeweils eine Steuerungs- und mehrere Arbeitsgruppen eingerichtet, die den Prozess vor Ort maßgeblich gestalteten. Im Durchschnitt bildeten sich pro Landkreis fünf Arbeitsgruppen, die teilweise auch Unterarbeitsgruppen aufwiesen. Die von den Arbeitsgruppen

entwickelten Projektentwürfe wurden durch die regionalen Steuerungsgruppen geprüft und hinsichtlich der weiteren Umsetzung abgestimmt. Unter Einbezug der Akteurinnen und Akteure vor Ort wurden mögliche Projekte realisiert. Bei Bedarf erfolgte ein Austausch mit dem landesweiten Beirat. Die Prozessbegleitung wurde durch die LVG & AFS Nds. e V. geleistet. Die Beratung und Unterstützung der regionalen Steuerungsgruppen sowie des landesweiten Beirats, die Schaffung und Etablierung von Kommunikationsstrukturen, die Initiierung und Koordination von Akteurs- und Netzwerktreffen sowie die jährliche Durchführung einer landesweiten Gesundheitskonferenz in Form einer Fachtagung zählten zu dem Aufgabengebiet der Prozessbegleitung.



(Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., 2011)

In dem landesweiten Beirat waren neben den drei Kommunen folgende weitere Akteurinnen und Akteure vertreten: Landräte der drei Zukunftsregionen, Niedersächsische (Nds.) Städtetag, Nds. Städte- und Gemeindebund, Nds. Landkreistag, Nds. Staatskanzlei, Wirtschafts-, Landwirtschafts-, Gesundheits- und Sozialministerium, AOK Niedersachsen, Verband der Ersatzkassen, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, BKK Landesverband Mitte, Deutsche BKK, Knappschaft Bahn See, KVN, Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen, Ärztekammer Niedersachsen, Apothekerkammer, Gewerkschaftsbund, Unternehmerverbände, Nds. Krankenhausgesellschaft, Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege und der privaten Pflegeeinrichtungen, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. und die LVG & AFS Nds. e. V.

Die Besetzung der ständigen Mitglieder der regionalen Steuerungsgruppen war von Beginn an durch die Hauptkooperationspartner vorgegeben. Im Prozess wurden weitere Mitglieder wie bspw. Vertretende des Deutschen Roten Kreuzes als ständiges Mitglied aufgenommen oder Vertretenden anderer Institutionen ein Gaststatus eingeräumt. Ständige Mitglieder waren Vertretende der KVN, der gesetzlichen Krankenkassen, der örtlichen Krankenhäuser, der niedergelassenen Ärzteschaft, der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, der Kommunalpolitik, der Gesundheitsämter, Landräte, die LVG & AFS Nds. e. V.

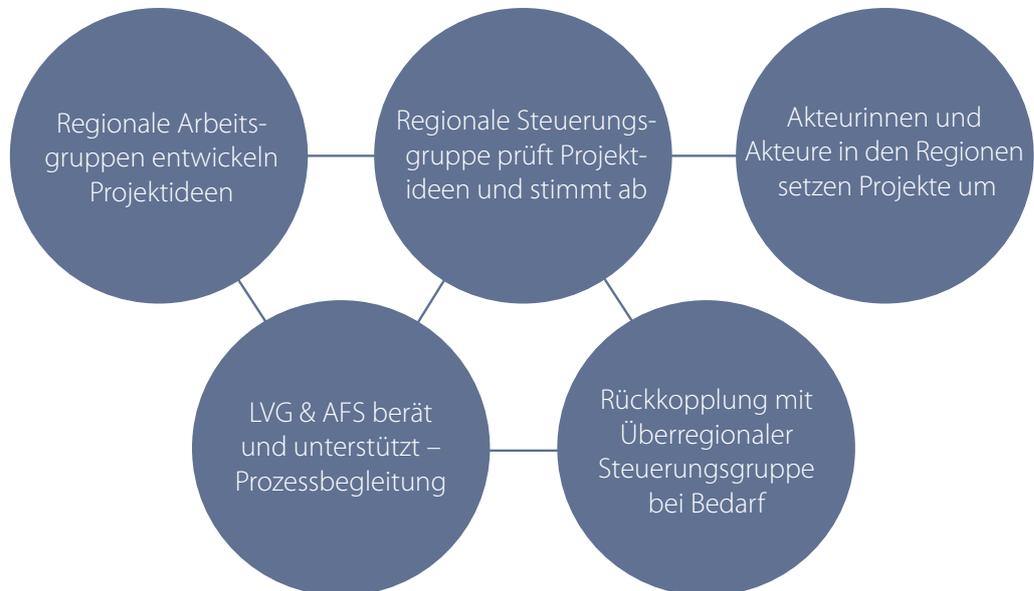
Das Projekt setzte auf die Beteiligung aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen (partizipatorischer Ansatz). Die regionale Ebene stand im Fokus des Projektes, die Gestaltung der Gesundheitsversorgung wurde vor Ort diskutiert und koordiniert. Die Projektleitung und -koordination oblag den jeweiligen Landkreisen. Alle Regionen haben eine Bedarfserhebung durchgeführt und Strukturen für eine jährlich stattfindende regionale Gesundheitskonferenz geschaffen. Die Gesundheitskonferenz ist in diesem Kontext als Tagung zu verstehen, bei der Bürgerinnen und Bürger sowie Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens die Möglichkeit hatten, sich einzubringen, auszutauschen und über den Stand der Arbeit zu informieren. An die Zukunftsregionen waren neben der Etablierung regionaler Steuerungsgruppen sowie die Organisation einer jährlichen Gesundheitskonferenz für mehr Vernetzung weitere Aufgaben gerichtet:

- Bedarfserhebung und Analyse der Ausgangssituation
- Schaffung von Schnittstellen überwindenden Vernetzungsprojekten unter Einbeziehung der Palliativversorgung und der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen
- Anknüpfung an bereits bestehende Modellprojekte
- Entwicklung von Maßnahmen zur Gewinnung ärztlichen Nachwuchses in ländlichen Regionen

Die Prozessabläufe waren in den drei Modellregionen ähnlich (Abb. 2). Die von den Arbeitsgruppen entwickelten Projektideen wurden den regionalen Steuerungsgruppen in Form von Projektanträgen zur Prüfung und Abstimmung vorgelegt. Unter Einbeziehung der Akteurinnen und

Akteure vor Ort wurden befürwortete Projekte umgesetzt. Bei Bedarf bestand die Möglichkeit, Anliegen, die der weiteren Unterstützung durch die Landesebene bedurften, an die Mitglieder des landesweiten Beirats heranzutragen.

Abb. 2
Prozessabläufe in den
Zukunftsregionen
Gesundheit



(Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., 2011)

Die Kommunikationsstruktur im Rahmen des Projektes war komplex. Auf der regionalen Ebene fand der Austausch zum einen in den Steuerungs- und Arbeitsgruppen sowie in weiteren Gremien (bspw. Kreisausschuss, verschiedene Netzwerke) statt. Ebenso war der Austausch zwischen der LVG & AFS Nds. e. V. sowie den Regionen jederzeit gegeben. Durch die LVG & AFS Nds. e. V. wurde auch die Kommunikation mit der Landesebene sichergestellt. Im Projektverlauf wurden in einem vierteljährlichen

Turnus Arbeitsgespräche zwischen den Projektkoordinatoren und Hauptkooperationspartnern (Sozialministerium, AOK Niedersachsen und KVN) durch die LVG & AFS Nds. e. V. initiiert. Damit wurde ein Rahmen geschaffen, der den Koordinatoren und Hauptkooperationspartnern einen überregionalen Austausch ermöglichte. Hierdurch ließen sich die Ziele verfolgen, Transparenz über die Prozesse in den Regionen und auf Landesebene herzustellen, für die Bedarfe und Bedürfnisse der Projektbeteiligten zu sensi-

bilisieren und insgesamt die Zusammenarbeit zu stärken. Im Rahmen der landesweiten Beiratssitzungen wurden die Projektstände thematisiert sowie Beteiligungsmöglichkeiten der Mitglieder des landesweiten Beirats hinsichtlich bestimmter

Anliegen und Projekte geklärt. Eine Übersicht zu der Anzahl der Treffen ist in Kapitel 5.1 zu finden. Die folgende Abbildung verdeutlicht die Kommunikationsstrukturen im Rahmen des Projektes:

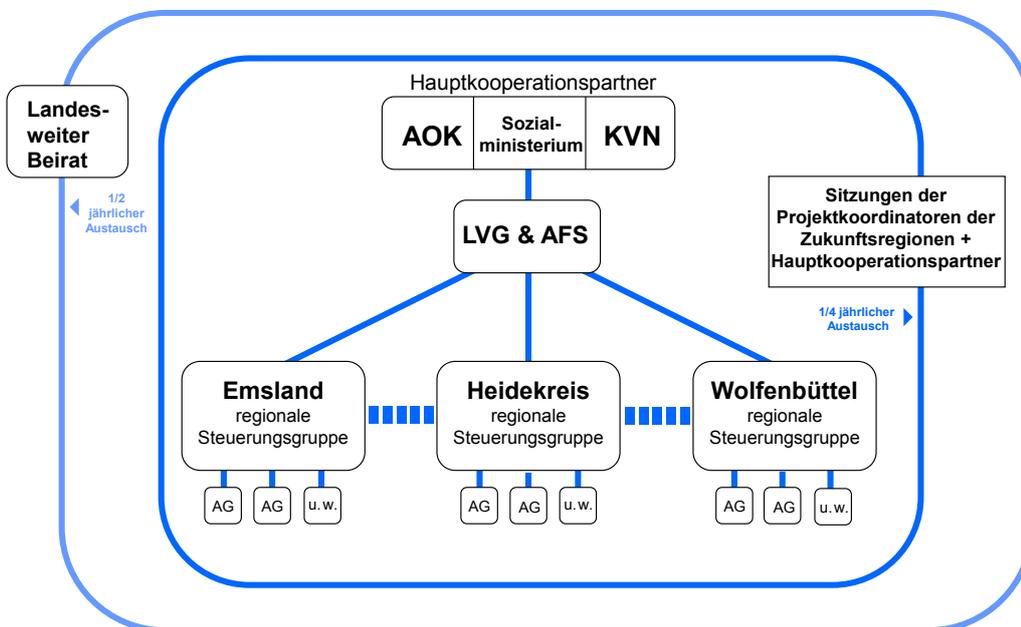


Abb. 3
Kommunikationsstruktur

(Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., 2011)

3.3 Projektaufakt

Ende des Jahres 2010 wurden die Landkreise Emsland, Heidekreis und Wolfenbüttel als Zukunftsregionen Gesundheit ausgewählt und identifiziert. Die Arbeit in den Regionen startete zu Beginn des Jahres 2011 mit einer Datenerhebung, die sich auf folgende Bereiche bezog:

- Allgemeine Strukturdaten (Einwohnerzahl, Arbeitslosenquote, Versicherte AOK Niedersachsen, Marktanteil AOK Niedersachsen, Durchschnittsalter)
- Ärztliche Daten (Ambulante Versorgung: ärztlicher Versorgungsgrad, ärztliche Versorgungsdichte im Zeitverlauf, Hausbesuche, Chronikerinnen und Chroniker, Hochnutzerinnen und Hochnutzer)
- Krankenhausstrukturen (Stationäre Versorgung, Medizinische Versorgungszentren)

- Gemeinschaftspraxen (unterschieden nach Fachrichtungen)
- Pflege (ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeheime, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Pflegestützpunkt, Palliativmedizin)
- Prävention und Gesundheitsförderung (bereits bestehende Programme und Ansätze)

Im weiteren Projektverlauf wurden in den einzelnen Arbeitsgruppen weitere Ist-Analysen durchgeführt, um Handlungsbedarfe abzuleiten als auch konkrete Ziele und Maßnahmen zu formulieren. Vorhandene quantitative Daten sowie Expertenwissen reicherten die Analysen an.

Die Modellregionen gestalteten den Projektbeginn, abgesehen von den geforderten Datenerhebungen in den genannten Bereichen, unterschiedlich. In den Landkreisen Emsland und Heidekreis fand zunächst die erste Gesundheitskonferenz statt, worauf sich im Anschluss die konstituierenden Sitzungen der regionalen Steuerungsgruppen anschlossen. Im Landkreis Wolfenbüttel wurde vor Beginn der regionalen

Gesundheitskonferenz vorbereitend eine konstituierende Steuerungsgruppensitzung durchgeführt. Die Formate der Gesundheitskonferenzen unterschieden sich dahingehend, dass die Veranstaltungen in den Landkreisen Emsland und Wolfenbüttel nach Themenfeldern vorstrukturiert und im Landkreis Heidekreis die Themenfelder im Rahmen der Konferenz durch die Anwesenden vor Ort benannt wurden. Dieses methodische Vorgehen wird auch als Open Space Methode bezeichnet, die Konferenz ist inhaltlich und formal offen. Die erste Konferenz fand am 02. März 2011 im Heidekreis statt, der Landkreis Emsland folgte am 14. März 2011 und im Landkreis Wolfenbüttel fand die Gesundheitskonferenz am 13. April 2011 statt. Eine ausführlichere Beschreibung der Auftaktveranstaltungen ist in Kapitel 4 nachzulesen, das eine ausführliche Darstellung der Regionen beinhaltet.

Auf Landesebene erfolgte die erste konstituierende Sitzung des landesweiten Beirats am 08. Februar 2011, die zweite Sitzung am 10. Mai 2011. In diesem Rahmen wurden die Ist-Stände in den Modellregionen besprochen sowie Handlungsschritte und Unterstützungsmöglichkeiten auf Landesebene eruiert.

4. Regionale Aktivitäten

Mit dem Modellprojekt sollte ein Strukturentwicklungsprozess angestoßen werden, in dem die regionale Ebene verstärkt als Planungs- und Entscheidungsorgan im Rahmen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge wahrgenommen bzw. einbezogen wird. Mit der Etablierung der regionalen Steuerungsgruppen und der Verankerung der Strukturen beim Landratsamt wurde diesem Ziel Rechnung getragen. Mithilfe dieser Strukturen konnten viele Aktivitäten angestoßen und umgesetzt werden. Insgesamt bot das Projekt den Regionen die Chance, den Bedarf in den einzelnen Versorgungsbereichen neu zu überdenken und mit Beteiligung aller notwendigen Akteurinnen und Akteure die Entwicklung nachhaltiger und demografiefester Versorgungskonzepte anzugehen. Die bearbeiteten Themenfelder waren vielfältig. Zu erwähnen ist, dass mithilfe des Projektes auch Aktivitäten angestoßen und umgesetzt werden konnten, die nicht unbedingt in einem Projektantrag mündeten. Darüber hinaus konnten durch das „Sich kennenlernen“ und der Etablierung von Kommunikationsstrukturen Maßnahmen umgesetzt werden, die vor dem Aufbau dieser Strukturen nicht umsetzbar waren. Als Beispiel soll an dieser Stelle die Implementierung des Bereitschaftsdienstes am Wolfenbüttler Klinikum genannt werden. Darüber hinaus haben mit dem Projekt Handlungsfelder an Aufmerksamkeit gewonnen, die zuvor weniger beachtet wurden. Verbunden mit dieser politischen und medialen Aufmerksamkeit

konnten diverse Themenfelder befördert und bisher noch nicht beteiligte Akteurinnen und Akteure eingebunden werden. Zudem beförderte die hohe Relevanz des Themas sowohl auf regionaler als auch auf Landesebene eine konstante Beteiligung der Akteurinnen und Akteure.

Die drei Modellregionen und Projektaktivitäten sollen im Weiteren detaillierter beschrieben werden. Im Anschluss werden die Aktivitäten auf Landesebene skizziert.

4.1 Zukunftsregion Emsland

Die Zukunftsregion Emsland hat landkreiseigene Projektziele formuliert. Diese lauten wie folgt:

- Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Landkreis Emsland
- Verbesserung der Versorgung dementiell erkrankter Menschen im Landkreis
- Sicherstellung der ärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Landkreis Emsland
- Verbesserung der Prävention und Gesundheitsförderung im Kinder- und Jugendalter
- Vorbeugung von Suchtgefahren

Der folgende Steckbrief soll überblicksartig die wesentlichen Elemente der Zukunftsregion Emsland darstellen:

Projektleitung	<p>Dr. Birgit Stoßberg Landkreis Emsland Fachbereich Gesundheit Telefon: 0 59 31 44 11 96 E-Mail: birgit.stossberg@emsland.de</p>
Projektkoordination (bis zum 31.10.2013)	<p>Rolf Amelsberg Landkreis Emsland Fachbereich Gesundheit Telefon: 0 59 31 44 11 90 E-Mail: rolf.amelsberg@emsland.de</p>
Zusammensetzung der regionalen Steuerungsgruppe	<p>Mitglieder</p> <ul style="list-style-type: none"> • des Landkreises • der Städte und Gemeinden • der KVN • der Pflege • der Ärzteschaft • der Krankenhäuser • der Krankenkassen • der Ärztekammer Niedersachsen (Gaststatus) • der Genial eG (Gaststatus) • sowie der LVG & AFS Nds. e. V.
Frequenz und Inhalt der regionalen Steuerungsgruppen- sitzungen	<p>Im Rahmen der Projektlaufzeit fanden in einem vierteljährlichen Turnus neun Sitzungen der regionalen Steuerungsgruppen statt. Im Rahmen der Sitzungen wurden vorgelegte Projektanträge, weitere Umsetzungsschritte sowie diverse Projektaktivitäten thematisiert.</p>
Arbeitsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialpsychiatrischer Verbund • Pflegekonferenz • Kreis- und Sozialausschuss • Qualitätszirkel der Kindergartenleitungen • Fachausschuss Ausbildung der Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein Emsland • Fachausschuss Koordination und Organisation der Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein Emsland <p>Die Arbeitsgruppen setzten sich aus bereits bestehenden Gremien zusammen. Neben diesen Gremien war es weiteren Akteurinnen und Akteuren des lokalen Gesundheitswesens möglich, Projektanträge an die Steuerungsgruppe zu stellen. Die Arbeitsgruppen entwickelten Projektideen und gaben diese in Form von Projektanträgen an die regionale Steuerungsgruppe weiter.</p>

1. Gesundheitskonferenz	Das Projekt Zukunftsregionen Gesundheit startete mit der Auftaktveranstaltung in den Räumlichkeiten der Berufsbildenden Schulen Meppen am 14.03.2011. Insgesamt waren 206 Akteurinnen und Akteure aus dem regionalen Gesundheitswesen sowie Bürgerinnen und Bürger anwesend. Oberthemen waren „Verbesserung der ärztlich-medizinischen Versorgung“, „Älter werden und Gesundheit“ sowie „Prävention und Gesundheit“. Insgesamt wurden in acht Arbeitsgruppen zahlreiche Ideen und Themen diskutiert und festgehalten. Die Dokumentation der Ergebnisse erfolgte durch den Landkreis und wurde allen Interessierten zur Verfügung gestellt.
2. Gesundheitskonferenz	Am 21.09.2011 fand die zweite Gesundheitskonferenz unter Beteiligung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung statt. Im Rahmen der Veranstaltung wurden die Ergebnisse der ersten Gesundheitskonferenz vorgestellt. Diese Veranstaltung wandte sich in erster Linie an die Ärztinnen und Ärzte im Landkreis Emsland. Mit 100 Teilnehmenden stieß die Veranstaltung auf großes Interesse.
3. Gesundheitskonferenz	Die dritte regionale Gesundheitskonferenz fand am 17.10.12 statt. Die Veranstaltung stieß mit ca. 150 Teilnehmenden auf große Resonanz. Nach einem Eröffnungsvortrag durch die Ministerin skizzierte Landrat Reinhard Winter die Gesundheitsziele sowie den Projektstand für den Landkreis Emsland. Im Anschluss daran bot sich die Möglichkeit, sich während des Markts der Möglichkeiten gezielt über die jeweiligen Projektaktivitäten bei den einzelnen Projektbeteiligten zu informieren.
4. Gesundheitskonferenz	Die vierte Gesundheitskonferenz und damit Abschlusskonferenz im Rahmen der Projektlaufzeit von Zukunftsregionen Gesundheit fand am Mittwoch, dem 13.11.13 in Lingen statt. In einem Filmbeitrag wurden die Projektergebnisse vorgestellt. In einer abschließenden Diskussionsrunde wurden Perspektiven der Fortsetzung mit Projektbeteiligten und dem Plenum diskutiert.

Projekte in der Umsetzung im Emsland

Projektaktivitäten	Projektziel	Aktueller Stand
Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin	Interessenten an einer späteren Tätigkeit als Fachärztin oder Facharzt für Allgemeinmedizin soll ein strukturiertes und abgestimmtes Angebot an ambulanten und stationären Weiterbildungsabschnitten sowie ein begleitendes Seminarprogramm angeboten werden.	Im Februar 2012 wurde eine Vereinbarung über die Verbundweiterbildung in der Facharzttrichtung „Allgemeinmedizin“ unterzeichnet. Mit Hilfe von Informationsveranstaltungen wurden Praxen gesucht, die ihre Weiterbildungsermächtigung dem Verbund zur Verfügung stellen. Das Curriculum für die Verbundweiterbildung wurde entwickelt und den Praxen und Krankenhäusern vorgestellt. Teilgenommen haben Vertretende von sechs Krankenhäusern und ca. 25 Arztpraxen. Mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen wird weiterhin Ausschau nach interessierten Ärztinnen und Ärzten gehalten.
Qualifizierung medizinischer Fachangestellter und examinierter Krankenpflegekräfte zu nicht-ärztlichen Praxisassistenten	Qualifizierung medizinischer Fachangestellter und examinierter Krankenpflegekräfte mithilfe eines Mustercurriculums der Bundesärztekammer zu nicht-ärztlichen Praxisassistenten. Mit der Erbringung delegierbarer Leistungen sollen Ärztinnen und Ärzte im Landkreis Emsland unterstützt werden.	Im Landkreis Emsland haben sich die drei Initiativen für die Fortbildungscurriculae „Nichtärztliche Praxisassistenz (NÄPA)“ auf das Mustercurriculum der Bundesärztekammer als Richtlinie für die Qualifizierung geeinigt. Die Prüfung der Unterrichtseinheiten erfolgte durch die Ärztekammer Niedersachsen. Der erste Fortbildungskurs startete im Oktober 2012 im Schulungszentrum am Krankenhaus Ludmilenstift in Meppen. 18 „NÄPAs“ haben die Abschlussprüfung in Theorie und Praxis erfolgreich abgeschlossen. Die Resonanz auf die Ausschreibung des Kurses war so groß, dass ein zweiter Kurs im Herbst 2013 durchgeführt wurde. Insgesamt wurden 19 weitere NÄPAs ausgebildet. Das Curriculum wird weiterhin angeboten. Der nächste Kurs beginnt im Mai 2014.
Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen durch eine Heimärztin	Ziel des Konzeptes ist es, die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeeinrichtungen durch eine angestellte Ärztin des Ärztenetzes sicherzustellen. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten soll damit verbessert sowie die Praxen in den Sprechstunden entlastet werden.	Die Heimärztin hat im April 2012 ihre Arbeit aufgenommen. Sie sucht im Rahmen ihrer Teilzeitbeschäftigung regelmäßig die Bewohnerinnen und Bewohner in Lingener Altenpflegeheimen auf, deren Hausärzte sich dem Ärztenetz GENIAL angeschlossen haben. Dem Projekt haben sich sieben Pflegeheime angeschlossen. Im Durchschnitt werden wöchentlich ca. 200 Bewohnerinnen und Bewohner durch Frau Dr. Alex versorgt. Eine Steuerungsgruppe mit Vertretenden der Pflegeeinrichtungen konnte etabliert werden. Die Medizinische Hochschule Hannover begleitet das Projekt wissenschaftlich. Die Heimärztin sorgt für Vertrauensbildung unter den Patientinnen und Patienten entgegen dem Vorurteil, dass diese im Pflegeheim in Zukunft nicht mehr ausreichend ärztlich versorgt würden. Das Projekt wird fortgeführt.

Projektaktivitäten	Projektziel	Aktueller Stand
Demenz-Servicezentrum	Mit der Einrichtung des Demenz-Servicezentrums sollte eine Koordinierungs- und Steuerungsstelle geschaffen werden, die künftig über die bisherigen Strukturen hinaus für eine Vernetzung der vorhandenen Angebote sorgen soll.	Das Demenzservice-Zentrum ist bereits Ende 2011 eröffnet worden. Eine Kooperation mit dem Pflegestützpunkt wird derzeit angestrebt. An der Finanzierung beteiligen sich keine Krankenkassen, diese wird durch den Landkreis getragen. Die „Demenz-Landkarte“ sowie ein „Demenz-Wegweiser“ für den Landkreis Emsland wurden fertig gestellt. Damit können bereits bestehende Angebote abgebildet werden. Im Jahr 2012 wurden Fortbildungen für Pflegefachkräfte sowie öffentliche Akademieabende angeboten, um zum Thema Demenz in der Familie zu informieren sowie erstmalig der Tag der seelischen Gesundheit im Alter durchgeführt. Alle Veranstaltungen wurden stark frequentiert. Insgesamt fanden die Impulstreffen in den Städten und Gemeinden des Landkreises immer guten Zuspruch.
Krisenintervention bei Demenz	Die Pflegeeinrichtung St. Katharina in Thuine bietet die Möglichkeit, demenzerkrankte Personen in Krisensituationen umgehend in einem neu eingerichteten Krisenzimmer der Einrichtung unterzubringen. Außerdem schafft die Einrichtung ein Beratungsangebot für Betroffene und ihre Angehörigen.	Das Krisenzimmer ist eingerichtet. Das Projekt wurde mit einer Anschubfinanzierung in Höhe von 15.000 Euro unterstützt. Das Beratungsangebot wird zunehmend wahrgenommen.
Einheitliches Überleitungsmanagement	Ziel ist es, eine einheitliche Überleitung zwischen ambulanter -, stationärer Pflege, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Landkreis zu etablieren.	Ein einheitlicher Überleitungsbogen wurde erarbeitet. In den stationären Pflegeeinrichtungen und den meisten Krankenhäusern werden die Überleitungsbögen bereits angewandt. Die angeschlossenen Software-Anbieter beteiligen sich lebhaft und profitieren dadurch, dass sie die Software auch in anderen Regionen einsetzen können. An einer Implementierung bei ambulanten Pflegediensten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wird derzeit gearbeitet.
Tiger Kids – Kindergarten aktiv	Das Projekt zielt auf eine langfristige Verhaltensänderung bei Kindern ab, um ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Dazu sollen regelmäßig Bewegung und Entspannung gefördert werden ebenso wie die gesundheitsfördernde Auswahl von Speisen und Getränken. Handlungsorientiertes Erleben und Einüben eines gesunden Lebensstils ist Ziel des Projekts.	Eine Informationsveranstaltung für die Kindertagesstätten hat stattgefunden. Insgesamt konnten 38 Kindertagesstätten für Tiger Kids gewonnen werden. Zudem erfolgten die Fortbildungen für die Erzieherinnen und Erzieher der Kindertagesstätten, die Tiger Kids umsetzen möchten.

Projektaktivitäten	Projektziel	Aktueller Stand
Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern	Schulungsangebot für Eltern, Kinder und Erzieherinnen bzw. Erzieher vor Ort in den teilnehmenden Kindertagesstätten zu Themen der „seelischen/ emotionalen“ Kindergesundheit mit dem Ziel, die psychische Gesundheit neben der physischen Gesundheit zu fördern	Das Angebot wird sehr gut nachgefragt. Im Jahr 2012 konnten 22 Familienzentren, im Jahr 2013 weitere 7, an den Schulungsveranstaltungen teilnehmen. Die Projektkosten wurden anteilig durch die GKV Vertretenden übernommen. Das Projekt wird im Jahr 2014 fortgeführt. Der Projektflyer ist fertig gestellt.
Gesund Leben Lernen	Ziel des Projektes ist, die „Organisation Schule“ zu einer gesunden Lebenswelt für alle in ihr Arbeitenden und Lernenden zu entwickeln. Im Mittelpunkt stehen die Stärkung von vorhandenen Gesundheitsressourcen und der Abbau von Über- bzw. Fehlbelastungen.	Die GKV-Vertretenden und Mitarbeiter des Landkreises konnten bzgl. der Präventionsmaßnahmen im Schulalter eine gemeinsame Vorgehensweise abstimmen. Es wurde sich darauf verständigt, „Gesund Leben Lernen“ als übergreifende Maßnahme in den Schulen umzusetzen, da es an der Organisation Schule ansetzt und diese als Ganzes betrachtet. Die Programme SNAKE und Cuisinet können im Rahmen dessen bei Bedarf als mögliche Bausteine umgesetzt werden. Zwei emsländische Schulen setzen GLL bereits um, weitere Schulen haben Interesse bekundet.
SNAKE	Das Programm der Techniker Krankenkasse hat die Stressreduktion bei Schülerinnen und Schülern in den Mittelstufen zum Ziel. Damit einhergehend soll ein entspanntes Miteinander und die Prävention von stressinduzierten Erkrankungen gefördert werden.	Die GKV-Vertretenden und Mitarbeiter des Landkreises konnten bzgl. der Präventionsmaßnahmen im Schulalter eine gemeinsame Vorgehensweise abstimmen. Es wurde sich darauf verständigt, „Gesund Leben Lernen“ als übergreifende Maßnahme in den Schulen umzusetzen, da es an der Organisation Schule ansetzt und diese als Ganzes betrachtet. Die Programme SNAKE und Cuisinet können im Rahmen dessen bei Bedarf als mögliche Bausteine umgesetzt werden. Das Interesse bei den 19 Schulen muss weiter konkretisiert werden.
Cuisinet	Mit dem Projekt soll die Verpflegung in Schulen verbessert werden. Ziel ist, Lehrkräfte zu Multiplikatoren auszubilden, um die eigenen Schulen hinsichtlich der Schulverpflegung beraten zu können und ein nachhaltiges Ernährungskonzept zu erarbeiten.	Die GKV-Vertretende und Mitarbeiter des Landkreises konnten bzgl. der Präventionsmaßnahmen im Schulalter eine gemeinsame Vorgehensweise abstimmen. Es wurde sich darauf verständigt, „Gesund Leben Lernen“ als übergreifende Maßnahme in den Schulen umzusetzen, da es an der Organisation Schule ansetzt und die Schule als Ganzes betrachtet. Die Programme SNAKE und Cuisinet können im Rahmen dessen bei Bedarf als mögliche Bausteine umgesetzt werden. Das Interesse bei den neun Schulen muss weiter konkretisiert werden.

Projektaktivitäten	Projektziel	Aktueller Stand
Kompetenzwerkstatt Space Limit	Das Projekt soll Jugendliche und Erwachsene im Umgang mit Medien sensibilisieren und zu einem autonomen selbstständigen Umgang mit Medien beitragen. Erreicht werden sollen 500 Jugendliche und Erwachsene sowie 100 bis 150 auffällige Jugendliche.	Das Projekt wird mit 15.000 € pro Jahr bezuschusst. Die Projektaktivitäten werden bereits in der Grundschule, ab der 3. Klasse, durchgeführt. Die Präventionsstelle hat ihre Arbeit im Oktober 2011 aufgenommen. Durchgeführt wurden Schulungen für Jugendliche und Erwachsene. Darüber hinaus fand eine Vernetzung mit dem Arbeitskreis (AK) Medien und dem AK Jugend der Stadt Meppen statt. Multiplikatoren wurden ebenfalls geschult. Ein Elternkurs für Grundschüler wurde entwickelt und Netzwerkscouts ausgebildet. Die Kompetenzwerkstatt „Space Limit“ bietet regelmäßige Sprechstunden in Papenburg, Meppen und Lingen an. Außerdem sind Terminvereinbarungen in den Sprechstunden der Fachambulanzen möglich.

Perspektiven

Aufbauend auf den Erfahrungen des Projektes werden die vorhandenen Strukturen im Landkreis Emsland unter dem Namen Gesundheitsregion Emsland weiter geführt. Dabei werden die

Ziele „Verbesserung der ärztlich-medizinischen Versorgung“, „Älter werden und Gesundheit“ sowie „Prävention und Gesundheitsförderung“ wieder aufgegriffen und weiter bearbeitet.

4.2 Zukunftsregion Heidekreis

Im Rahmen des Projektes wurden landkreisei-
gene Projektziele formuliert. Diese lauteten wie
folgt:

- Gesund aufwachsen
- Gesund leben und arbeiten
- Gesund alt werden
- Medizinische Versorgung / Kuration

Der folgende Steckbrief stellt überblicksartig
die wesentlichen Daten zu der Zukunftsregion
Heidekreis dar:

Projektleitung	Michael Letter Landkreis Heidekreis Fachbereich Gesundheit Telefon: 0 51 61 98 06 40 E-Mail: m.letter@heidekreis.de
Projektkoordination	Britta Führer Landkreis Heidekreis (Ehemals Fachbereich Gesundheit) Kreisentwicklung und Wirtschaft Telefon: 0 51 61 97 06 16 E-Mail: b.fuehrer@heidekreis.de
Zusammensetzung der regionalen Steuerungsgruppe	Mitglieder <ul style="list-style-type: none"> • des Landkreises • der KVN • der Pflege • der Ärzteschaft • der Krankenhäuser • der Krankenkassen • weiterer Institutionen • sowie der LVG & AFS Nds. e. V.

<p>Frequenz und Inhalt der regionalen Steuerungsgruppensitzungen</p>	<p>Im Rahmen der Projektlaufzeit fanden in einem vierteljährlichen Turnus zehn Sitzungen der regionalen Steuerungsgruppen statt. Im Rahmen der Sitzungen wurden vorgelegte Projektanträge, weitere Umsetzungsschritte sowie diverse Projektaktivitäten thematisiert.</p>
<p>Arbeitsgruppen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Versorgung • Überleitungsmanagement / intersektorale Vernetzung • Kinder und Jugendliche • Prävention und Gesundheitsförderung im schulischen Setting • ÖPNV und Wohnformen • Quartiersentwicklung, generationenübergreifendes Wohnen, alternative Wohnformen • Nachwuchsförderung • Palliative Versorgung und Demenz <p>Die Arbeitsgruppen haben sich mit Projektbeginn komplett neu gegründet. Teilnehmende der Auftaktveranstaltung waren eingeladen, sich aktiv in den Arbeitsgruppen zu beteiligen. Neben den Arbeitsgruppen konnten weitere Akteurinnen und Akteure des regionalen Gesundheitswesens Projektanträge an die regionale Steuerungsgruppe stellen.</p>
<p>1. Gesundheitskonferenz</p>	<p>Im Landkreis Heidekreis wurde der Grundstein für das Projekt Zukunftsregionen Gesundheit am 02.03.2011 in der Stadthalle Walsrode unter Beteiligung von 146 Akteurinnen und Akteuren des regionalen Gesundheitswesens sowie Bürgerinnen und Bürgern gelegt. Im Rahmen einer Open Space Konferenz wurden in sechs Arbeitsgruppen die Themen „Gesundheitsbildung / Nachwuchsförderung“, „Hausärztliche Versorgung und Pflege“, „ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung“, „Wohnformen und Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV)“, „Kinder und Jugendliche“ sowie „Demenz“ diskutiert.</p>
<p>2. Gesundheitskonferenz</p>	<p>Am Mittwoch, den 14. März 2012, fand im Rahmen des Projektes Zukunftsregionen Gesundheit die zweite Gesundheitskonferenz statt. Mit 120 Besucherinnen und Besuchern stieß die Gesundheitskonferenz ebenso wie die Konferenz ein Jahr zuvor bei den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens sowie Bürgerinnen und Bürgern des Heidekreises auf großes Interesse.</p> <p>Im Rahmen der Konferenz wurde eine Zwischenbilanz gezogen und der aktuelle Projektstand skizziert. Im ersten Projektjahr haben sich fünf Arbeitsgruppen mit insgesamt ca. 100 Mitgliedern etabliert. Die fünf Arbeitsgruppen, „Ärztliche Versorgung, Palliative Versorgung und Demenz,</p>

Nachwuchsförderung, Kinder und Jugendliche, ÖPNV und Wohnformen“ haben im ersten Projektjahr verschiedene Projektideen entwickelt, wobei sechs Projektanträge von der regionalen Steuerungsgruppe befürwortet wurden.

Im weiteren Verlauf der Tagung wurden die folgenden Themen bearbeitet, die sich aus den bestehenden Arbeitsgruppen ergeben haben:

- Überleitungsmanagement / intersektorale Vernetzung
- Prävention und Gesundheitsförderung im schulischen Setting
- Quartiersentwicklung, generationenübergreifendes Wohnen, alternative Wohnformen
- Hausärztliche Versorgung
- Versorgung von demenzerkrankten Menschen
- Psychiatrische Versorgung im Heidekreis

Die Bearbeitung erfolgte in Projektgruppen, die aus den Arbeitsgruppen hervorgingen. Im weiteren Projektverlauf wurde die Bearbeitung dieser Themen in den Projektgruppen fortgesetzt. Wobei diese stark an die jeweiligen Arbeitsgruppen angebunden waren, um die zielgerichtete Zusammenführung der Prozesse zu gewährleisten. Die bereits gegründeten Arbeitsgruppen blieben bestehen und arbeiteten an der Umsetzung der bislang befürworteten Anträge.

3. Gesundheitskonferenz

Die dritte Gesundheitskonferenz, und damit auch die Abschlussveranstaltung, fand am Dienstag, den 22. Oktober 2013 in Walsrode statt. Im Rahmen der Veranstaltung wurde mit ca. 140 Teilnehmenden nach knapp drei Jahren eine Bilanz gezogen. Die Arbeitsgruppen gaben im Rahmen einer Perspektivdiskussion einen Rückblick auf die erarbeiteten Projektergebnisse sowie einen Ausblick auf die weitere Vorgehensweise und Ausrichtung der Arbeitsgruppen nach Ablauf der Projektlaufzeit. Die Arbeitsgruppen möchten die aufgebauten Netzwerke und Kooperationen aufrechterhalten und auch über 2013 hinaus weiter an den Themen „Ärztliche Versorgung“, „Nachwuchsförderung“, „Überleitungsmanagement“, „Quartiersentwicklung und alternative Wohnformen“ arbeiten.

Projektaktivitäten

In der folgenden Tabelle werden die Projekte, die sich bereits in der Umsetzung befinden, sowie Projekte, die noch in der Planungsphase sind, dargestellt. Weiterführende Informationen zu

den einzelnen Projektaktivitäten sind über die regionalen Projektkoordinatorinnen und Projektkoordinatoren erhältlich.

Projekte in der Umsetzung im Heidekreis

Projektaktivitäten	Projektziel	Aktueller Stand
Bedarfsgerechte Randzeitenbetreuung	Ausbau der Kinderbetreuungszeiten, Steigerung der Attraktivität des Landkreises für Fachpersonal, Gewinnung und Erhaltung von Fachpersonal mit Kindern.	<p>In enger Kooperation mit dem Heidekreis-Klinikum wurde eruiert, ob die Beschäftigten der Klinik Betreuungsbedarfe für ihre Kinder außerhalb der Kernzeiten der Kinderbetreuungseinrichtungen aufweisen. Die Mehrheit der befragten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gaben an, dass sie Probleme bei der Betreuung ihrer Kinder während der Arbeitszeit und Betreuungsbedarf außerhalb der Standardzeiten der Kinderbetreuungseinrichtungen haben. Nach der Bedarfskonkretisierung wurden Gespräche mit Leitungen und Trägern der Kindertageseinrichtungen und Vertretenden der Politik, der Städte und Gemeinden, bezüglich konkreter Möglichkeiten zur Randzeitenbetreuung, geführt.</p> <p>Die Stadt Bad Fallingbostal hat im Jahr 2013 eine eigene Bedarfserhebung in ihrer Kommune zum Thema Randzeitenbetreuung durchgeführt. Das Ergebnis hat dazu geführt, dass die Stadt Bad Fallingbostal ab dem 01.08.2014 in ihren städtischen Einrichtungen Randzeitenbetreuung von 07 Uhr bis 18 Uhr anbietet. Damit möchte die Kommune auf den wandelnden Bedarf reagieren. Entscheidend für die Angebote ist letztlich aber das tatsächliche Anmeldeverhalten der Eltern.</p> <p>Auch die Gemeinde Bomlitz wird im Jahr 2014 in zunächst einer Krippe die Betreuungszeiten von 07 Uhr bis 17 Uhr ausdehnen.</p> <p>Der Landkreis Heidekreis zahlt ab dem Jahr 2014 einen Zuschuss zur Kinderbetreuung.</p>
Zukunft schenken	Idee des Projektes ist es, geeignete Personen in die Nachmittagsgruppen von Kindergärten zu involvieren, um Erzieher / innen die gezielte Förderung von Kindern mit Förderungsbedarf zu ermöglichen.	Das Projekt wurde auf der Bildungskonferenz 2011 vorgestellt und es konnten erste Kontakte geknüpft werden. Das Seniorenservicebüro des Heidekreises wurde mit einbezogen und erste Ehrenamtliche vermittelt. Es wurde sich darauf geeinigt, dass der Fachbereich Gesundheit lediglich eine vermittelnde Funktion übernimmt. Insgesamt konnten sechs Seniorinnen und Senioren in die Nachmittagsgruppen der Kindergärten eingebunden werden.

Projektaktivitäten	Projektziel	Aktueller Stand
Internetauftritt „Zukunftsregionen Gesundheit“	Ziel ist es, das Projekt bekannt zu machen und Transparenz bezüglich der Entwicklungsprozesse herzustellen.	Die Internetseite ist im Dezember 2011 online gegangen. Die Inhalte werden von der Projektleitung / -koordination eingepflegt und aktualisiert. Unter www.gesundheitsregion-heidekreis.de sind weitere Informationen zu finden.
Verbesserung der Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im ärztlichen Bereitschaftsdienst	Erarbeitung und Implementierung einheitlicher Standards in Form einer Checkliste für die Vorbereitung der Bereitschaftsdienstbesuche in den Pflegeheimen. Damit wird eine Optimierung der Informationsweitergabe an die Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst erreicht, die Qualität der Versorgung im Bereitschaftsdienst verbessert und das Risiko von Behandlungsfehlern reduziert. Gleichzeitig werden die Mitarbeitenden in den Pflegeheimen qualifiziert, um Notfallsituationen besser einschätzen zu können.	<p>Pflegeheimkonferenzen wurden organisiert, zu denen die Pflegedienstleitung, die Koordinierenden des Notdienstes, ein Vertreter der KVN und Ärztinnen und Ärzte, die häufig im Bereitschaftsdienst arbeiten, eingeladen wurden. Zweck dieser Konferenzen war die Bedarfserhebung und Themensammlung, die als Grundlage für die Erarbeitung einer Checkliste dienen sollte. Die erste Konferenz fand am 23. Januar 2013 und die zweite am 13. März 2013 statt. Die Checkliste wurde verabschiedet und im Nordkreis unter Einbezug aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und Pflegeeinrichtungen seit Sommer 2013 erprobt.</p> <p>Geplant ist, die Checkliste mit ihren Inhalten in den Pflege- bzw. allgemeinen Überleitungsbogen (noch in der Entwicklung) zu überführen.</p>
Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Setting	Implementierung des Gesundheitsförderungskonzeptes „Gesund Leben Lernen“ in den Grundschulen des Heidekreises	<p>Im Jahr 2012 fand eine Informationsveranstaltung mit den Grundschulleiterinnen und -leitern zum Projekt „Gesund Leben Lernen“ statt. Im Schuljahr 2012/ 2013 setzten drei Grundschulen im Heidekreis das Projekt um. Für das Jahr 2014 hat sich eine weitere Schule für das Projekt beworben.</p> <p>Zudem laufen politische Aktivitäten, die Grundschulen zu Ganztagschulen auszubauen. Der Arbeitsgruppenleiter hält auch über 2013 hinaus Kontakt zu den Schulen und den Hauptverwaltungsbeamten.</p>
Einführung von Facharbeitskreisen in den Kommunen	Kommunale Runde Tische zum Handlungsfeld „Lokale Wohnquartiersentwicklung – generationenübergreifendes Wohnen“ sollen etabliert werden. Damit soll ein Bewusstsein bei Entscheidungsträgern sowie in der Bevölkerung für diese Thematik geschaffen sowie die Vernetzung gefördert werden. Impulse für die Quartiersentwicklung werden gegeben.	<p>Mit der am 20. August 2013 stattfindenden Fachtagung im Hotel Park Soltau wurden erste Impulse für die Quartiersentwicklung und ein Bewusstsein in den Kommunen und der Bevölkerung geschaffen. Das „Niedersachsen Büro – Neues Wohnen im Alter“ ist in das Projekt eingebunden. Die Veranstaltung stieß auf große Resonanz, insgesamt nahmen 140 Personen teil.</p> <p>Geplant ist, mit den Kommunen Netzwerke zum Thema „Wohnen im Alter“ aufzubauen, die besonders auch die Bürgerinnen und Bürger vor Ort mit einbeziehen sollen.</p>

Projektaktivitäten	Projektziel	Aktueller Stand
Nachwuchsgewinnung Ärztinnen und Ärzte	Durch die Etablierung eines sog. „Kümmerer-Teams“, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten, Vertretenden aus den Krankenhäusern, Mitarbeitenden des Landkreises sowie Vertretenden der KVN, sollen Abiturientinnen und Abiturienten sowie Studierende der Medizin begleitet werden, um eine langfristige Bindung zum Landkreis aufzubauen. Ziel soll sein, dass sich die Studierenden auch nach dem Studium wieder im Landkreis niederlassen.	Jährliche Projektvorstellungen in Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft finden seit 2013 in den Schulen statt. Ein Adresspool für die weitere Kontaktaufnahme mit den Absolventinnen und Absolventen und Studierenden der Medizin soll angelegt und ein Kontakthalteprogramm entwickelt werden. Zudem ist der Aufbau einer Internetseite in Planung, um eine Plattform für Angebot und Nachfrage zu schaffen.
Interdisziplinäre Pflegekonferenz für demenzkranke Heimbewohnerinnen und Heimbewohner	Durch die regelmäßig stattfindenden Konferenzen unter Einbezug von Psychiaterinnen und Psychiatern, Hausärztinnen und Hausärzten sowie Pflegepersonal soll die Versorgung von demenziell erkrankten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern verbessert und die Kompetenzen der Pflegekräfte erweitert werden. Ziel des Projekts ist die Optimierung der Medikation und Reduktion vermeidbarer Krankenhauseinweisungen.	Es wurde über den Verteiler des Seniorenservicebüros eine erste Abfrage gestartet, welche Pflegeheime grundsätzlich an einem solchen Projekt interessiert wären. Im September 2012 haben die ersten Informationsveranstaltungen in zwei Pflegeheimen in Soltau und Bad Fallingbostal stattgefunden. Seit Oktober 2012 wurden jeweils 10 Konferenzen unter Leitung eines psychiatrischen Arztes durchgeführt. Ein Pflegeheim plant die Pflegekonferenzen als feste Größe zu installieren.
Masterplan ÖPNV	Um dem Mobilitätsbedürfnis der Einwohnerinnen und Einwohner des Heidekreises gerecht zu werden, sollen Bürgerbusse initiiert werden, die nach einem speziellen Haltestellenkonzept den Patientenverkehr in Walsrode und Schneverdingen sicherstellen sollen.	Es wurden der Bürgerbusverein Walsrode und der Bürgerbusverein Schneverdingen gegründet. Geplant ist, mit ehrenamtlichen Fahrkräften die Busse in den jeweiligen Kommunen zu betreiben, die jeweils acht Fahrplätze haben und damit das bereits bestehende Nahverkehrsnetz ergänzen. Im Jahr 2014 sollen beide Busse ihren Betrieb aufnehmen.
Fortbildung von Sozialraumpartnerinnen und Sozialraumpartnern zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“	Ziel des Projektes ist die Förderung der Vernetzung von Sozialraumpartnerinnen und Sozialraumpartnern sowie Ansprechpersonen der Psychiatrie.	Die Fortbildung wurde als ganztägige Veranstaltung konzipiert und fand am 06.08.2013 im Jugendhof Idingen statt. Geleitet wurde diese von einer Psychologin und einem Psychologen aus dem Heidekreis-Klinikum. Die Veranstaltung hat Grundlagen zu psychischen Erkrankungsbildern vermittelt und bot die Möglichkeit zur Vernetzung der Sozialraumpartnerinnen und Sozialraumpartner mit den Ansprechpersonen aus der Psychiatrie. Geplant ist, zukünftig gemeinsam einen Flyer mit wichtigen Adressen von Ansprechpersonen zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ zu erstellen.

Projektaktivitäten	Projektziel	Aktueller Stand
Überleitungsmanagement / Intersektorale Versorgung	Eine intersektorale Konzeption der Versorgungsplanung soll eine ganzheitliche, qualitätsorientierte und wirtschaftliche Versorgung im Landkreis gewährleisten. Dazu zählen die Sicherung einer angemessenen Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten, die Optimierung des Informationsflusses zwischen der niedergelassenen und stationären Ärzteschaft sowie Pflegenden und die Minimierung von Fehlerquellen und Ressourcenverlusten.	Die Ist-Analyse der Versorgungsbedarfe und der benötigten Dokumente bei der Überleitung der Patienten zwischen dem Heidekreis-Klinikum und u.a. der niedergelassenen Ärzteschaft sowie den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wurde durchgeführt. Die Überleitungspfade wurden definiert und der Überleitungsbogen ist in Bearbeitung. Im November 2013 fand eine Kick-Off-Veranstaltung im Landkreis statt, zu der die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, sowie die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen eingeladen wurden. Die Rückmeldungen aus der Auftaktveranstaltung werden in die Überleitungspfade eingearbeitet. Im Jahr 2014 wird der allgemeine Überleitungsbogen erstellt und verbreitet. Geplant sind Einzelveranstaltungen mit den Beteiligten, wie z. B. Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste, sowie die Verstärkung der konstruktiven interdisziplinären Zusammenarbeit.
<i>Projekte in der Planungsphase</i>		
Digitale Befundvernetzung	Ziele sind ein schnellerer Datenaustausch (hauptsächlich von stationär zu ambulant), Verbesserung der EDV-gestützten Kommunikation zwischen stationären und ambulanten Akteurinnen und Akteuren auf der EDV-technischen Plattform der KVN.	<p>Eine Projektgruppe bestehend aus Vertretenden der KVN und der Ärzteschaft (ambulant/ stationär) hat sich gebildet. Partnerinnen und Partner der KVN auf Landesebene wurden involviert. Eine mögliche Plattform für den Datenaustausch wäre die der KVN – ‚KV-Safenet‘. Eingebunden werden sollten auch die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des SAPV (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)-Projekts im Heidekreis. Damit die Leistungserbringenden auf die Plattform zum Datenaustausch zugreifen können, bedarf es einer Anpassung der genutzten Software in den Praxen als auch im Krankenhaus.</p> <p>Geplant ist, in der Software der jeweiligen Arztpraxis einen „Connector“ zu installieren, der die datengesicherte Übermittlung von Befunden ermöglicht.</p> <p>Ende des Jahres 2013 wurden die KV-Connect-Anwendungen in den Praxissoftwaresystemen implementiert und können von den Arztpraxen gegen eine Lizenzgebühr freigeschaltet werden. Anfang 2014 ist eine Erprobung mit Modellarztpraxen geplant.</p>

<p>Telemedizinische Begleitung von Patientinnen und Patienten</p>	<p>Telemedizinische Begleitung von Patientinnen und Patienten mit koronaren Herzerkrankungen in Kooperation mit dem Heidekreis-Klinikum und dem Institut für angewandte Telemedizin Bad Oeynhausen. Darüber hinaus findet eine telemedizinische Betreuung von Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) statt.</p>	<p>In der Zukunftsregion Gesundheit wurden im Heidekreis-Klinikum verschiedene Projekte zur telemedizinischen Begleitung initiiert. Am weitesten fortgeschritten ist die Vernetzung der Schlaganfalleinheit mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. In diesem Zusammenhang wird ein teleradiologisches Projekt durchgeführt. Es sieht vor, dass Schlaganfallpatienten über eine telemedizinische Verbindung sofort im UKE behandelt werden können. Des Weiteren ist ein kardiologisches telemedizinisches Projekt gestartet, welches auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Herzschwäche (Herzinsuffizienz) bzw. Herzrhythmusstörungen abzielt. Diese werden telemedizinisch mit EKG-Geräten, Waagen und Blutdruckmessgeräten versorgt und dann vom Herzzentrum Bad Oeynhausen mitbetreut. Diese Programme werden in den nächsten Jahren weiter ausgebaut.</p>
---	---	---

Perspektiven

Ab dem Jahr 2014 laufen die Aktivitäten unter dem Namen Gesundheitsregion Heidekreis weiter und sind in der Fachgruppe Kreisentwicklung und Wirtschaft angesiedelt. Inhaltlich sollen dabei vor allem der Fachkräftemangel, insbeson-

dere die Weiterentwicklung und Initiierung von Maßnahmen zur ärztlichen und pflegerischen Nachwuchsgewinnung, die Optimierung des Überleitungsmanagements sowie das Thema „Wohnen im Alter“ im Vordergrund stehen.

4.3 Zukunftsregion Wolfenbüttel

Im Rahmen des Projektes wurden landkreiseigene Ziele formuliert, die über das Projekt hinaus Gültigkeit für den gesamten Landkreis haben. Diese lauten wie folgt:

- Gesund aufwachsen
- gesund leben
- und gesund alt werden

Der folgende Steckbrief stellt überblicksartig die wesentlichen Merkmale der Zukunftsregion dar:

Projektleitung	Christiana Steinbrügge Landkreis Wolfenbüttel Landrätin (ehemals Leiterin des Bildungszentrums) Telefon: 0 53 31 84 15 5 E-Mail: c.steinbruegge@lkwf.de
Projektkoordination	Anja Ziegenspeck Landkreis Wolfenbüttel Bildungszentrum Telefon: 0 53 31 84 10 8 E-Mail: a.ziegenspeck@lk-wf.de
	Mirjam Langewitz (Elternzeitvertretung vom 01.01.2012-31.12.2012) Landkreis Wolfenbüttel Bildungszentrum Telefon 05331 84308 E-Mail m.langewitz@lk-wf.de

Zusammensetzung der regionalen Steuerungsgruppe	<p>Mitglieder</p> <ul style="list-style-type: none"> • des Landkreises • der Stadt und Samtgemeinden • der KVN • der Pflege • der Ärzteschaft • des Städtischen Krankenhauses • der Krankenkassen • der Wohlfahrtsverbände • der Selbsthilfe • sowie der LVG & AFS Nds. e. V.
Frequenz und Inhalte der regionalen Steuerungsgruppen- sitzungen	<p>Im Rahmen der Projektlaufzeit fanden in einem vierteljährlichen Turnus 15 Sitzungen der regionalen Steuerungsgruppen statt. Im Rahmen der Sitzungen wurden vorgelegte Projektanträge, weitere Umsetzungsschritte sowie diverse Projektaktivitäten thematisiert.</p>
Arbeitsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Überleitungsmanagement • Nachwuchsgewinnung in der Pflege • Nachwuchsgewinnung Ärztinnen und Ärzte/Bereitschaftsdienstoptimierung • Gesundheitsförderung und Prävention • Psychische Gesundheit und Demenz • Hospiz und Palliativ • Mobilität und Infrastruktur <p>Die Arbeitsgruppen bezogen bereits bestehende Gremien mit ein, ließen aber trotzdem eine Beteiligung von Interessierten der Auftaktveranstaltung im Rahmen der Modelllaufzeit zu. Darüber hinaus konnten Projektanträge durch weitere Akteurinnen und Akteure an die regionale Steuerungsgruppe gerichtet werden.</p>

<p>1. Gesundheitskonferenz</p>	<p>Die Auftaktveranstaltung zum Projekt „Zukunftsregionen Gesundheit“ fand am 13.04.2011 in der Lindenhalle in Wolfenbüttel mit Beteiligung von 130 Gästen statt. Insgesamt begaben sich die anwesenden Akteure des regionalen Gesundheitswesens sowie Bürgerinnen und Bürger in fünf Arbeitsgruppen in den fachlichen Austausch. In den Arbeitsgruppen wurden die Themen „Medizinische Versorgung (ärztlich, pflegerisch, interdisziplinär)“, „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Psychische Gesundheit und Demenz“, „Hospiz und Palliativ“ sowie „Mobilität / Infrastruktur“ thematisiert. Die Auftaktveranstaltung wurde dokumentiert.</p>
<p>2. Gesundheitskonferenz</p>	<p>Die zweite regionale Gesundheitskonferenz fand am Mittwoch, dem 27.06.2012 in der Lindenhalle in Wolfenbüttel von 15:00 – 18:30 Uhr statt. Mit ca. 95 Teilnehmenden stieß die Veranstaltung auf große Resonanz. Neben der Vorstellung des aktuellen Projektstandes durch die Projektleiterin und die Arbeitsgruppenvertretenden referierte Stephan Koesling, Geschäftsführer der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V., zum Thema „Kommunale Gesundheitspolitik“.</p>
<p>3. Gesundheitskonferenz</p>	<p>Die dritte Gesundheitskonferenz, und im Rahmen der Projektlaufzeit letzte Konferenz, fand am 06.11.2013 in der Lindenhalle in Wolfenbüttel statt. Mit rund 100 Teilnehmenden stieß auch diese Gesundheitskonferenz auf großes Interesse. Im Rahmen der Veranstaltung wurden die Projekte und Ergebnisse der Arbeitsgruppen vorgestellt. Die Gastreferentin Frau Dr. Birgit Böhm, Wissenschaftliche Leitung des Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung GmbH Berlin sprach zum Thema „Kooperation sichert Gesundheit – wer sichert die Kooperation? Herausforderungen auf dem Weg in eine nachhaltige Zukunftsregion Gesundheit Wolfenbüttel. Zum Abschluss wurde über die Weiterführung der Arbeitsstrukturen sowie die Fortführung der Veränderungsanstöße in Gruppen diskutiert.</p>

Projektaktivitäten

In der folgenden Tabelle werden die Projekte, die sich bereits in der Umsetzung befinden sowie Projekte, die noch in der Planungsphase sind, dargestellt. Weiterführende Informationen zu

den einzelnen Projektaktivitäten sind über die regionalen Projektkoordinatorinnen und Projektkoordinatoren erhältlich.

Projekte in der Umsetzung in Wolfenbüttel

Projektaktivitäten	Projektziel	Aktueller Stand
Überleitungsmanagement	<p>Die Überleitung vom Krankenhaus in die stationäre oder ambulante Behandlung soll optimiert werden.</p> <p>Ziel ist die Sicherstellung der Medikation beim Übergang vom Krankenhaus in stationäre/ ambulante Einrichtungen oder die häusliche Umgebung an kritischen Entlassungstagen.</p>	<p>Die Arbeitsgruppe hat die Anforderungen an die Software „ordermed“ definiert und an die Programmierer weitergeleitet. Diese haben der AG Muster-Fax-Formulare zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung gestellt. Um die Finanzierung sicher zu stellen, soll das Projekt auf das Klinikum Wolfsburg ausgedehnt werden. Gespräche mit dem Ärztlichen Direktor haben stattgefunden. Weitere Fördermittel sollen zur Sicherstellung der Projektfinanzierung akquiriert werden.</p>
Nachwuchsgewinnung in der Pflege	<p>Stärkung der Nachwuchsgewinnung für Pflegeberufe</p> <p>Durch intensivierte regionale Zusammenarbeit (Pflegeeinrichtungen, Bundesagentur für Arbeit, Landkreis, Schulen) und gemeinsame Initiativen soll Nachwuchs für Pflegeberufe gewonnen werden.</p>	<p>Die AG hat zwei Zukunftswerkstätten „Gesundheitsberufe“ durchgeführt. Zukünftig soll das Format etwas verändert werden, indem die Zukunftswerkstatt an einzelnen Schulen durchgeführt wird.</p> <p>Darüber hinaus hat die AG ein Vario-Praktikum für Schülerinnen und Schüler im Landkreis (LK) Wolfenbüttel konzipiert. Eine Kooperation zwischen Heilerziehungspflege, Krankenpflege und Altenpflege soll ein kombiniertes Schülerpraktikum für alle drei Berufe ermöglichen. In einem Evaluationstreffen wurde die Veranstaltung ausgewertet. Das Praktikumsangebot wird beworben.</p>
Nachwuchsgewinnung Ärztinnen und Ärzte	<p>Hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum verbessern bzw. sicherstellen. Der Landkreis Wolfenbüttel ist einer von vier Landkreisen in Niedersachsen, der aktuell von einer Unterversorgung im hausärztlichen Bereich bedroht ist.</p>	<p>Identifizierung zentraler Orte für die künftige Hausarztversorgung in den Samtgemeinden, so dass der Versorgungsatlas des Landkreises weiter spezifiziert werden kann.</p> <p>Es wurden verschiedene Bausteine zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung erarbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Samtgemeindenexposé</i> Das Samtgemeindenexposé wurde erstellt und mit der Stellenbörse der KVN verlinkt. Es stellt die einzelnen Gemeinden als Wohn- und Lebensorte vor. - <i>Verbundweiterbildung</i> Ziel ist eine lückenlose Organisation der Facharztweiterbildung zum Facharzt / Fachärztin für Allgemeinmedizin in der Region im Verbund von stationärer und ambulanter Weiterbildung. Die Verbundweiterbildung ist etabliert worden. Die AG hat getagt und begleitet die Weiterbildung.

Projektaktivitäten	Projektziel	Aktueller Stand
Bereitschaftsdienst-optimierung	Zentralisierung des Bereitschaftsdienstes	Die Bereitschaftsdienstpraxis am Klinikum Wolfenbüttel hat am 01.03.2012 ihre Arbeit aufgenommen.
Krisencard	Versorgung von psychisch erkrankten Menschen verbessern. Mit der Krisencard sollen chronisch psychisch kranke Menschen unterstützt werden, Vorkehrungen für den Fall von Notfalleinweisungen zu treffen. Sie dient der besseren Verständigung zwischen Patientinnen und Patienten, Klinik und sozialem Umfeld und erleichtert im Notfall die Kommunikation.	Die Krisencard wurde unter Beteiligung von ca. 60 Personen der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Ausgabe an interessierte Psychiatrie-Erfahrene erfolgt kontinuierlich auf Nachfrage.
Hilfe bei psychischen Problemen und Erkrankungen – Wegweiser für Ratsuchende im Landkreis WF	Versorgung von psychisch erkrankten Menschen verbessern. Einfache und schnelle Information für Betroffene und Angehörige durch Bündelung entsprechender Informationen auf einer Webseite.	Die Konzeption der Webseite, die Datenerfassung sowie die Logo- und Webseitenerstellung sind abgeschlossen. Zukünftig liegt die inhaltliche Verantwortung beim Sozialpsychiatrischen Verbund.
Rollende Arztpraxis	Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen. Neben der ambulanten und stationären Versorgung soll die mobile Versorgung als dritte Säule erprobt werden. Das Arztmobil soll niedergelassene Hausärzte unterstützen und sie von Haus- und Heimbisuchen entlasten.	Die rollende Arztpraxis hat seit dem 06. August 2013 den Betrieb aufgenommen. Informationen zur rollenden Arztpraxis (Fahrzeiten, Orte, etc.) sind auf der Webseite www.rollende-arztpraxis.de einsehbar. Das Projekt wird weiter begleitet, evaluiert und die Haltezeiten bzw. -stellen werden je nach Bedarf angepasst.
Präventionsführer Landkreis Wolfenbüttel	Verbesserung des Informationsangebots zu Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen im Landkreis.	Der Präventionsführer bietet einen Überblick zu bestehenden Angeboten in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Beratung. Anbieterinnen und Anbieter sowie Institutionen können gezielt nach Ort und Zielgruppe in den genannten Bereichen gesucht werden. Der Präventionsführer ist ein Onlineangebot und einsehbar unter: http://gesundheitsregion-wolfenbuettel.de/?work=praeventionsfuhrer-landkreis-wolfenbuettel

Projektaktivitäten	Projektziel	Aktueller Stand
Leben mit Demenz – verstehen, schützen und begleiten	Die Selbstständigkeit von Demenzerkrankten im Alltagsleben soll gefördert werden. Das Projekt hat zum Ziel, in der ländlichen Region demenzfreundliche Lebensumwelten zu schaffen und die Sicherheit in der Begegnung mit Demenzerkrankten zu stärken. Dafür werden unterschiedliche Berufsgruppen im Umgang mit Demenzerkrankten geschult.	Demenz-Basis-Schulungen haben in den Gemeinden des Landkreises stattgefunden. Mithilfe eines Evaluationsfragebogens soll das Angebot stetig angepasst werden. Neben den Basis-Schulungen wurden Multiplikatorenschulungen durchgeführt. Die Abschlussveranstaltung fand Ende November 2013 statt. Für 2014 ist die Fertigstellung eines Demenzwegweisers für den Landkreis Wolfenbüttel geplant.
Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Setting Gesund Leben Lernen	Ziel ist, die „Organisation Schule“ zu einer gesunden Lebenswelt für alle in ihr Arbeitenden und Lernenden zu entwickeln.	Gesund Leben Lernen (GLL) ist ein Kooperationsprojekt zwischen den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der LVG & AFS Nds. e. V. Es zielt darauf ab, die „Organisation Schule“ zu einer gesunden Lebenswelt für alle in ihr Arbeitenden und Lernenden zu entwickeln. Das Projekt wurde im Rahmen der Schulleiterkonferenz im Oktober 2012 vorgestellt. Eine Schule im Landkreis setzt GLL bereits um. Das Interesse bei den übrigen Schulen sollte weiter konkretisiert werden.
Gesundheitsprojekt Mit Migranten für Migranten (MiMi)	Ziel des Projekts ist die Stärkung der Eigenverantwortung bei Menschen mit Migrationshintergrund, um ihnen den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem zu erleichtern.	In Kooperation mit dem Wolfenbütteler - Netzwerk für Integration wurden Gesundheitsinformationsveranstaltungen in verschiedenen Migrantengruppen im Landkreis Wolfenbüttel geplant und durchgeführt. Diese stießen auf große Resonanz, so dass auch für 2014 weitere Mediatoren Einsätze organisiert werden sollen.
Gesundheitsförderung im Stadtteil	Ziel ist, das Thema „Gesundheit“ in neue Sozialräume des Landkreises zu implementieren. Ein praxistaugliches und niedrigschwelliges Angebot im Stadtteil Nord Ost soll implementiert werden. Eine Sensibilisierung der Akteurinnen und Akteure zum Thema „Gesundheit im Stadtteil“ wird erfolgen.	Für den Stadtteil Nord-Ost (Juliusstadt) wurde ein niedrigschwelliges Angebot für die Bewohnerinnen und Bewohner erarbeitet: Es gibt drei Module à drei Kurseinheiten zu den Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung. Die Module wurden im 2. Halbjahr 2013 durchgeführt. Eine Auswertung sowie die Prüfung und Planung der Weiterführung des Angebotes ist für Anfang 2014 geplant.

Satellitenprojekte		
Betriebliches Gesundheitsmanagement beim Landkreis Wolfenbüttel	Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliche Arbeit und Organisation (BGM)	Das Projekt wurde in die Linie überführt. Es erfolgte eine Verknüpfung von Arbeitsschutz, Suchtberatung, Gesundheitsförderung und BGM-Koordination. Am 10.09.2013 wurde eine Führungskräfteveranstaltung durchgeführt. Zusätzlich soll ein Führungskräfteentwicklungskonzept zu Führung, Strategie und Gesundheit entwickelt werden. Eine Projektbilanz wurde erstellt und nächste Schritte vereinbart. Für 2014 sind ein Gesundheitstag und eine Mitarbeiterbefragung geplant.

Perspektiven

Durch das Projekt wurde eine bessere Transparenz über Verantwortlichkeiten und Akteurinnen und Akteure in der Region geschaffen. Dies war und ist die Grundlage für die Zusammenarbeit und Vernetzung zu den unterschiedlichen Versorgungs- und Gesundheitsthemen und soll auch zukünftig beibehalten werden.

Die Organisationsstruktur des Projektes besteht im Landkreis Wolfenbüttel aus der regionalen Steuerungsgruppe und den regionalen Arbeitsgruppen (AG), die den Projektverlauf maßgeblich gestalteten.

Bei den geschaffenen Arbeitsstrukturen wurde darauf geachtet, die bereits bestehenden Arbeitsgruppen/Arbeitsstrukturen mit einzubeziehen und gleichzeitig für alle Ideen und Interessierte offen zu sein.

Die Steuerungsgruppe hat vereinbart, die Arbeit im Jahr 2014 fortzusetzen.

Die Arbeitsgruppen werden teilweise fortgeführt, in bestehende Arbeitsgruppen überführt oder haben mit dem Abschluss der Projekte die Arbeit beendet.

AG 1 Überleitungsmanagement

Es bestand bereits vor dem Projekt eine Arbeitsgruppe. Diese hat sich für den Projektzeitraum für neue Mitglieder geöffnet. Die AG setzt ihre Arbeit fort (wie vor dem Projekt).

AG 1 Nachwuchsgewinnung Pflege

Die AG hat sich neu gegründet und setzt die Arbeit weiterhin fort.

AG 1 Nachwuchsgewinnung Ärztinnen und Ärzte

Die Treffen wurden nach der Umsetzung der Projektideen eingestellt.

AG 1 Bereitschaftsdienstopтимierung

Durch Zielerreichung der AG wurde die Arbeit der AG abgeschlossen.

AG 2 Gesundheitsförderung und Prävention

Zu diesem Thema wurde keine feste AG etabliert. Es wurde themen- und projektspezifisch gearbeitet. Die Projektgruppen laufen noch.

AG 3 (a) Psychische Gesundheit

Die AG beendet nach Umsetzung des Projektes die Arbeit. Die meisten Mitglieder sind im Sozialpsychiatrischen Verbund integriert.

AG 3 (b) Demenz

Die AG wird mit der Gerontopsychiatrischen Fachgruppe des Sozialpsychiatrischen Dienstes zusammengeführt und setzt die Arbeit fort.

AG 4 Hospiz + Palliativ

Der Runde Tisch Hospiz und Palliativ bestand bereits vor Projektbeginn und wurde als AG eingebunden. Die Aktivitäten im Rahmen des Projektes gaben neue Impulse und Anstöße für die weitere Arbeit über das Projektende hinaus.

AG 5 Mobilität und Infrastruktur

Die Unterarbeitsgruppe „Rollende Arztpraxis“ bleibt mindestens bis zum Projektende 2014 bestehen und setzt die Arbeit fort.

Das Projekt „Zukunftsregion Gesundheit“ wurde im Landkreis Wolfenbüttel um ein Jahr verlängert. Eine Verstärkung des Projektes im Landkreis ist geplant.

Weitere Informationen

Auf der Webseite www.gesundheitsregion-wolfenbuettel.de sind weitere Informationen zu dem Projekt einsehbar.

5. Überregionale Aktivitäten

5.1 Prozessbegleitung durch die LVG & AFS Nds. e. V.

Die LVG & AFS Nds. e. V. initiierte und organisierte diverse überregionale Aktivitäten im Rahmen der Prozessbegleitung.

Auf überregionaler Ebene wurden regelmäßig Arbeitsgespräche für die Projektleiterinnen und -leiter sowie für die Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren durchgeführt. Ziel dieser Arbeitsgespräche war der regelmäßige Austausch auf der operationalen Ebene. Thematisiert wurden Arbeitsroutinen sowie die Projektaktivitäten in den Regionen. Der Austausch unterstützte den regionalen Projektprozess, weil Handlungsbedarfe sichtbar gemacht und gemeinsam Lösungsstrategien für Problemlagen entwickelt

wurden. Im Anschluss an diese Gespräche erfolgten in der Regel Arbeitsgespräche mit den Hauptkooperationspartnern. Im Rahmen dessen wurden mögliche Unterstützungsbedarfe bei Projektaktivitäten vor Ort, die durch die landesweiten Partnerinnen und Partner geleistet werden konnten, thematisiert. Zudem stärkte der Austausch die Kooperation zwischen den Projektbeteiligten. Insgesamt haben 11 Gespräche stattgefunden.

Seit Beginn des Jahres 2012 wurden sieben Schulungen zu abgestimmten Themen für die Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren sowie für die Projektleiterinnen und -leiter durchgeführt. Diese Schulungen wurden in einem vierteljährlichen Rhythmus organisiert. Folgende Veranstaltungen fanden statt:

Datum	Thema	Referentin/ Referent
23.02.2012	Telemedizin	Jörg Reytarowski und Kai Wedemeyer, AOK Niedersachsen
10.07.2012	Delegation ärztlicher Leistungen	Dr. Karsten Scholz, ÄKN
08.10.2012	Fördermöglichkeiten aus Programmen des Ministeriums für Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz und Landesentwicklung	Henning Isensee, Niedersächsisches Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz und Landesentwicklung
04.03.2013	Patientenorientierung	Dr. Gabriele Seidel, MHH
08.05.2013	Patientenneuaustrichtungsgesetz	Sascha Engelke, vdek/ Heiko Rode, AOK
28.08.2013	Bedarfsplanung	Rolf Hufenbach, KVN
09.12.2013	Delegation ärztlicher Leistungen an Pflegepersonal	Michael Lorenz, bpa Niedersachsen

Abb. 4
Schulungsthemen

(Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., 2013)

Darüber hinaus wurden fünf Workshops durchgeführt. Vier Workshops wurden zur prozessbegleitenden Evaluation organisiert mit dem Ziel, den Projektverantwortlichen vor Ort die wesentlichen Elemente dieser Evaluation zu

vermitteln. Ein weiterer Workshop wurde zum Thema „Verbesserung und Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum mit dem Schwerpunkt Mobilität“ initiiert. Der Austausch diente dazu, Möglichkeiten und Ansatz-

punkte zu diskutieren, inwieweit die Bereiche Gesundheitsversorgung und Mobilität/Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV) miteinander verknüpfbar sind. Hintergrund waren die Diskussionsergebnisse aus dem Forum der ersten landesweiten projektbezogenen Fachtagung. Im Rahmen des Workshops wurde festgehalten, dass das Thema Mobilität landkreisübergreifend angegangen und Partnerinnen und Partner auf Landesebene miteinbezogen werden müssten. Aus diesem Prozess hat sich dann das Projekt „Mobilität in den Landkreisen Wolfenbüttel und Helmstedt“ ergeben, welches seit dem 01.01.2013 in den beiden Landkreisen umgesetzt wird.

Zudem fanden zwei Arbeitsgespräche mit den am Projekt beteiligten Krankenkassenvertretern statt. Ziel dieser Arbeitsgespräche war, die Kooperationsbereitschaft zwischen den verschiedenen Krankenkassen zu intensivieren und potenzielle Unterstützungsangebote für die Zukunftsregionen zu erarbeiten. Eine gemeinsame Datenerhebung aller Kassenvertretenden wurde durchgeführt, um konkretere Daten für den Pflegebereich zu eruieren.

Im Auftrag des Sozialministeriums wurden jährlich auf Landesebene Fachtagungen durchgeführt, die einen überregionalen Informationsaustausch ermöglichten. Es wurden nicht nur niedersachsenweit, sondern bundesweit agierende Akteurinnen und Akteure eingeladen. So konnte innerhalb und außerhalb Niedersachsens über den Projektstand informiert und ein

Austausch zwischen verschiedenen Institutionen angeregt werden. Der im Herbst 2012 herausgegebene Zwischenbericht bietet einen Überblick zu den bis dato initiierten Projekten und Aktivitäten in den Regionen und den Entwicklungen auf Landesebene. Auf der Webseite der LVG & AFS Nds. e. V. sowie der Webseite des Sozialministeriums wird der Zwischenbericht zum Download angeboten.

Mittels eines projekteigenen Onlinenewslatters wurden Informationen über den Projektprozess der interessierten Fachöffentlichkeit auf Regional- und auch auf Landesebene zur Verfügung gestellt. Das Instrument wurde sehr gut angenommen. Rund 150 Personen haben den Onlinenewslatter auf direktem Weg regelmäßig erhalten.

Im Rahmen des Projektes wurden zudem zwei Handreichungen durch die LVG & AFS Nds. e. V. erarbeitet. Mit der Handreichung „Gesundheitsregionen in Deutschland“ sollen bestehende Ansätze im Rahmen der Gesundheitsversorgung transparent gemacht werden, um zum einen die Vielfalt an bestehenden Initiativen aufzuzeigen und zum anderen zum Austausch anzuregen. Die Handreichung „Maßnahmen zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung“ führt die bereits bestehenden Maßnahmen in den einzelnen Regionen zur Nachwuchsgewinnung auf und soll Regionen mit ähnlichen Bedarfslagen als Unterstützung dienen. Diese Dokumente stehen auch auf der Webseite der LVG & AFS Nds. e. V. zum Download zur Verfügung.

Wie bereits erwähnt, wurden durch Zukunftsregionen Gesundheit Aktivitäten angestoßen, die nicht unmittelbar in Projektanträgen mündeten und ohne Bewilligung der Steuerungsgruppen sowie finanzielle Unterstützung umgesetzt werden konnten. Das Projekt hat deutlich gezeigt, dass die Einbindung verschiedener hierarchischer Ebenen (Landesebene, Kommunalebene) für die Projektgestaltung förderlich ist: So konnte beispielsweise das bereits genannte Projekt „Mobilität im ländlichen Raum“ in den Landkreisen Wolfenbüttel und Helmstedt initiiert werden. Wie bereits erwähnt, wurde das Thema Mobilität und Gesundheit in einem Workshop im Februar 2012 weitergehend diskutiert. Die Erkenntnis war, dass Mobilität nur in einem begrenzten Rahmen in den Kommunen gestaltet werden kann. Vielmehr müssen auch die zuständigen Organisationen auf Landesebene

bei der Gestaltung von Mobilität in den Kommunen einbezogen werden. Diese Ergebnisse wurden in den landesweiten Beirat gegeben und Unterstützungsmöglichkeiten durch das Landwirtschaftsministerium generiert. So nahmen die Landkreise Wolfenbüttel und Helmstedt im Dezember als Modellregionen im Rahmen des Projektes „Mobilität im ländlichen Raum“ ihre Arbeit auf. Diese Regionen wurden aufgrund der bereits bestehenden Konzepte zur Mobilitätsgestaltung, u. a. im Rahmen der Ausschreibung des Aktionsprogramms „Modellvorhaben der Raumordnung“ (MORO), ausgewählt. Weitere Informationen zu dem Projekt sind auf der Projektwebseite www.mobil-im-landkreis.de abrufbar.

Die Abbildung 5 stellt überblicksartig die vielfältigen Projektaktivitäten auf Landes- und Regionalebene dar.

Abb. 5
Darstellung der
Projektaktivitäten



(Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., 2013)

Darüber hinaus wurde das Modellprojekt in der Datenbank des Projektes „Innovative Gesundheitsmodelle (InGe)“ des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, aufgenommen. Ziel des Projektes „InGe“ ist eine deutschlandweite Bestandsaufnahme neuer Konzepte der gesundheitlichen Versorgung und die Analyse von Voraussetzungen für ihre Übertragbarkeit auf andere Regionen. Ausführliche Beschreibungen der Modelle werden in einer Datenbank gesammelt und über die Homepage der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Unter www.innovative-gesundheitsmodelle.de sind weitere Informationen einsehbar.

5.2 Landesweiter Beirat

Die erste konstituierende Sitzung der landesweiten Steuerungsgruppe fand am 08. Februar 2011 im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung statt. Die Projektinformation sowie die Erörterung von Handlungsmöglichkeiten standen im Fokus der Sitzung.

Die zweite Sitzung der landesweiten Steuerungsgruppe fand am 10. Mai 2011 im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung statt. Thematisiert wurden der aktuelle Ist-Stand in den drei Modellregionen sowie die aktuellen Entwicklungen auf Landesebene. Das Evaluationskonzept sowie das Konzept zur ersten landesweiten Fachtagung waren ebenfalls Gegenstand des Gesprächs.

Da sich die landesweite Steuerungsgruppe von der Zusammensetzung der beteiligten Institutionen nur marginal zum landesweiten Beirat unterschied und sich zeigte, dass ein landesweites Gremium für die erforderliche Begleitung der Zukunftsregionen ausreichte, wurde einstimmig über die Zusammenführung dieser beiden Gremien in der dritten Sitzung am 03. November 2011 entschieden. Die landesweite Steuerungsgruppe wurde dann in den landesweiten Beirat umbenannt und um die Mitglieder des Beirats erweitert, die bislang noch nicht vertreten waren. Dazu gehören unter anderem auch die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Landesarbeitsgemeinschaft der Privaten Pflegeeinrichtungen Niedersachsen sowie die Apothekerkammer Niedersachsen. Die vierte Beiratssitzung fand am Donnerstag, den 24. Mai 2012 in Hannover statt. Neben der Vorstellung der Projektaktivitäten durch die Landkreisvertretungen wurden weitere durch die LVG & AFS Nds. e. V. organisierte Projektaktivitäten erörtert. Zudem wurden das vorläufige Konzept für die zweite landesweite Fachtagung sowie der Ist-Stand im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitevaluation vorgestellt.

5.3 Evaluation

Die wissenschaftliche Begleitforschung wurde vom Bereich Evaluation und Praxisforschung der LVG & AFS Nds. e. V. durchgeführt. Zu Projektbeginn wurden zunächst Arbeitsgespräche mit Vertretenden der Medizinischen Hochschule Hannover und der Universität Bremen geführt.

Aber aufgrund des engeren Praxisbezugs und der direkt nutzbaren Evaluationsergebnisse wurde die LVG & AFS Nds. e. V. mit der Abschlussevaluation im dritten Projektjahr beauftragt.

Das Erhebungsdesign der Evaluation entsprach einer qualitativen retrospektiven Fallstudie. Ziel der Evaluation war es, die Entwicklungen und Ergebnisse der ZRG sowie jene Faktoren, welche fördernd und hemmend auf diese Entwicklungen wirkten, zu identifizieren. Zudem wurden Aspekte untersucht, die auf die Verstetigung wie auch auf die Übertragbarkeit der entwickelten Lösungen Einfluss nahmen. Für die Beantwortung der Evaluationsfragen wurden die subjektiven Bewertungen und Sichtweisen der mittelbar und unmittelbar beteiligten Akteurinnen und Akteure als maßgeblich zugrunde gelegt. Diese Akteurinnen und Akteure nahmen in Rahmen der Evaluation die Rolle von Expertinnen und Experten ein, die umfassendes Wissen zu den Prozessen und Ergebnisse der Intervention Zukunftsregionen Gesundheit besitzen. Zur systematischen Erfassung und Darstellung dieses Wissens wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt. Es wurden 15 qualitative Interviews und drei Fokusgruppen umgesetzt, welche sich zu gleichen Anteilen auf die drei Regionen verteilten. Die vollständigen Transkripte wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse zugeführt und mittels eines Kategoriensystems aufbereitet. Weiterführende Informationen gibt der im Herbst 2014 vorgelegte 105-seitige Evaluationsbericht. Unter www.gesundheit-nds.de steht dieser zum Download zur Verfügung.

Die prozessbegleitende Evaluation erfolgte in Form einer Selbstbewertung. Sie wurde unterstützt durch die AOK Niedersachsen. Das Selbstbewertungsmodell ermöglicht als „offenes System“ den „Zukunftsregionen Gesundheit“ die eigenverantwortliche Ausgestaltung ihrer Ziele und Vorgehensweisen und fördert den Aufbau eines entwicklungsfähigen Gesamtsystems, nicht nur die Umsetzung spezifischer Einzelmaßnahmen. Insgesamt sollte es dazu beitragen, die Effektivität und Effizienz sicherzustellen und entscheidungsunterstützend zu wirken. Durch die Selbstbewertungen sollten im Prozess direkte Rückmeldungen zur eventuellen Justierung der Vorgehensweise sichtbar werden. Dabei wurden zwischen Voraussetzungen, die der Zieler-

reichung dienen sollen und Ergebnissen, die den Erfolg und / oder Verbesserungspotenziale aufzeigen sollen, unterschieden. Das Verfahren ist in Anlehnung an nationale wie internationale Excellence-Konzepte wie das der European Foundation for Quality Management (EFQM) entwickelt worden. Insgesamt wurden zwei Selbstbewertungen durchgeführt. Im Rahmen der prozessbegleitenden Evaluation wurden in jedem Landkreis Gesundheitsziele definiert, die im weiteren Projektverlauf verfolgt wurden. Die Gesundheitsziele stellten eine Art Unterziel zu den vorgegebenen Projektzielen dar. Die Formulierung von Gesundheitszielen trug dazu bei, den Projektprozess weitergehend zu strukturieren.

6. Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse

Die Evaluation des Projektes „Zukunftsregionen Gesundheit“ ergab ein umfassendes Bild der realisierten Entwicklungen und Ergebnisse, sowie der Faktoren, die diese Entwicklungen gefördert bzw. behindert haben. Weiterhin wurden Aspekte, die sich auf die Verstetigung wie auch die Übertragung der Projektaktivitäten auswirken, identifiziert. Im folgenden werden die Ergebnisse der Evaluation stark zusammengefasst dargestellt. Für einen vollständigen Einblick in die Evaluationsergebnisse ist der Evaluationsbericht der LVG&AFS heranzuziehen.

Die **Ergebnisse** zeigen hohe Übereinstimmungen bei der Betrachtung der Entwicklungen sowie der fördernden und hemmenden Faktoren in allen drei Modellregionen, was die Gültigkeit der erarbeiteten Ergebnisse unterstreicht. In allen drei Regionen zeigte sich ein Zuwachs an Strukturbildung und Vernetzung der Akteurinnen und Akteure. In diesem Rahmen konnten eine Vielzahl von tragfähigen Problemlösungsstrategien entwickelt und konkrete Projekte realisiert werden. Ebenfalls hat in allen drei Regionen ein umfassender Rollenwandel der Kommunen hin zu einer aktiven moderierenden und gestaltenden Funktion bezüglich der regionalen Gesundheitsversorgung stattgefunden.

Zu den **förderlichen Faktoren** zählte unter anderem die hohe politische Priorisierung des Projekts in den Landkreisen. Diese Priorisierung schaffte einerseits die nötigen Gestaltungsräume für die Entfaltung der Projektentwicklungen, andererseits aber auch einen Handlungsdruck, der die Aktivitäten beschleunigte. Weitere för-

derliche Faktoren waren das hohe persönliche Engagement der beteiligten Akteurinnen und Akteure, das Hinwegsehen über institutionelle Eigeninteressen und die Bereitstellung finanzieller Mittel. Ferner leistete die Benennung zentraler Koordinatorinnen und Koordinatoren für die Kommunikation und Aktivitäten in den Kommunen einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Projekts. Unabhängig von der Frage zusätzlicher Personalkosten haben sich die Zukunftsregionen für den Erhalt der Funktionen über die eigentliche Projektlaufzeit hinaus entschieden.

Zu den **hemmenden Faktoren** zählten mitunter die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Gesundheitsversorgung, welche kreative und innovative Projektideen und Handlungsspielräume begrenzten. Es bleibt abzuwarten, ob und wie die auf Bundesebene angekündigte Überarbeitung der gesetzlichen Bestimmungen für die integrierten und selektiven Versorgungsformen in der Praxis Vorteile für die Umsetzung von Modellprojekten wie den Zukunftsregionen Gesundheit bringt. Ein weiterer hemmender Faktor betraf die ungenügende empirische Basis zur Ermittlung von Bedarfen und Bedürfnissen in den Regionen. Alternativ wurden im Rahmen des Projekts auf Expertenmeinungen und die bestehende Datengrundlage zurückgegriffen. Für eine systematische Entwicklung von teilweise durchaus kostenintensiven Modellinterventionen bedarf es einer verlässlichen empirischen Basis, zum Beispiel durch einen landesweiten Gesundheitszieleprozess, in dessen Rahmen kontinuierlich Daten erhoben werden.

Die Kommunikation zwischen der Ebene der Steuerungsgruppen und der Ebene der Arbeitsgruppen im Rahmen der Antragsbearbeitung wurde teilweise als verbesserungsfähig beschrieben. Insbesondere die zugrunde liegenden Bewertungskriterien und die Vermittlung der Begutachtungsergebnisse wurden von einzelnen Befragten als intransparent erlebt.

Eine ausgeprägte **Ambivalenz** zeigte sich bei den Befragten in Bezug auf die Themenfindung beziehungsweise Themenvorgabe zu Beginn des Projekts in den drei Regionen. Ein breiter Einbezug der Akteure, wie er in einer Region mittels der Open-Space-Methode praktiziert wurde, kostet Zeit, Geduld und personelle Ressourcen, kann jedoch die Akzeptanz und Wirksamkeit der entwickelten Maßnahmen fördern. Regionen, die Themenschwerpunkte von Beginn an stärker vorgaben, gelang es hingegen, die Themenfindungsphase zu verkürzen.

Die **Verstetigung** der Projektaktivitäten über die Projektlaufzeit hinaus wurde in vielen regionalen Projekten frühzeitig thematisiert und in der Umsetzung berücksichtigt. Die Akteure sind sich bewusst, dass für die Sicherung der Nachhaltigkeit weitere Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Diese umfassen zum Beispiel die Aufrechterhaltung der hohen politischen Priorisierung des Projektes wie auch der Erhalt einer Koordinierungsstelle in jeder Region.

Das Gesamtprojekt sowie viele der realisierten regionalen Einzelprojekte bieten sich aufgrund ähnlicher Probleme für die **Übertragung** in andere Regionen an. Die drei Modellregionen können dabei neue Gesundheitsregionen unterstützen, zum Beispiel mittels Hospitationen oder einer aufgebauten Datenbank, die erfolgreichen Interventionsmodelle in ihrer Region nachzuahmen.

Die Ergebnisse der Evaluation verdeutlichen, dass im Rahmen des Projektes „Zukunftsregionen Gesundheit“ eine Vielfalt an innovativen Ideen im Bereich der regionalen Gesundheitsversorgung angestoßen und umgesetzt werden konnte. Die Kommunen haben innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit einen positiven Rollenwandel im Hinblick auf die Koordination der regionalen Gesundheitsversorgung durchlaufen. Die sektorenübergreifende Kooperation vieler relevanter Akteurinnen und Akteure ist als großer Erfolg des Projektes zu bewerten. Für die Zukunft wäre wünschenswert, dass die drei Modellregionen ihre Projektaktivitäten dauerhaft weiterführen und weitere Regionen mit ähnlichen Problemlagen von den hier gewonnenen Erkenntnissen profitieren und eigene Gesundheitsregionen etablieren.

7. Abschließende Bewertung

Insgesamt bot das Projekt den Regionen die Chance, den Bedarf in den einzelnen Versorgungsbereichen neu zu überdenken und mit Beteiligung aller notwendigen Akteurinnen und Akteure die Entwicklung nachhaltiger und demografiefester Versorgungskonzepte anzugehen. Es ist als Erfolg des Modellprojektes und als Anstoß für eine nachhaltige Entwicklung zu werten, dass die aufgebauten Strukturen in den Regionen fortgeführt werden sollen und auf Grundlage der gemachten Erfahrungen alle niedersächsischen Kommunen beim Auf- und Ausbau von Gesundheitsregionen unterstützt werden sollen. Für eine Bewertung der Nachhaltigkeit muss jedoch ein längerer Zeitraum zugrunde gelegt werden, von daher ist die weitere Entwicklung in den Regionen abzuwarten. Eine Aussage über die tatsächliche Veränderung der Versorgungsqualität sowie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit kann zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund des kurzen Projektzeitraumes ebenfalls noch nicht getroffen werden. Deutlich wurde aber im Projektprozess, dass die Kommunen und Akteurinnen und Akteure vielmehr als bislang für die Notwendigkeit der Koordinierung und Gestaltung der gesundheitlichen Daseinsvorsorge sensibilisiert wurden und diese Aufgaben auch wahrgenommen haben.

Für den dauerhaften Aufbau einer Gesundheitsregion ist von zentraler Bedeutung, dass die verschiedenen Bereiche der regionalen Daseinsvorsorge in den Entwicklungsprozess hin zu einer Gesundheitsregion einbezogen und nicht nur einzelne Bereiche bearbeitet werden. Zudem sollten die Patienten-/ Bürgerbedürfnisse inten-

siver in den Entwicklungsprozess aufgenommen und berücksichtigt werden. Dieses sollte noch stärker als bislang in die Aktivitäten und das Bewusstsein der handelnden Akteurinnen und Akteure einfließen, so dass die Region von allen Gesellschaftsmitgliedern als Gesundheitsregion wahrgenommen wird. Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt und auch andere Praxiserfahrungen in Gesundheitsregionen haben gezeigt, dass Gesundheit mit vielen anderen Bereichen verflochten ist, bspw. Mobilität, Bildung und Wirtschaft. Mit der Einbindung der kommunalen Ebene als Moderatorin des Strukturentwicklungsprozesses kann eine Kooperation zwischen den verschiedenen Bereichen initiiert und langfristig ein Beitrag zu der so dringend geforderten sektorenübergreifenden Versorgung geleistet werden.

Die Erfahrungen des Modellprojektes werden beim neuen Projekt der Landesregierung „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ einfließen. Zudem konnten aufgrund der positiven Ergebnisse weitere Kooperationspartner für die Gesundheitsregionen Niedersachsen gewonnen werden, die sich sowohl finanziell als auch personell einbringen. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass eine landesweite Koordination und Prozessbegleitung notwendig ist, um den Transfer der Erfahrungen aus den Regionen in andere Regionen zu gewährleisten, Qualitätsstandards zu setzen und ein Ergebnis Monitoring voranzutreiben. Dieses wird bei den Gesundheitsregionen Niedersachsen aufgegriffen. Die LVG & AFS Nds. e. V. berät und unterstützt im Auftrag des Sozialministeriums alle interessierten Regionen beim Aufbau einer Gesundheitsregion.

II. Quellenverzeichnis

Badura, B./ Schnabel, M./ Wilking, P./ v. d. Knesebeck, O./ Zamora, P. (2000): Kooperation und Netzwerksteuerung in kommunalen Gesundheitskonferenzen. In: Dahme, H.-J./ Wohlfahrt, N. (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat: Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin: edition Sigma Rainer Bohn Verlag, S. 187-200.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (o. J.):

Modellprojekt Regionale Gesundheitskonferenzen. Online abgerufen am 07.02.2014 unter:

www.lgl.bayern.de/gesundheitsversorgung/gesundheitskonferenzen/index.htm

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) (2013): Qualitätswettbewerb Gesundheitsregionen Bayern, Leitfaden, München. Online abgerufen am 27.01.2014 unter:

www.bestellen.bayern.de/application/stmug_app000033?SID=253995857&ACTIONxSESSxSHOWPIC%28BILDxKEY:stmug_gesund_00039,BILDxCLASS:Artikel,BILDxTYPE:PDF%29

Bertelsmann Stiftung (2013): Faktencheck Gesundheit. Online abgerufen am 04.12.2013 unter:

www.faktencheck-gesundheit.de

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2013): Mit Gesundheitsregionen Innovationspotenziale heben. Online abgerufen am 24.11.2013 unter:

www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4884.php

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2013a): Gesundheitsregionen der Zukunft. Online abgerufen am 24.11.2013 unter:

www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/2269.php

Burgi, M. (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. In: Huster, S./ Schnapp, F. E./ Kaltenborn, M. (Hrsg.): Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht. Band 15. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Dahlbeck, E./ Evans, M./ Potratz, W. (2013): Neue Wege in der Strukturpolitik: Gesundheitswirtschaft als regionales Entwicklungsfeld. In: von Bandemer, S. et al. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft im Wandel – Modernisierungsfelder, Gestaltungsherausforderungen und Forschungsfragen, 15. Studientext. Weiterbildender Fernstudiengang Master of Health Administration. Bielefeld, S. 167 – 180.

George, W. (2009): „Gesundheitsregionen“ und „Regionale Gesundheitsversorgung“. In: Hellmann, W./ Eble, S. (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren: Kooperationen erfolgreich planen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbh & Co. KG, S. 293 – 307.

George, W. (2007): Regionale Gesundheitsversorgung als Chance zukunftsfähiger Ziel- und Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen. In: George, W./ Bonow, M. (Hrsg.): Regionales Zukunftsmanagement. Band 1: Gesundheitsversorgung. Lengerich: Pabst Science Publisher, S. 25 - 41.

Goldschmidt, A. J. W./ Hilbert, J. (2009): Von der Last zur Chance – Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In: Goldschmidt, A. J. W./ Hilbert, J. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Die Zukunftsbranche. Band 1. Wegscheid: WIKOM (kma reader. Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft und Management), S. 20-40.

Hilbert, J./ Kluska, D. (2011): Gesundheit als Zukunftsfaktor in Regionen. In: Bachinger, M. / Pechlauer, H./ Widuckel, W. (Hrsg.): Regionen und Netzwerke, Kooperationsmodelle zur branchenübergreifenden Kompetenzentwicklung. 1. Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 223-243.

LVG & AFS Nds. e. V. (2013): Handreichung Gesundheitsregionen in Deutschland, Hannover.

Meier, B. (2009): Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen – Strukturen und Innovationen durch Clustermanagement fördern. In: Goldschmidt, A. J. W./ Hilbert, J. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Die Zukunftsbranche. Band 1. Wegscheid: WIKOM (kma reader. Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft und Management), S. 566 – 582.

Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (2013): Gesundheitswirtschaft im Aufbruch. Online abgerufen am 01.12.2013 unter:

www.deutsche-gesundheitsregionen.de

Neubauer, G./ Minartz, C. (2009): Zentrierte Versorgung – Ziele und Optionen. In: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2008/ 2009. Schwerpunkt Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer, S. 3-15.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Kurzfassung. Bonn.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007): Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung. Bonn.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I Finanzierung und Nutzerorientierung, Band II Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten 2003. Kurzfassung. Bonn.

III. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Organisationsstruktur des Projektes Zukunftsregionen Gesundheit	13
Abb. 2 Prozessabläufe in den Zukunftsregionen Gesundheit.....	15
Abb. 3 Kommunikationsstruktur	16
Abb. 4 Schulungsthemen	41
Abb. 5 Darstellung der Projektaktivitäten	44

IV. Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AK	Arbeitskreis
ÄKN	Ärztekammer Niedersachsen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
bpa Nds.	Bundesverband privater Anbieter Niedersachsen
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EKG	Echokardiogramm
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GLL	Gesund Leben Lernen
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
InGe	Innovative Gesundheitsmodelle
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
LINGA	Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag
LK	Landkreis
LVG & AFS Nds. e. V.	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

MHH	Medizinische Hochschule Hannover
MiMi	Mit Migranten für Migranten
MORO	Modellvorhaben der Raumordnung
Nds.	Niedersachsen
NÄPA	Nichtärztliche Praxisassistenz
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünf
StMUG	Bayrisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
UKE	Universitätsklinikum Eppendorf
vdek	Verband der Ersatzkassen

Impressum

Herausgeberin

Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
www.gesundheit-nds.de

Redaktion

Britta Richter
Thomas Altgeld

Druck

Unidruck Hannover

Oktober 2014

