



Monitoring der Gesundheitsregionen Niedersachsen

Bericht zur ersten Erhebungswelle,
Aktivitätszeitraum: 2011 – 2021

Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Gesundheits
regionen
Niedersachsen

Weitere Kooperationspartner der Gesundheitsregionen Niedersachsen:

äkn ärztekammer
niedersachsen

vdek
Die Ersatzkassen

ikkclassic

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

BKK
LANDESVERBAND
MITTE

AOK

Impressum

Herausgeberin:



Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen
Bremen e. V. (LVG & AFS)

Schillerstr. 32

30159 Hannover

www.gesundheit-nds-hb.de

Verfasserinnen und Verfasser (LVG & AFS):

Dr. Maren Preuß

Lea Oesterle

Steffen Scriba

Dr. Claudia Detje

Leonie Herrmann

Dr. Marius Haack

Hannover, Oktober 2023

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Inhaltsverzeichnis..... | 2 |
| 1 Zusammenfassung..... | 4 |
| 2 Einleitung..... | 8 |
| 3 Methodik..... | 12 |
| 3.1 Datenerhebung..... | 12 |
| 3.1.1 Fragebogen zu regionalen Strukturen | 13 |
| 3.1.2 Fragebogen zu regionalen Maßnahmen und Projekten | 14 |
| 3.1.3 Daten aus interner Dokumentation | 14 |
| 3.2 Datenauswertung | 15 |
| 3.3 Wirkungsorientierung..... | 16 |
| 4 Ergebnisse | 20 |
| 4.1 Strukturen der niedersächsischen Gesundheitsregionen | 20 |
| 4.1.1 Themenspektrum | 22 |
| 4.1.2 Strukturelemente..... | 22 |
| 4.1.3 Monetäre Ausstattung | 29 |
| 4.1.4 Öffentlichkeitsarbeit..... | 31 |
| 4.1.5 Wahrnehmung des Strukturaufbaus aus Perspektive der Koordinierungskräfte | 32 |
| 4.2 Projekte und Maßnahmen der niedersächsischen Gesundheitsregionen | 36 |
| 4.2.1 Kosten und Finanzierungsquellen | 38 |
| 4.2.2 Themenbereiche und Dialoggruppen | 40 |
| 4.2.3 Qualitätssicherung und Evaluation | 45 |
| 4.2.4 Zielerreichung | 47 |
| 4.2.5 Nachhaltigkeit | 48 |
| 5 Diskussion | 51 |
| 5.1 Bewertung des methodischen Vorgehens..... | 51 |
| 5.1.1 Erhebung und Stichprobe..... | 51 |
| 5.1.2 Wirkungsorientierung | 52 |
| 5.1.3 Anpassungsbedarfe für zukünftige Monitoringdurchläufe | 53 |

| | | |
|-------|---|-----------|
| 5.2 | Bewertung der Wirkung des Gesamtansatzes | 54 |
| 5.2.1 | Wirkung 1: Relevante Akteure sind vernetzt..... | 54 |
| 5.2.2 | Wirkung 2: Auch Kommune nimmt Einfluss auf Gesundheitsversorgung .. | 55 |
| 5.2.3 | Wirkung 3: Überregionale Vernetzung und Kooperation findet statt | 57 |
| 5.2.4 | Wirkung 4: Regionale Bedarfe werden nachhaltig adressiert | 58 |
| 5.2.5 | Wirkung 5 und 6: Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und Beschäftigte im Gesundheitswesen profitieren | 58 |
| 5.3 | Wirkung des Gesamtansatzes | 60 |
| 5.4 | Handlungsoptionen..... | 61 |
| 5.4.1 | Einbindung aller relevanten Akteure in die Netzwerke der Gesundheitsregionen | 61 |
| 5.4.2 | Reaktivierung nach pandemiebedingten Einschnitten | 63 |
| 5.4.3 | Sicherung einer handlungsfähigen Koordination für alle Gesundheitsregionen | 64 |
| 5.4.4 | Inhaltliche Ausrichtung schärfen..... | 64 |
| 5.4.5 | Flächendeckung erreichen | 65 |
| 5.4.6 | Qualitätssicherung und Evaluation ausbauen..... | 66 |
| 5.4.7 | Projektförderung anpassen | 66 |
| 5.4.8 | Erfolgreiche Projekte landesweit umsetzen | 67 |
| 5.5 | Ausblick | 68 |
| | Abbildungsverzeichnis..... | 69 |
| | Tabellenverzeichnis..... | 70 |
| | Literaturverzeichnis..... | 71 |
| | Anhang 1: Fragebogen zu regionalen Strukturen | 73 |
| | Anhang 2: Fragebogen zu regionalen Maßnahmen und Projekten | 83 |

1 Zusammenfassung

Hintergrund und Vorgehen

Das durch das Land Niedersachsen und die Kooperationspartner AOK Niedersachsen, Ärztekammer Niedersachsen, BKK Landesverband Mitte, IKK classic, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und Verband der Ersatzkassen e. V. geförderte Programm „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ wird seit 2014 umgesetzt. 82 % der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte sind beteiligt. Es zielt auf den Auf- und Ausbau von regionalen Gesundheitsnetzwerken unter Federführung der öffentlichen Verwaltung ab, die abhängig von den regionalen Bedarfslagen an einer Verbesserung der örtlichen Gesundheitsversorgung und -vorsorge arbeiten. In den vergangenen Jahren wurden umfangreiche Strukturen aufgebaut und Projekte und Maßnahmen in den beteiligten Gesundheitsregionen umgesetzt. Damit die Gesundheitsregionen ihr volles Potenzial entfalten können, ist Transparenz über diese Entwicklungen von besonderer Bedeutung. Daher beauftragte das Land Niedersachsen die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen/Bremen e. V. (LVG & AFS) mit der Erstellung des vorliegenden Monitoringberichts, der auf einer Fragebogenerhebung bei den Koordinationskräften und weiteren Projektverantwortlichen aller Gesundheitsregionen basiert.

Ergebnisse

In den Gesundheitsregionen Niedersachsen wurden in den vergangenen Jahren viele erfolgreiche Ansätze verfolgt, die den Aufbau regionaler integrierter Arbeitsstrukturen ermöglicht haben. Dadurch konnten Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention in einem breiten Themenspektrum und mit einer hohen Akteursvielfalt adressiert werden.

- ➔ **Relevante Akteure vernetzen sich sektorenübergreifend:** Durch den Ansatz der Gesundheitsregionen hat sich die Vernetzung zwischen den relevanten Gesundheitsakteuren vor Ort verbessert. Beteiligt sind in fast allen Fällen Ärzteschaft, Kliniken, Krankenkassen und die Verwaltungsspitzen/Sozialdezernentinnen und Sozialdezernenten, seltener auch Pflege, Wissenschaft, Selbsthilfe und diverse Verwaltungsressorts. Auf diesem Wege lässt sich eine vereinfachte und beschleunigte Kommunikation über Sektoren-, Ressort-, Berufs- und sogar Landkreisgrenzen hinweg realisieren.
- ➔ **Breites Themenspektrum:** In den Gesundheitsregionen wird ein breites Themenspektrum bearbeitet, das verschiedene Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung abdeckt. Themenbereiche, wie

beispielsweise Gesundheitsschutz im Zuge der Klimakrise, Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und Digitalisierung stellen neue Schwerpunkte dar.

- ➔ **Zahlreiche Projekte und Maßnahmen:** Aktivitäten in den Gesundheitsregionen gehen weit über eine bloße Vernetzung hinaus. Hierauf lassen die 178 Projekte und Maßnahmen schließen, die in den vergangenen Jahren über die Fördermittel der Kooperationspartner, Eigenmittel der Kommunen und/oder Drittmittel entstanden sind. Das Spektrum ist groß und umfasst unter anderem Projekte zur Verbesserung des Zugangs zu Leistungen des Gesundheitssystems (z. B. Lotsenansätze), zur Vermittlung von Gesundheitsinformationen und Gesundheitskompetenz (z. B. Beratungsangebote, digitale Angebotsplattformen), zur Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen (z. B. interdisziplinäre Pflege- und Behandlungskonferenzen), zur Personal- und Nachwuchskräftegewinnung (z. B. Mentoringprogramme), zur Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Akteuren im Gesundheitssystem sowie zur Entlastung der Beschäftigten (z. B. durch Ansätze zur Delegation ärztlicher Leistungen).
- ➔ **Viele Zielgruppen profitieren:** Diverse Zielgruppen werden über die umgesetzten Projekte und Maßnahmen angesprochen. Zu ihnen zählen zum Beispiel Beschäftigte im Gesundheitswesen, insbesondere (angehende) Ärztinnen und Ärzte, Kinder/Jugendliche, Menschen im mittleren Lebensalter, ältere, chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen und Familien.
- ➔ **Hohe Verstetigungsraten:** 62 % der nicht mehr in der Erprobung befindlichen Projekte und Maßnahmen konnte (teil)verstetigt werden.
- ➔ **Neue steuernde Rolle der Kommune:** Durch den Ansatz der Gesundheitsregionen bestehen Instrumente, um als Kommune steuernd auf die gesundheitliche Versorgung vor Ort einzuwirken. Die tatsächlichen Möglichkeiten variieren mit der Ausstattung und dem politischen Rückhalt. Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist das Engagement in den Gesundheitsregionen mitunter mit einer deutlich verbesserten Außenwahrnehmung verbunden, wird er doch häufiger als bürgernahe Ansprechpartner und wichtige Instanz in gesundheitsförderlichen Belangen wahrgenommen.
- ➔ **Kommunen investieren zusätzlich Eigenmittel in Gesundheitsregionen:** Neben der Strukturförderung des Landes in Höhe von aktuell maximal 13.000 Euro pro Region investiert jede Kommune im Durchschnitt mehr als 32.000 Euro aus Eigenmitteln für den Aufbau und Erhalt der Strukturen. Hinzu kommen Mittel für die Umsetzung von Projekten und Maßnahmen.

Herausforderungen und Handlungsoptionen aus Perspektive des Monitoring-Teams¹

- **Flächendeckung erreichen:** Bisher sind über 82 % der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte am Landesprogramm beteiligt. Wünschenswert wäre auch die Einbindung der übrigen kommunalen Gebietskörperschaften, um über diese Plattformen landesweit relevante Themen in alle kommunalen Gebietskörperschaften integrieren zu können. Hierfür bedeutsam ist eine gezielte Ansprache auf politischer und fachlicher Ebene.
- **Sicherung einer handlungsfähigen Koordination für alle Gesundheitsregionen:** Die Ressourcenausstattung vor Ort variiert stark. Besonders deutlich wird dies beim Umfang der Koordinationsstellen. Das Spektrum reicht von 10 % eines Vollzeitäquivalents bis 150 % pro Kommune. Eine sachgerechte Personalausstattung der Koordinationsstellen hat sich als Erfolgsfaktor erwiesen, um den vielschichtigen Aufgaben der Netzwerkkoordination begegnen zu können.
- **Projektförderung anpassen:** Es ist eine geringfügige Abnahme der Anträge auf Projektförderung durch die Kooperationspartner zu beobachten, die möglicherweise auf Schwierigkeiten bei der Verstetigung von Projekten und eine verstärkte Konzentration auf intersektorale Vernetzung anstelle von Projektaktivitäten zurückzuführen ist. Vor diesem Hintergrund könnte eine Anpassung der Verteilung der zur Verfügung stehenden Fördermittel in Betracht gezogen werden, z. B. durch eine Fokussierung der Förderung auf weniger, aber größere und finanziell besser ausgestattete Projekte mit besseren Verstetigungsperspektiven.
- **Einbindung aller relevanten Akteure in die Netzwerke der Gesundheitsregionen:** Während Ärzteschaft, Kliniken, Krankenkassen und die öffentliche Verwaltung in den Steuerungsgruppen der Gesundheitsregionen gut repräsentiert sind, bestehen mit Blick auf bestimmte Akteursgruppen noch Erweiterungsbedarfe. Zu ihnen zählen zum Beispiel Vertreterinnen und Vertreter aus der Pflege. Mitunter setzt dies eine stärkere Verzahnung mit anderen regionalen Gremien (z. B. Pflegekonferenzen) voraus.
- **Inhaltliche Ausrichtung schärfen:** Um die inhaltliche Ausrichtung der Gesundheitsregionen weiter zu schärfen, Impulse für die Arbeit vor Ort zu vermitteln und Bedarfslagen von Seiten der Kommunen an das Land zu kommunizieren, könnte ein vertiefter Austausch zwischen Landes- und kommunaler Ebene sinnvoll sein .

¹ Entscheidungen über die Umsetzung von Handlungsoptionen obliegen dem Lenkungsgremium der Gesundheitsregionen.

In diesem Rahmen könnten z. B. landesseitig Impulse für die Arbeit in den Regionen gesetzt werden (etwa durch Schwerpunktthemen).

- **Qualitätssicherung und Evaluation ausbauen:** Qualitätssicherung und Evaluation der umgesetzten Aktivitäten sollten weiter ausgebaut werden, um die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen prüfen und langfristig sichern zu können. Engere Kooperationen mit Hochschulen sowie eine noch stärkere Kompetenzentwicklung der Koordinierungskräfte im Bereich der Selbstevaluation könnten hierfür zielführend sein.
- **Erfolgreiche Projekte landesweit ausrollen:** Bisher bestehen Schwierigkeiten, erfolgreich umgesetzte Projekte auf andere Gesundheitsregionen zu übertragen. Ursächlich ist in der Regel die Entwicklung von Finanzierungsperspektiven. Übertragungsmöglichkeiten sollten in diesen Fällen geprüft und unterstützt werden.

Ausblick

Die Gesundheitsregionen Niedersachsen sind bundesweit Orientierungsgröße geworden – für die Bildung regionaler Gesundheitsnetzwerke zur Überwindung von Sektorengrenzen, die Weiterentwicklung ressort- und sektorenübergreifender Koordination und Kooperation im Gesundheitswesen und für die damit verbundene Neuausrichtung des ÖGD, die auch dem Leitbild für einen modernen ÖGD entspricht.

Das Monitoring und die darauf aufbauende Website (www.gesundheitsregionen-nds.de) sind wichtige Meilensteine auf dem Weg zu mehr Transparenz und Öffentlichkeit für die erfolgreichen Ansätze der Gesundheitsregionen Niedersachsen. Hieraus ergeben sich Anknüpfungspunkte für mehr Austausch, Übertragbarkeit und damit Weiterentwicklung und Nachhaltigkeit. Um dieses Potenzial zu erhalten, sollten das Wirken und die Ergebnisse der Zusammenarbeit in den Gesundheitsregionen auch weiterhin gemonitort werden.

2 Einleitung

Basierend auf einer Pilotphase von 2011 bis 2013 (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds e.V. 2014) initiiert das niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung gemeinsam mit der AOK Niedersachsen, der Ärztekammer Niedersachsen, dem BKK Landesverband Mitte, den Ersatzkassen, der IKK classic und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (Kooperationspartner der Gesundheitsregionen Niedersachsen) seit dem Jahr 2014 in Niedersachsen einen umfassenden Strukturaufbauprozess, der auf die Bildung kommunaler Gesundheitsnetzwerke ausgerichtet ist – die Gesundheitsregionen Niedersachsen. Grundlage des Strukturaufbaus und der Strukturfinanzierung bildet eine Förderrichtlinie des Landes Niedersachsen (Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021). Im Rahmen einer gemeinsamen Förderinitiative aller oben genannten Kooperationspartner wird zudem die Umsetzung innovativer Projekte und Maßnahmen in den Gesundheitsregionen unterstützt, in denen insbesondere Handlungsansätze in den Bereichen Versorgung, Kooperation von Berufsgruppen im Gesundheitswesen, Gesundheitsförderung und Prävention pilotiert werden.²

Gegenwärtig beteiligen sich 38 der 46 niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte an dieser Initiative, die sich zu insgesamt 30 Gesundheitsregionen zusammengeschlossen haben.³

Zentrale Zielsetzung des Gesamtprogramms ist, die Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung im Land zu verbessern. Dabei sollen die spezifischen lokalen Ausgangsbedingungen, Bedarfe und Ressourcen systematisch berücksichtigt werden (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e. V. 2021). Eine zentrale Rolle übernehmen deshalb die Kommunen, primär der regionale Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD). Ähnliche Strukturen finden sich auch in einigen anderen Bundesländern, wobei in Niedersachsen eine vergleichsweise hohe Flächendeckung realisiert wird (Geuter u. a., o. J.).

Damit eine entsprechende dezentrale gesundheitliche Steuerungsstrategie gelingen kann, werden unter dem Dach der Gesundheitsregionen unterschiedliche Vernetzungs- und

² Diese Fördermittel umfassen etwa 470.000 € pro Jahr und sind auf die Förderung von Projekten mit einer Laufzeit von maximal zwei Jahren ausgerichtet. Pro Projekt können bis zu 80.000 € aus diesen Fördermitteln gewährt werden (bis 2017 jährlich 100.000 €), eine Aufstockung der Projektmittel aus Eigen- oder Drittmitteln ist möglich. Die Richtlinie der Gesundheitsregionen Niedersachsen definiert Handlungsfelder, auf die die geförderten Projekte und Maßnahmen abzielen sollten. Hierzu zählen „Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Ansiedlung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten“, „Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Entlastung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten“ (Delegation, Teamarbeit, Vernetzung), „Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Nachwuchsgewinnung von Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften“ sowie „Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Primärprävention“ (Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021).

³ Stand: Juli 2022

Kooperationsplattformen und -instanzen für die Gesundheitsakteure vor Ort geschaffen. Dies entspricht auch der Empfehlung zur Bildung regionaler Gremien für die „sektorenübergreifende Planung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung“ gemäß dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018).

Hierzu zählen:

- ➔ **Steuerungsgruppen:** Die Steuerungsgruppe bildet das Kernstück jeder Gesundheitsregion. Sie ist eine Plattform zur Vernetzung zentraler regionaler Gesundheitsakteure und unterschiedlicher Fachbereiche der kommunalen Verwaltung. In der Steuerungsgruppe wird die inhaltliche Ausrichtung und die Handlungsstrategie der Gesundheitsregion definiert.
- ➔ **Arbeitsgruppen:** In themenspezifischen Arbeitsgruppen können die Handlungsfelder der Gesundheitsregion vertieft bearbeitet werden. Hier lassen sich konkrete Lösungsansätze und Projektideen für gesundheitliche Herausforderungen entwickeln.
- ➔ **Gesundheitskonferenzen:** Jede Gesundheitsregion muss regelmäßig Fachveranstaltungen mit den beteiligten Akteuren und interessierten Bürgerinnen und Bürger durchführen. Die Tagungen können Impulse für die weitere inhaltliche Arbeit setzen und über den Umsetzungsstand regionaler Vorhaben informieren.
- ➔ **Koordinierungsstellen:** Die Koordinierungsstelle ist zentrale Multiplikatorin, Vernetzungsinstanz und Impulsgeberin auf regionaler Ebene. Sie steht für Fragen rund um die jeweilige Gesundheitsregion zur Verfügung. Mehrmals im Jahr vernetzen sich die Koordinierungsstellen aller Gesundheitsregionen auf landesweiten Koordinierungskräftetreffen miteinander.

Außerdem bestehen auf der Landesebene die folgenden Strukturen:

- ➔ **Lenkungsgremium:** Das Lenkungsgremium auf Landesebene setzt sich aus den oben bereits benannten Förderern der niedersächsischen Gesundheitsregionen (Kooperationspartner) zusammen. Es gibt inhaltliche Impulse für die Arbeit der Gesundheitsregionen und fördert innovative Projekte.
- ➔ **Prozessbegleitung:** Die LVG & AFS (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.) ist mit der landesweiten Prozessbegleitung der Gesundheitsregionen beauftragt. Sie berät und unterstützt die beteiligten Kommunen vor Ort, vernetzt die Regionen untereinander und bildet ein Bindeglied zwischen den Gesundheitsregionen und den Kooperationspartnern des Lenkungsgremiums. Außerdem schafft sie Austauschplattformen für die landesweite Vernetzung der beteiligten Akteure und setzt Impulse für die fachliche Entwicklung sowie Qualitätssicherung in den Gesundheitsregionen.

In den vergangenen elf Jahren wurden entsprechende Strukturen in den meisten der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte etabliert. Zudem wurden viele innovative Maßnahmen und Projekte umgesetzt. Zahlreiche dieser Aktivitäten konnten durch Projektfördermittel der Kooperationspartner der Gesundheitsregionen realisiert werden. Aber auch andere Finanzierungsquellen wurden genutzt (z. B. Eigenmittel der Kommunen).

Es ist von besonderer Bedeutung, diese mannigfaltigen Entwicklungen auf Struktur- und Projektebene in ihrer ganzen Breite und samt ihrer Auswirkungen zu erfassen und transparent zu machen. Nur so können die tatsächlichen Potenziale der niedersächsischen Gesundheitsregionen aufgezeigt und gleichzeitig regions- sowie länderübergreifende Lernprozesse und Kooperationen angestoßen werden.

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung hat deshalb ein wirkungsorientiertes Monitoring der Strukturen, Aktivitäten und Projekte in den Gesundheitsregionen Niedersachsen angestoßen. Dieses wird durch die LVG & AFS durchgeführt, die auch mit der Prozessbegleitung der niedersächsischen Gesundheitsregionen betraut ist. Die LVG & AFS nimmt insofern eine Doppelfunktion ein, die die Interpretation der Ergebnisse beeinflussen kann. Gleichzeitig ergibt sich hieraus aber auch der Mehrwert, dass sie Erfahrungen aus der langjährigen Begleitung des Programms im Rahmen des Monitorings nutzen kann.

Das Monitoring widmet sich primär den beiden folgenden Fragestellungen:

- ➔ Welche Strukturen (Steuerungsgruppen, Arbeitsgruppen, Gesundheitskonferenzen, Koordinierungsstellen) wurden in den vergangenen Jahren in den Gesundheitsregionen etabliert und welche inhaltlichen Schwerpunkte werden hier bearbeitet?
- ➔ Welche Maßnahmen und Projekte wurden in den Gesundheitsregionen ins Leben gerufen?

Außerdem soll das Monitoring ergänzend dazu beitragen, die Auswirkungen des Struktur- aufbaus sowie der Projekte und Maßnahmen einschätzen zu können, um auf dieser Basis Anpassungsbedarfe auf regionaler und auf Landesebene zu diskutieren.

Wie im niedersächsischen Koalitionsvertrag zwischen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2022) ausgewiesen, soll auf dieser Grundlage eine Weiterentwicklung der Landesinitiative Gesundheitsregionen Niedersachsen stattfinden (SPD-Landesverband Niedersachsen und Bündnis 90/Die Grünen Landesverband Niedersachsen, o. J.).

Die erfassten Daten finden auch Eingang in die neu entwickelte Website der Gesundheitsregionen Niedersachsen.⁴ Diese beinhaltet neben wichtigen Informationen zum

⁴ www.gesundheitsregionen-nds.de

Gesamtprojekt u. a. Steckbriefe aller Gesundheitsregionen und eine Projekt- und Maßnah-
mendatenbank.

3 Methodik

Um die vorab aufgeworfenen Fragen zu beantworten, wurde eine teilstandardisierte Initialbefragung durchgeführt. Sie richtete sich primär an die regionalen Koordinierungskräfte in den Gesundheitsregionen, implizierte aber die Bitte, vor Ort insbesondere weitere Verantwortliche für die Umsetzung von Projekten und Maßnahmen einzubeziehen. Die Erhebung erfolgte retrospektiv zurückgehend bis zur Pilotphase des Gesamtprogrammes („Zukunftsregionen Niedersachsen“, Laufzeit 2011 – 2013). Auf diese Weise sollten Aktivitäten im Land, die mit den Gesundheitsregionen Niedersachsen assoziiert sind, möglichst umfassend erhoben werden.

Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig. Sie war nicht obligatorisch für die Teilnahme am Gesamtprogramm „Gesundheitsregionen Niedersachsen“.

Um Aktivitäten in den Gesundheitsregionen tatsächlich zu monitoren, sind Folgebefragungen, z. B. jährlichen, notwendig.

3.1 Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurden durch die LVG & AFS zwei Fragebögen entwickelt, die neben geschlossenen formulierten Items auch offen gestaltete Fragen mit Freitextantwortformaten enthalten (siehe Anhang):

1. Fragebogen 1 zielt auf die regionalen Strukturen und damit die Umsetzung des Strukturaufbaus in den Gesundheitsregionen ab.
2. Fragebogen 2 dient der Erfassung regional umgesetzter Projekte und Maßnahmen, an denen die Gesundheitsregionen beteiligt waren oder sind.

Beide Erhebungsinstrumente wurden im Rahmen eines partizipativen Vorgehens abgestimmt. Dafür wurden zwei aufeinander aufbauende Fokusgruppen durchgeführt, in denen jeweils beide Fragebögen besprochen wurden. Die erste Fokusgruppe setzte sich aus zehn Koordinierungskräften aus insgesamt neun Gesundheitsregionen zusammen. Die Gruppe wurde auf Basis von Freiwilligenmeldungen generiert. Alle Koordinierungskräfte hatten die Möglichkeit, sich zur Beteiligung zu melden. Die zweite Fokusgruppe wurde mit Vertreterinnen und Vertretern der Kooperationspartner sowie Vertreterinnen und Vertretern der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens sowie des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie (LS) durchgeführt.

Das partizipative Vorgehen diente dem Einbezug der Expertise der Kooperationspartner und Koordinierungskräfte bei der Bildung von Items, der Sicherstellung eines praxisorientierten Mehrwertes und Anwendungsbezugs für alle Beteiligten sowie einer möglichst

ressourcenschonenden Gestaltung der Datenerfassung, insbesondere mit Blick auf hohe Belastungssituationen in der kommunalen Arbeit. Durch eine frühzeitige Einbindung der Koordinierungskräfte sollte zudem die Akzeptanz für eine spätere Teilnahme gesteigert werden.

Die Befragung erfolgte mittels digital auszufüllender PDF-Fragebögen. Gegenüber anderen Befragungsformen bieten PDF-Fragebögen im hier besprochenen Verwendungszusammenhang den Vorteil, dass diese während der Befragungsdurchführung innerhalb der Adressatengruppe sowohl in digitaler, als auch in gedruckter Form weitergeleitet werden können, um Angaben beispielsweise von Verantwortlichen oder Presseabteilungen bestätigen zu lassen. Die Fragebögen wurden Koordinierungskräften sowie den Verwaltungsspitzen und Fachbereichsleitungen der Gesundheitsämter am 07.04.2022 per E-Mail zugestellt.

3.1.1 Fragebogen zu regionalen Strukturen

Der Fragebogen zu den regionalen Strukturen wurde je Gesundheitsregion (nicht je beteiligter Kommune) ausgefüllt. Mit dem LS wurde vorab vereinbart, dass die Daten aus dem Fragebogen den jährlich im Rahmen der Strukturförderung zu erbringenden Sachbericht ersetzen, sofern die entsprechenden Fragen vollständig beantwortet wurden. Die dafür notwendigen Daten wurden von der LVG & AFS dafür im Nachgang direkt an das LS übermittelt. So konnte die Befragung dazu beitragen, die kommunale Arbeit zu entlasten. Die Akzeptanz zur Teilnahme am Monitoring sollte auf diese Weise gesteigert werden. Rücksendeschluss war der 31. Mai 2022 (Bearbeitungszeitraum: ca. acht Wochen).

Der Fragebogen zu den regionalen Strukturen enthält Fragen zu folgenden Themenfeldern:

- ➔ Allgemeine Informationen zur Gesundheitsregion (z. B. Kontaktdaten und Jahr der Anerkennung)
- ➔ Informationen zur Steuerungsgruppe (beteiligte Institutionen, Tagungsfrequenz)
- ➔ Informationen zu Themenfeldern, Arbeitsgruppen und Gesundheitskonferenzen
- ➔ Informationen zur regionalen Koordinierungsstelle (Ansiedlung, personelle Ausstattung)
- ➔ Informationen zur Finanzierung
- ➔ Einschätzungen zu regionalen Auswirkungen

3.1.2 Fragebogen zu regionalen Maßnahmen und Projekten

Im Rahmen des Monitorings sollen Informationen zu allen regionalen Maßnahmen und Projekten erfasst werden, die seit einschließlich 2011 von den Gesundheitsregionen initiiert oder unter ihrer Beteiligung umgesetzt wurden bzw. werden. Dies schließt auch Maßnahmen und Projekte ein, die nicht über die Förderstrukturen der Gesundheitsregionen, sondern über andere Mittel (z. B. Eigenmittel der Kommunen oder andere Förderstrukturen, z. B. Präventionsgesetz oder Stiftungsgelder) finanziell gefördert wurden bzw. werden.

Die Adressatinnen und Adressaten der Befragung wurden gebeten, den Fragebogen für jede entsprechende Maßnahme bzw. jedes Projekt jeweils separat auszufüllen und dabei ggf. weitere Projektverantwortliche einzubinden.

Rücksendeschluss war der 01. September 2022, verlängert bis zum 27. September 2022 (Bearbeitungszeitraum insgesamt: knapp 25 Wochen). Der lange Beantwortungszeitraum wurde aufgrund der großen Anzahl der zu dokumentierenden Projekte gewählt, für deren Dokumentation die befragten Koordinierungskräfte beispielsweise Rückkopplungsschleifen mit Projektverantwortlichen vor Ort und Freigaben durch Presseabteilungen realisieren mussten.

Der Fragebogen enthält Fragen zu folgenden Aspekten:

- Projekttitle
- Rahmendaten (z. B. beteiligte Gesundheitsregionen, Ansprechpersonen, Laufzeit, Projektträger, beteiligte Akteure und Finanzierung)
- Thematische Schwerpunkte
- Ziele und Dialoggruppen
- Ausgangslage, Vorgehen und Evaluationsmaßnahmen
- Auswirkungen
- Verstetigungsperspektive
- Weitere Informationen und Dokumentationen (z. B. Websites, Berichte)

3.1.3 Daten aus interner Dokumentation

Neben den beschriebenen Erhebungsinstrumenten wurden außerdem interne Aufzeichnungen der landesweiten Prozessbegleitung zur Datensammlung herangezogen. Hierbei wurden insbesondere folgende Angaben zusammengetragen:

- Anzahl eingereicherter Projektanträge pro Jahr
- Anzahl an Projektanträgen, die überregional angelegt sind
- Anzahl durchgeführter Koordinierungskräfte-treffen pro Jahr

-
- Anzahl und Themen durchgeführter Jahrestagungen
 - Anzahl versendeter E-Mail-Newsletter pro Jahr

Die Angaben zu Eintrittsdaten der beteiligten Kommunen in das Strukturförderprogramm wurden darüber hinaus mit dem LS abgestimmt.

3.2 Datenauswertung

Die Auswertung im Rahmen der Berichtslegung erfolgt auf Grundlage quantitativer sowie qualitativer Methoden.

Die quantitative Auswertung fokussierte vor allem auf deskriptive Statistik, wie Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen.

Qualitative Methodik fand bei Fragestellungen mit offenen Antwortkategorien zu den Auswirkungen des Strukturaufbaus innerhalb der Gesundheitsregionen und den Auswirkungen der ergriffenen Maßnahmen und Projekte Anwendung. Das auf diesem Wege generierte Datenmaterial in Form von Texten wurde mittels eines qualitativen Auswertungsverfahrens systematisch und regelgeleitet analysiert. Konkret handelt es sich um die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse, die eine themenzentrierte und alle Gesundheitsregionen übergreifende Auswertung ermöglicht.

Dabei kommt ein mehrstufiges Verfahren zur Bildung von Kategorien und Codierungen des Datenmaterials zur Anwendung. Im ersten Schritt der Inhaltsanalyse werden grobe Hauptkategorien im direkten Bezug auf das im Vorfeld ausgearbeitete Wirkmodell codiert. In einem nächsten Schritt werden die Kategorien induktiv am Material weiterentwickelt und ausdifferenziert.

Dabei findet eine Orientierung an den sieben, von Kuckartz (Kuckartz 2018) beschriebenen Phasen statt:

1. Initiierende Textarbeit: Auswahl der auszuwertenden Textpassagen aus den zurückgesendeten Fragebögen, Erstellung von Memos zu ersten Auswertungsideen
2. Entwickeln thematischer Hauptkategorien: Ableitung von Hauptthemen aus dem in Kapitel 2.3 dargestellten Wirkmodell
3. Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien: sequenzielle Analyse des gesamten Datenmaterials durch Zuordnung der Hauptkategorien, induktive Erarbeitung weiterer Hauptkategorien, die bisher in dem Wirkmodell nicht auftauchen
4. Zusammenstellen aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen: Auswahl derjenigen Hauptkategorien, die weiter ausdifferenziert werden sollen und Zusammenstellung der zugehörigen Textstellen

-
5. Induktives Bestimmen von Subkategorien: Erneute Analyse dieser Textstellen und induktive Ableitung von Unterkategorien
 6. Codieren des kompletten Materials mit ausdifferenziertem Kategoriensystem
 7. Abschließende Analyse und ggf. Visualisierung: Genauere Analyse der Hauptkategorien und ihrer Zusammenhänge inkl. ggf. einer grafischen Darstellung

3.3 Wirkungsorientierung

Neben der Status-Erhebung und Katalogisierung der aktuellen und zurückliegenden Aktivitäten der Gesundheitsregionen soll das Monitoring genutzt werden, um Auswirkungen des Programmes bzw. der damit verbunden regionalen Strukturprozesse und Aktivitäten aufzuzeigen.⁵

Hierzu wurde parallel zu den Fragebögen ein Wirkmodell und zugehörige Wirkhypothesen für die Gesundheitsregionen Niedersachsen entwickelt (Abbildung 1), wodurch potenziell durch den Ansatz der Gesundheitsregionen erzielbare Wirkungen abgebildet werden. Zusätzlich wurden je Wirkhypothese Indikatoren aufgestellt, anhand derer die Erreichung der beabsichtigten (bzw. wünschenswerten) Wirkungen und etwaiger Anpassungsbedarfe schließlich auf Basis der Monitoringdaten im Projekt identifiziert werden können. Auch hierzu fanden partizipative Abstimmungen in den oben genannten Fokusgruppen statt.

⁵ Der dafür verwendete Ansatz eines wirkungsorientierten Monitorings kommt keiner Programmevaluation gleich. Vielmehr werden potenzielle Wirkungen im Vorfeld in einem Wirkmodell zusammengefasst und im Anschluss auf Basis niedrigschwelliger Wirkindikatoren überprüft. Das Wirkmodell ermöglicht dabei die bildhafte Darstellung potenziell erzielbarer Wirkungen sowie jener Faktoren, die für die Erreichung dieser Wirkungen erforderlich sind. Dem Modell liegen Wirk- bzw. Zusammenhangshypothesen zugrunde, die Wirkungen auf Basis projektinterner Prozesse antizipieren (Kurz und Kubek 2021). Das Modell ist damit gleichermaßen ein Abbild dieser Prozesse.

| Input | Output | Outcome I | Outcome II | Outcome III | Impact |
|--|--|--|--|--|--|
| Ideelle, strukturelle und finanzielle Unterstützung | Regionale / Überregionale Strukturen | Direkte Auswirkungen d. Strukturaufbaus | Projekte und Maßnahmen mit Dialoggruppenbezug | Auswirkungen auf Dialoggruppen | Gesellschaftlicher Nutzen |
| <ul style="list-style-type: none"> Förderrichtlinie wird aufgelegt Koop.-Partner engagieren sich auf Landesebene Finanzielle Mittel werden zur Verfügung gestellt | <ul style="list-style-type: none"> Prozessbegleitung erfolgt Koordinationskraft ist eingesetzt Steuerungsgruppe ist konstituiert Arbeitsgruppen sind gegründet Gesundheitskonferenzen sind durchgeführt | <ul style="list-style-type: none"> Relevante Akteure sind vernetzt Kommune nimmt Einfluss auf Gesundheitsversorgung Überregionale Vernetzung und Kooperation finden statt | <ul style="list-style-type: none"> Regionale Bedarfe werden nachhaltig adressiert | <ul style="list-style-type: none"> Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen profitieren in gesundheitlichen Belangen Beschäftigte im Gesundheitswesen profitieren im Rahmen ihrer Arbeit | <ul style="list-style-type: none"> Regionale integrierte Versorgungsstrukturen sind landesweit etabliert Die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung ist landesweit verbessert |

Abbildung 1: Wirkmodell der Gesundheitsregionen Niedersachsen (eigene Darstellung in Anlehnung an Kurz und Kubek, 2021)

Das Wirkmodell gliedert sich in die vier aufeinander aufbauenden Ebenen Input, Output, Outcome und Impact. Idealtypisch folgen die einzelnen Ebenen eines Wirkmodells chronologisch aufeinander und bilden so das theoretische Programmgeschehen ab. In der Praxis erfolgen Schritte oft aber zeitgleich oder auch in anderer Reihenfolge (Brandes, Humrich, und Richter-Kornweitz 2014).

Die Ebenen sind wie folgt gekennzeichnet:

- ➔ Input: Ressourcen (z. B. Zeit, Geld, rechtliche Voraussetzungen), die für den Aufbau und den Erhalt der Gesundheitsregionen eingesetzt werden und deren Verfügbarkeit eine Grundvoraussetzung dafür darstellt, dass Effekte auf der Output- und Outcome-Ebene auftreten
- ➔ Output: Regionale und überregionale Strukturen, die sich in den Gesundheitsregionen etablieren lassen
- ➔ Outcome I, II und III: Veränderungen auf struktureller Ebene (z. B. Vernetzungsniveau), auf der Ebene der Projekte und Maßnahmen (z. B. Etablierung von (bedarfsgerechten) Aktivitäten in den Gesundheitsregionen) und auf der Ebene der Zielgruppe (z. B. gesundheitsbezogener Wissenszuwachs)
- ➔ Impact: Gesellschaftliche Veränderungen, die im Rahmen des Monitorings allerdings nicht erfasst werden können und hier nur theoretisch betrachtet werden (z. B. Krankheitslast in der Bevölkerung)

Folgende nicht erschöpfende Wirkhypothesen wurden für die Gesundheitsregionen Niedersachsen mit den Teilnehmenden der Fokusgruppen abgestimmt.

Outcome I

1. **Wirkung:** Relevante Akteure sind vernetzt

Wirkhypothese: In Steuerungsgruppe, Arbeitsgruppen und auf Gesundheitskonferenzen vernetzen sich relevante Gesundheitsakteure und kooperieren z. B. im Rahmen gemeinsamer Strategieplanung und Projektgestaltung.

Indikatoren: Relevante Gesundheitsakteure sind Mitglieder der Steuerungsgruppen, Steuerungsgruppen kommen unterjährig mindestens ein Mal zusammen, Arbeitsgruppenarbeit findet statt, Gesundheitskonferenzen finden statt

2. **Wirkung:** Kommune nimmt Einfluss auf Gesundheitsversorgung

Wirkhypothese: Hochrangige Vertreterinnen und Vertreter der Kommune (z. B. Verwaltungsspitze, Sozialdezernentin bzw. Sozialdezernent) arbeiten in den Steuerungsgruppen mit. Auf diese Weise nehmen sie Einfluss auf die kommunale Versorgungsgestaltung. Zudem setzt die Kommune eine Koordinierungsstelle ein, die die Arbeit der Gesundheitsregion maßgeblich abstimmt.

Indikatoren: Mindestens eine hochrangige Vertreterin bzw. ein hochrangiger Vertreter der Kommune ist Mitglied der Steuerungsgruppe, eine Koordinierungsstelle ist eingerichtet

3. **Wirkung:** Überregionale Vernetzung und Kooperation finden statt

Wirkhypothese: Die landesweite Prozessbegleitung initiiert regelmäßige überregionale Austauschtreffen, auf denen sich Koordinierungskräfte der Gesundheitsregionen miteinander vernetzen und Kooperationen anbahnen. Zudem planen Gesundheitsregionen gemeinsame Projekte und kooperieren auf diese Weise miteinander.

Indikatoren: Koordinierungskräfte treffen finden drei Mal im Jahr statt, Gesundheitsregionen planen gemeinsame Projekte

Outcome II

4. **Wirkung:** Regionale Bedarfe werden nachhaltig adressiert

Wirkhypothese: Auf regionaler Ebene werden z. B. in den Arbeitsgruppen nachhaltige Projekte und Maßnahmen konzipiert und umgesetzt, die regionalen Bedarflagen Rechnung tragen.

Indikatoren: Maßnahmen und Projekte auf regionaler Ebene werden umgesetzt, abgeschlossene Projekte sind verstetigt

Outcome III

5. **Wirkung:** Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen profitieren in gesundheitlichen Belangen

Wirkhypothese: Durch die Maßnahmen und Projekte der Gesundheitsregionen werden verschiedene Bevölkerungsgruppen unterstützt.

Indikatoren: Maßnahmen und Projekte für verschiedene Bevölkerungsgruppen werden umgesetzt, unterschiedliche Handlungsfelder mit Einfluss auf die Bevölkerungslogik werden adressiert

6. **Wirkung:** Beschäftigte im Gesundheitswesen profitieren im Rahmen ihrer Arbeit

Wirkhypothesen: Durch die Maßnahmen und Projekte der Gesundheitsregionen werden Beschäftigte im Gesundheitswesen im Rahmen ihrer Arbeit unterstützt.

Indikatoren: Maßnahmen und Projekte für Beschäftigte im Gesundheitswesen werden umgesetzt, unterschiedliche Handlungsfelder mit Einfluss auf Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen werden adressiert

4 Ergebnisse

4.1 Strukturen der niedersächsischen Gesundheitsregionen

Von 2011 bis 2013 wurde das Förderprogramm „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ modellhaft und unter der Bezeichnung „Zukunftsregionen“ in den Landkreisen Emsland, Heidekreis und Wolfenbüttel erprobt (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds e.V. 2014); (Brandes und Bregulla 2014). Seit 2014 können alle Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen gemäß der Richtlinie (Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021) einen Antrag auf Strukturförderung als Gesundheitsregion stellen. In diesem Zuge wuchs die Anzahl der Gesundheitsregionen stetig, bis sie im Jahr 2020 mit dem Austritt des Landkreises Holzminden erstmals leicht sank und dann mit 30 aktiven Gesundheitsregionen vorerst ein Plateau erreichte (siehe Abbildung 2).

Seit 2022 ist der Landkreis Holzminden wieder Gesundheitsregion. Der Landkreis hat sich dafür dem Zusammenschluss aus Landkreis Göttingen, Stadt Göttingen und Landkreis Northeim (Gesundheitsregion Göttingen / Südniedersachsen) angeschlossen.

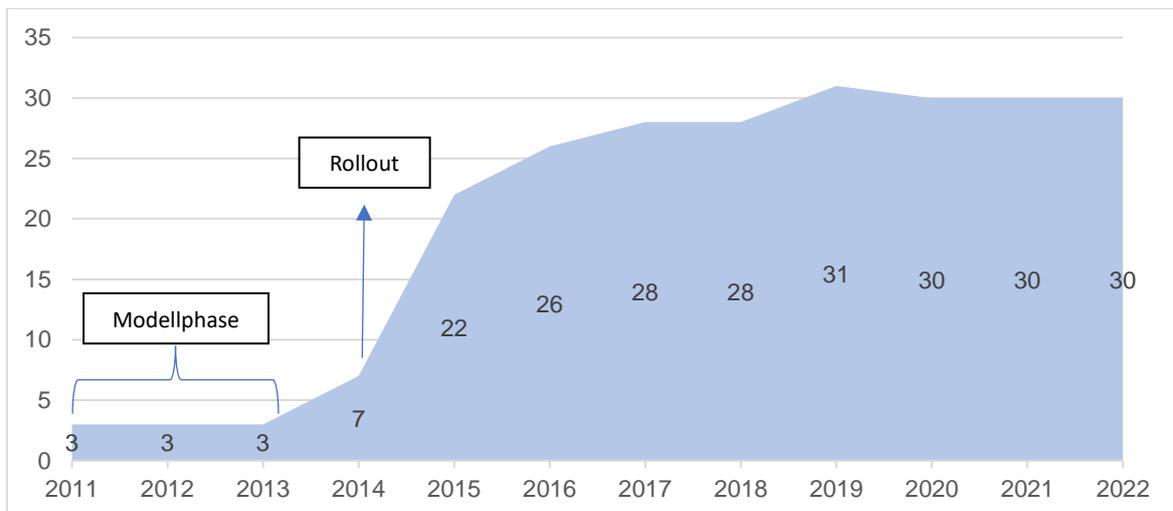


Abbildung 2: Anzahl aktiver Gesundheitsregionen pro Jahr

Insgesamt sind im Jahr 2022 38 der 46 niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte Gesundheitsregion (2021 = 37 Landkreise und kreisfreie Städte). Sie bilden die 30 Gesundheitsregionen Niedersachsen, von denen fünf aus Zusammenschlüssen von mindestens zwei Kommunen bestehen (siehe Tabelle 1).

Im Rahmen des Monitorings wurde eine Vollerhebung aller 30 im Jahr 2021 aktiven Gesundheitsregionen erreicht.

Tabelle 1: Ein- und Austrittsdaten aller Gesundheitsregionen und beteiligter Kommunen

| Gesundheitsregion | Landkreise / kreisfreie Städte | Eintritt | Austritt |
|---|---|-----------------|-----------------|
| Ammerland | Landkreis Ammerland | 2019 | - |
| Braunschweig | Stadt Braunschweig | 2015 | - |
| Celle | Landkreis Celle | 2015 | - |
| Cloppenburg | Landkreis Cloppenburg | 2015 | - |
| Delmenhorst | Stadt Delmenhorst | 2016 | - |
| Diepholz / Nienburg | Landkreis Diepholz und Landkreis Nienburg (Weser) | 2017 | - |
| Emsland | Landkreis Emsland | 2011 | - |
| Gifhorn | Landkreis Gifhorn | 2014 | - |
| Goslar | Landkreis Goslar | 2015 | - |
| Göttingen / Südnieder- sachsen | Landkreis Göttingen, Stadt Göttingen, Landkreis Northeim (Landkreis Holzminden ab 2022) | 2014 | - |
| Grafschaft Bentheim | Landkreis Grafschaft Bentheim | 2015 | - |
| Hameln-Pyrmont | Landkreis Hameln-Pyrmont | 2015 | - |
| Region Hannover | Region Hannover u. Landeshaupt- stadt Hannover | 2015 | - |
| Heidekreis | Landkreis Heidekreis | 2011 | - |
| Helmstedt | Landkreis Helmstedt | 2017 | - |
| Holzminden | Landkreis Holzminden | 2016 | Ende 2019 |
| | (seit 2022 integriert in die Gesundheitsregion Göttingen / Südnnds.) | | |
| JadeWeser | Landkreis Friesland, Landkreis Wesermarsch, Stadt Wilhelms- haven | 2016 | - |
| Landkreis Leer | Landkreis Leer | 2015 | - |
| Lüchow-Dannenberg | Landkreis Lüchow-Dannenberg | 2015 | - |
| Lüneburg | Landkreis Lüneburg | 2015 | Ende 2017 |
| Landkreis Oldenburg | Landkreis Oldenburg | 2015 | - |
| Stadt Oldenburg | Stadt Oldenburg | 2015 | - |
| Osnabrück | Landkreis Osnabrück, Stadt Osn- abrück | 2015 | - |
| Peine | Landkreis Peine | 2014 | - |
| Rotenburg (Wümme) | Landkreis Rotenburg (Wümme) | 2016 | - |
| Salzgitter | Stadt Salzgitter | 2015 | - |
| Schaumburg | Landkreis Schaumburg | 2018 | - |
| Uelzen | Landkreis Uelzen | 2014 | - |
| Vechta | Landkreis Vechta | 2015 | - |
| Wittmund | Landkreis Wittmund | 2019 | - |
| Wolfenbüttel | Landkreis Wolfenbüttel | 2011 | - |
| Wolfsburg | Stadt Wolfsburg | 2019 | - |

4.1.1 Themenspektrum

Das Themenspektrum, an dem in den Gesundheitsregionen Niedersachsen gearbeitet wird, ist umfangreich und vielschichtig. Es deckt verschiedene Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung ab, bedient zugleich aber auch weiterführende Bereiche wie Gesundheitsbildung, Digitalisierung oder auch gesundheitliche Auswirkungen der Klimakrise. Gleichzeitig bestehen merkliche regionale Unterschiede. Die Themenfelder Prävention und Gesundheitsförderung, Nachwuchsförderung und Fachkräftegewinnung in Pflege und Medizin sowie die pflegerische Versorgung im Allgemeinen bilden dabei Hauptschwerpunkte im Land, die aktuell jeweils in zumindest drei von vier aller Gesundheitsregionen bearbeitet werden (siehe Abbildung 3).

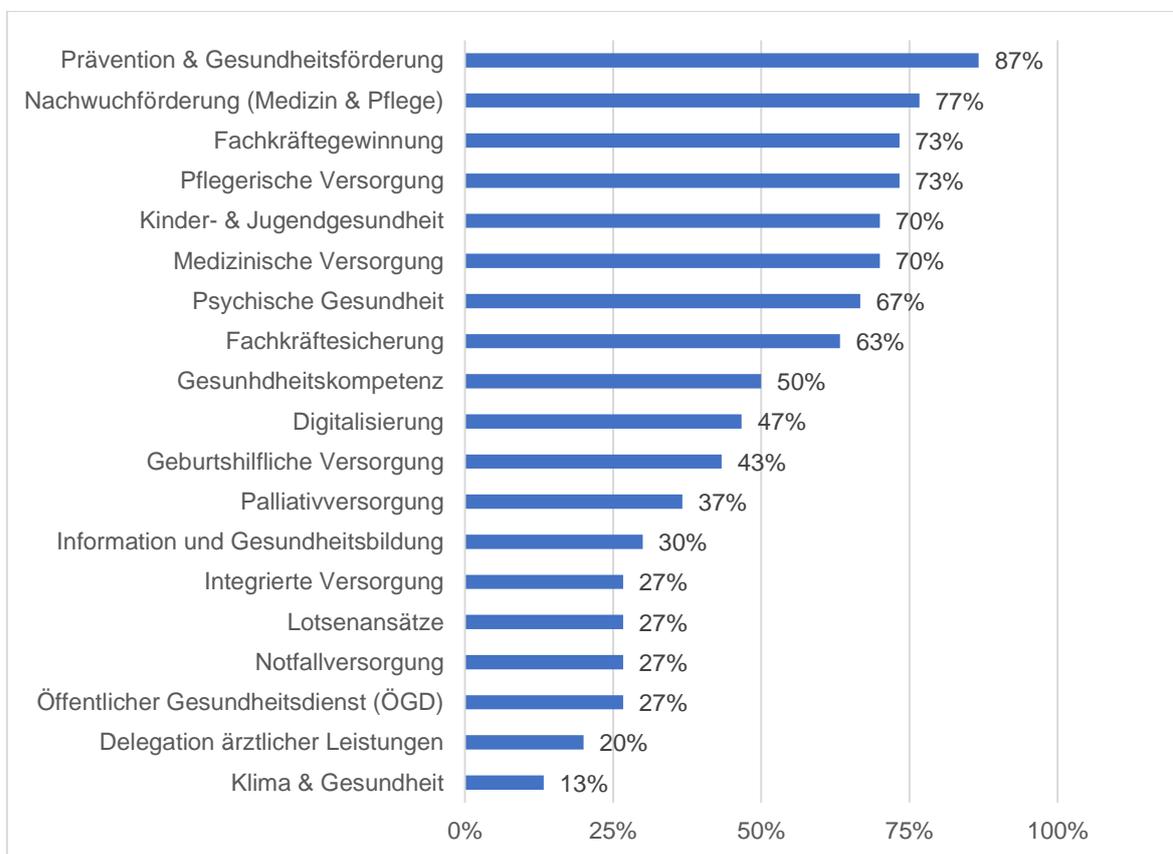


Abbildung 3: Aktuelle Themenfelder der Gesundheitsregionen

4.1.2 Strukturelemente

4.1.2.1 Steuerungsgruppen

Die thematische Vielfalt spiegelt sich ebenso im Spektrum der beteiligten Akteure wider. Neben Institutionen, die eindeutig dem Gesundheitswesen zugeordnet sind, ergänzen auch

Vertreterinnen und Vertreter aus Einrichtungen mit Querbeziehungen zu Gesundheitsthemen die Steuerungsgruppen der Gesundheitsregionen. Zu nennen sind etwa Vertreterinnen und Vertreter von Wohlfahrtsverbänden, Bildungseinrichtungen oder Jugendämtern. In (fast) allen Steuerungsgruppen sind Vertreterinnen und Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen sowie der Krankenkassen (Regionalvertretungen der Kooperationspartner auf Landesebene) aktiv. Außerdem Vertreterinnen und Vertreter von Kliniken und dem ÖGD. In allen Steuerungsgruppen ist zudem die Kommune (hochrangig) vertreten. Bis auf eine Ausnahme nimmt die Sozialdezernentin bzw. der Sozialdezernent teil, sofern die kommunale Verwaltungsspitze kein Mitglied der Steuerungsgruppe ist. Nur in einer Gesundheitsregion sind weder Verwaltungsspitze noch Sozialdezernentin bzw. Sozialdezernent vertreten, die Kommune beteiligt sich aber in Form des ÖGD (siehe Abbildung 4).

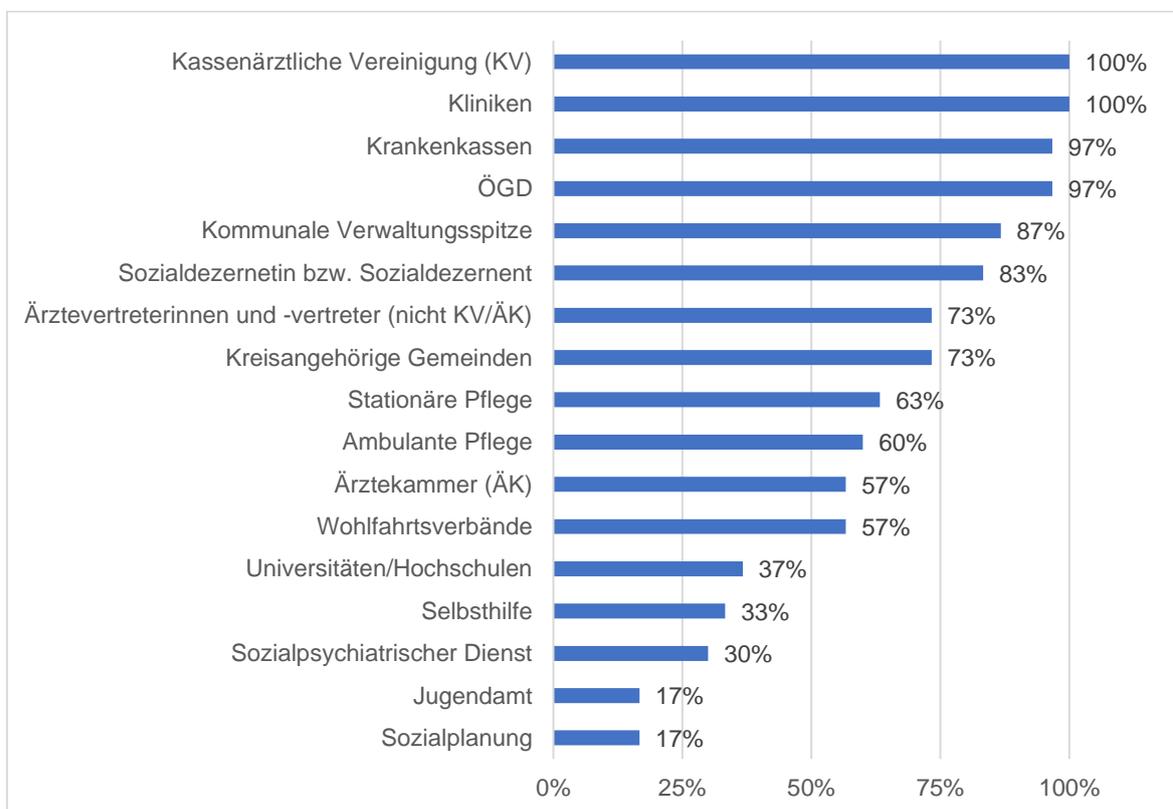


Abbildung 4: Mitgliedsinstitutionen der Steuerungsgruppen

Die Tagungsfrequenz der regionalen Steuerungsgruppen hat sich im Zuge der Pandemie verringert (siehe Abbildung 5). So sind vor Ausbruch der Coronapandemie noch 86 % der Steuerungsgruppen mindestens zwei Mal jährlich zusammengekommen. Im Jahr 2021 waren es nur 29 %.

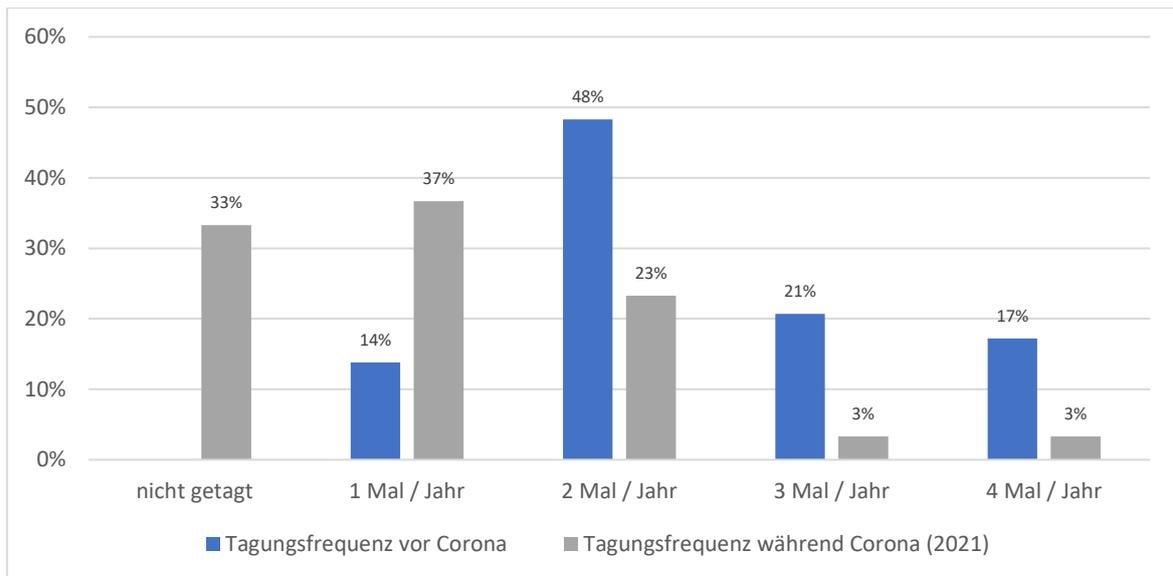


Abbildung 5: Tagungsfrequenzen der Steuerungsgruppen

4.1.2.2 Arbeitsgruppen

In den Gesundheitsregionen existieren durchschnittlich drei aktive Arbeitsgruppen (SD⁶: 2,9; Min: 0; Max: 15). Insgesamt arbeiteten 2021 100 Arbeitsgruppen in den Gesundheitsregionen; trotz pandemiebedingter Herausforderungen.

Die Arbeitsgruppen tagen zu vielen unterschiedlichen Themenbereichen (siehe Abbildung 6). Dabei kommt es naturgemäß auch gruppenintern zu Themenüberscheidung, etwa zwischen pflegerischer/medizinischer Versorgung und Fachkräftemangel oder psychischer Gesundheit und Kinder-/Jugendgesundheit.

Eine systematische Vernetzung relevanter Akteure ist integraler Bestandteil vieler Arbeitsgruppen.

⁶ Die Standardabweichung ist ein Maß für die Streubreite der Werte eines Merkmals rund um dessen Mittelwert (arithmetisches Mittel).

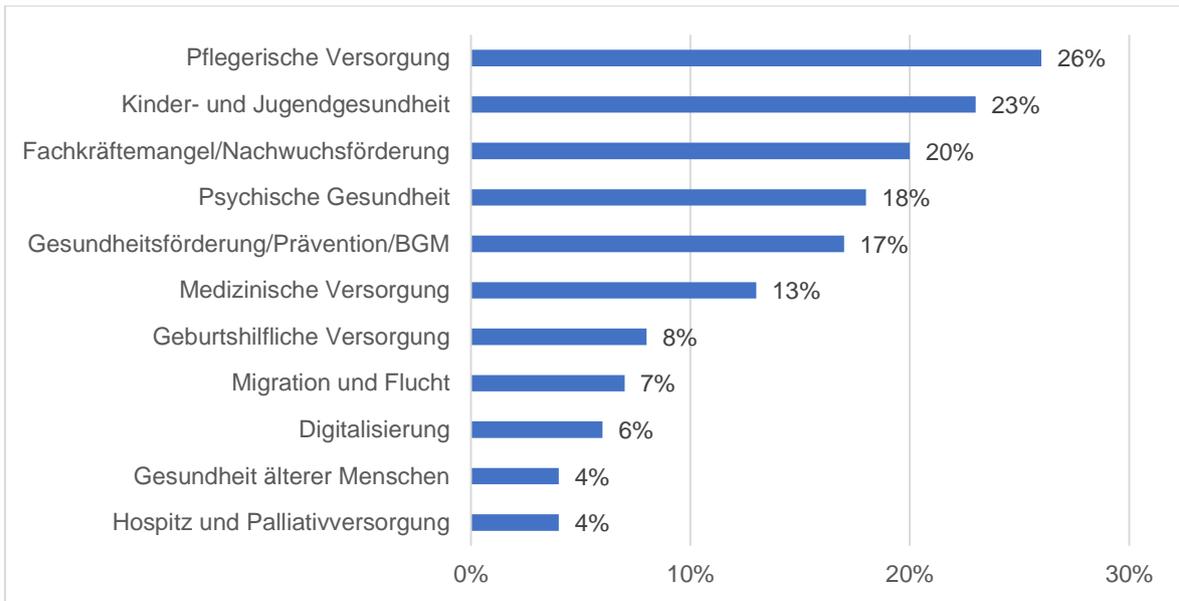


Abbildung 6: Häufige Themenschwerpunkte der aktiven Arbeitsgruppen

4.1.2.3 Gesundheitskonferenzen

Der oben bereits angesprochene pandemiebedingte Einbruch von Zusammenkünften zeigt sich auch mit Blick auf die Anzahl durchgeführter Gesundheitskonferenzen in den Gesundheitsregionen Niedersachsen. Zwischen 2016 und 2019 fanden jährlich durchschnittlich 20 Gesundheitskonferenzen im Land statt. 2020 waren es dagegen nur vier (siehe Abbildung 7). Bis einschließlich 2021 konnten landesweit insgesamt 122 Gesundheitskonferenzen durchgeführt werden.

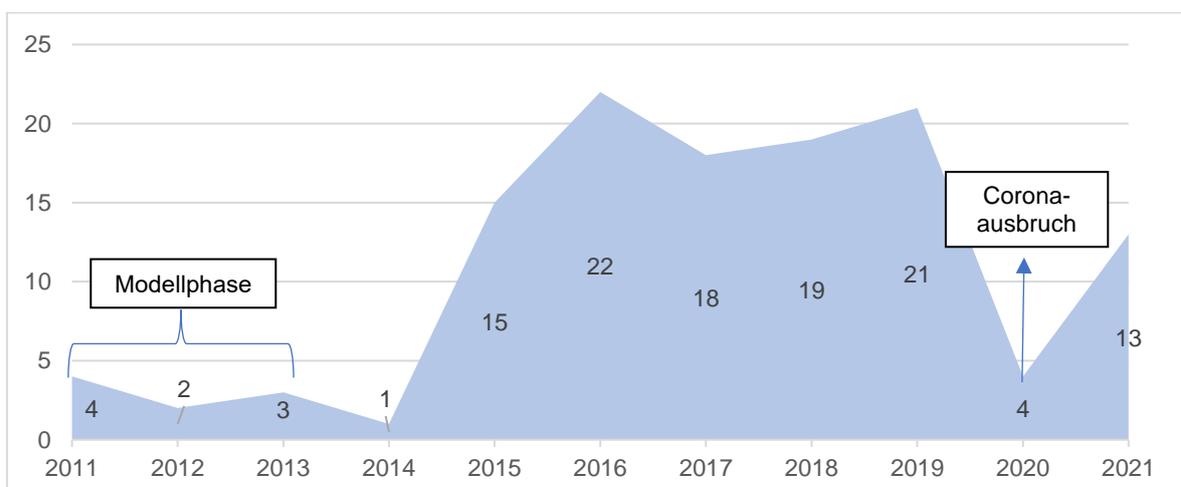


Abbildung 7: Anzahl der Gesundheitskonferenzen pro Jahr in Niedersachsen

Die Schwerpunkte der bislang durchgeführten Gesundheitskonferenzen (Abbildung 8) überschneiden sich erwartungsgemäß mit den Themenfeldern der Gesundheitsregionen (Abbildung 3). Pflegerische Versorgung und Themen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind entsprechend gut repräsentiert. Zudem gab es insbesondere in den Anfangsjahren des Programms viele thematisch breit angelegte Konferenzen, die als Auftaktveranstaltungen fungierten und Teilnehmende über Strukturen, Vorhaben und Ziele der regionalen Arbeit informieren sollten. Im Jahr 2021 fand in der Gesundheitsregion Göttingen zudem die erste Gesundheitskonferenz zum Thema Klima und Gesundheit statt.

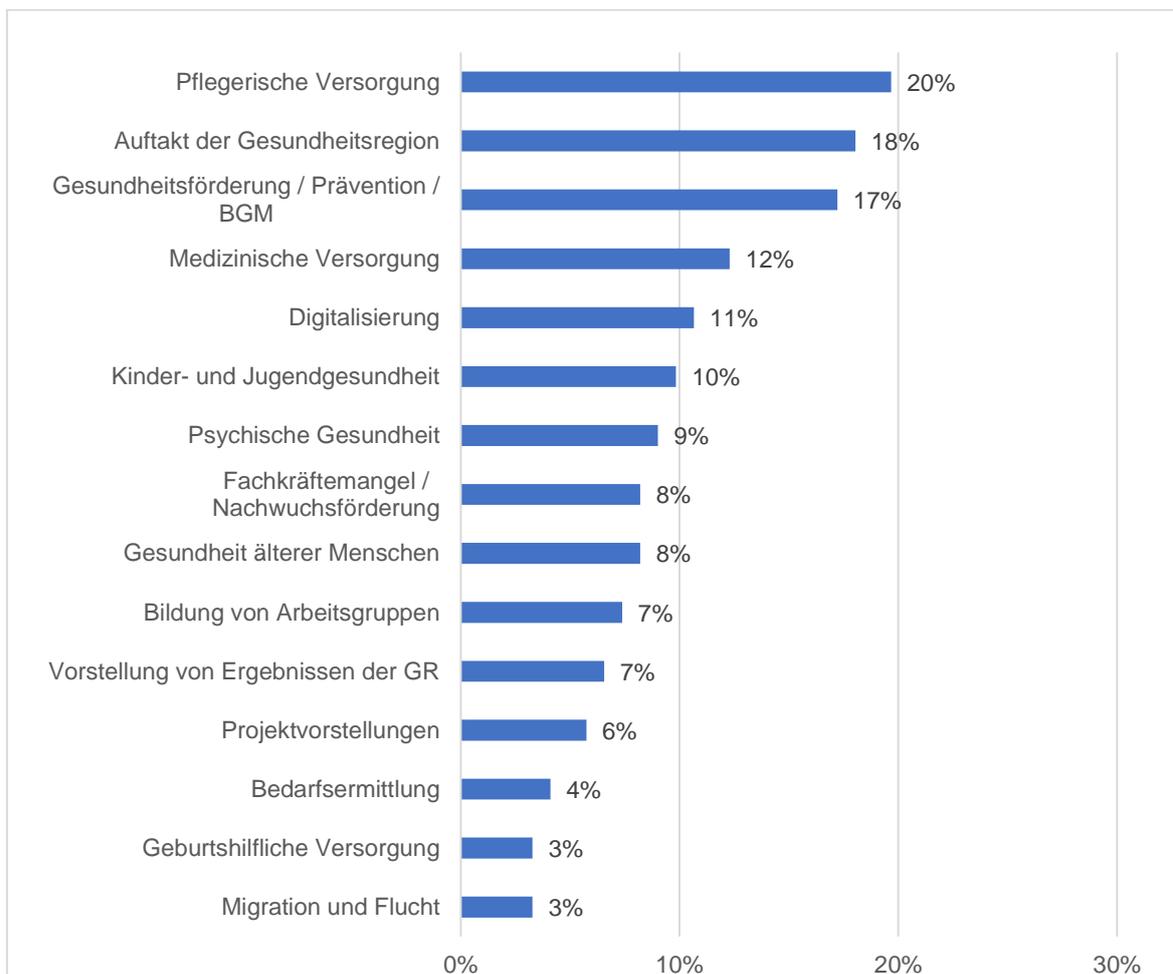


Abbildung 8: Häufige Schwerpunkte von Gesundheitskonferenzen

4.1.2.4 Regionale Koordinierungsstellen

Neben Steuerungsgruppen, Arbeitsgruppen und Gesundheitskonferenzen bilden die regionalen Koordinierungsstellen ein wichtiges Strukturelement der Gesundheitsregionen Niedersachsens und sind obligatorisch für den regionalen Strukturaufbau (Nds. Ministerium

für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021). Ein Großteil der Koordinierungsstellen (63 %) ist am jeweiligen regionalen ÖGD angesiedelt. Die Stellen sind zum Teil aber auch als Stabsstelle bei der Verwaltungsspitze, bei der Wirtschaftsförderung oder im regionalen Sozialreferat verortet (siehe Abbildung 9). Die Entscheidung über die Ansiedlung einer Koordinierungsstelle obliegt der jeweiligen Gesundheitsregion.

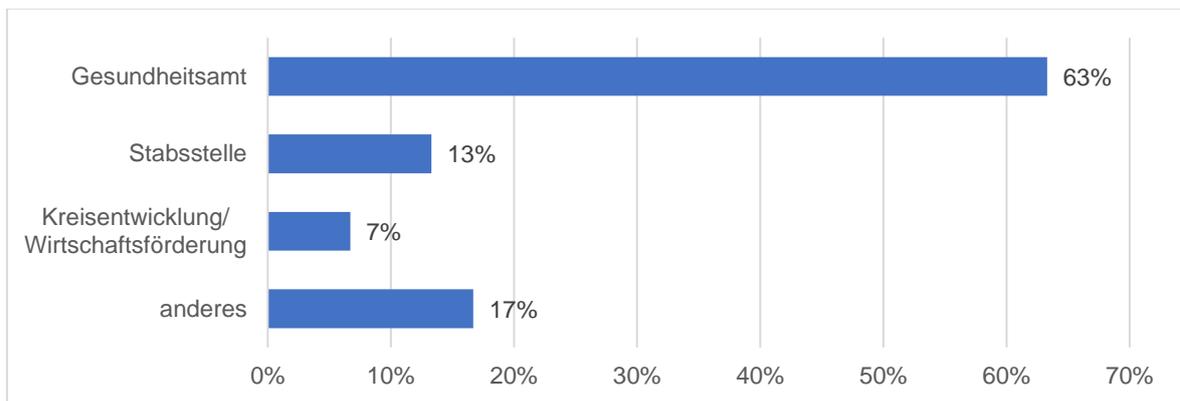


Abbildung 9: Ansiedlung der Koordinierungsstellen

Ausgestattet sind die Koordinierungsstellen personell pro Gesundheitsregion mit durchschnittlich 74 % einer regulären Vollzeitstelle. Da einige Gesundheitsregionen aus einem Zusammenschluss mehrerer Kommunen bestehen, ergibt sich pro Kommune eine Besetzung der Koordinierungsstellen mit durchschnittlich 62 % einer Vollzeitstelle (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Durchschnittlicher Stellenanteil der regionalen Koordinierungskräfte (100 % = Vollzeitstelle)

| | Mittelwert | SD | Minimum | Maximum |
|------------------------------|------------|------|---------|---------|
| Pro Gesundheitsregion | 74 % | 48 % | 10 % | 200 % |
| Pro Kommune | 62 % | 37 % | 10 % | 150 % |

Den qualifikatorischen Hintergrund bildet bei den meisten Koordinierungskräften ein Studium der Gesundheitswissenschaften, der Gesundheitskommunikation, Public Health oder Sozialwissenschaften.

In der Regel sind sie für ein breites Aufgabenspektrum zuständig, das nahezu immer regionale Netzwerkarbeit, Koordination von Steuerungsgruppen, Vernetzung mit anderen

Gesundheitsregionen, Projektbeantragung und Öffentlichkeitsarbeit umfasst. Auch andere Tätigkeiten, z. B. Koordination von Arbeitsgruppen, Organisation von Veranstaltungen, Dokumentation von Prozessen, Moderationstätigkeiten und konzeptionelle Arbeiten, fallen in ihren Verantwortungsbereich.

Die Vergütung ist nach dem Tarifvertrag des Öffentlichen Dienstes geregelt (z. B. TvöD VKA, TvöD SuE, TV-L, Besoldungsgruppe A). Die Eingruppierung erfolgt in verschiedenen Entgelt- bzw. Besoldungsgruppen und Erfahrungsstufen, sodass sich eine sehr heterogene Vergütungsstruktur ergibt.

4.1.2.5 Koordinierungskräftetreffen und Jahrestagungen

Auf landesweiten Koordinierungskräftetreffen in Hannover, die die Prozessbegleitung der Gesundheitsregionen anbietet, vernetzen und informieren sich die Koordinierungskräfte seit 2015 mehrmals im Jahr. Zwischen 2015 und 2021 (jeweils einschließlich) fanden insgesamt 24, pro Jahr also durchschnittlich drei dieser Treffen statt. Seit Beginn der COVID-19-Pandemie finden die landesweiten Koordinierungskräftetreffen auch teilweise digital statt. Angestrebt ist, insbesondere mit Blick auf zum Teil lange Anfahrtswege der Koordinierungskräfte, auch zukünftig jährlich je ein bis zwei digitale Treffen durchzuführen.

Ergänzend zu den Koordinierungskräftetreffen werden den Koordinierungskräften spezielle Schulungsangebote unterbreitet, beispielsweise zu den Themen Moderation und Öffentlichkeitsarbeit.

Außerdem findet seit 2014 jährlich auf Landesebene eine Jahrestagung der Gesundheitsregionen statt (Tabelle 3). Die Themenschwerpunkte werden anhand regionaler Bedarfslagen und ihrer Relevanz im politischen und wissenschaftlichen Diskurs gesetzt. Die Organisation erfolgt durch die Prozessbegleitung der LVG & AFS. Es werden zumeist Expertinnen und Experten aus dem Bundesgebiet für Fachvorträge und Diskussionsrunden geladen, die regionalen Koordinierungskräfte gestalten häufig Impulse zu regionalen Aktivitäten.

Tabelle 3: Jahrestagungen der Gesundheitsregionen Niedersachsen

| | Datum | Titel |
|------------------------|------------|---|
| 1. Jahrestagung | 18.11.2014 | Gesundheitsversorgung vor Ort zukunftsgerecht gestalten |
| 2. Jahrestagung | 09.10.2015 | Gesundheit im Lebensverlauf – Kommunale Gestaltungsräume |
| 3. Jahrestagung | 21.09.2016 | Gesunde Räume für eine Gesunde Zukunft |
| 4. Jahrestagung | 27.11.2017 | Vom Pilot- zum Erfolgsmodell!? Gesundheitsregionen Niedersachsen ziehen Bilanz |
| 5. Jahrestagung | 29.10.2018 | Wer? Wie? Was? Wie gelingt Kommunikation in kommunalen Gesundheitsfragen? |
| 6. Jahrestagung | 16.10.2019 | Erste Hilfe bei Projektitis – Nachhaltigkeit in der kommunalen Gesundheitsförderung und -versorgung |
| 7. Jahrestagung | 19.11.2020 | Gesundheit verbindet – regional, intersektoral, genial!? |
| 8. Jahrestagung | 04.11.2021 | Rundum gesund rund um die Geburt |
| 9. Jahrestagung | 30.05.2022 | Klug navigiert in Niedersachsen – Delegations- und Lotsenansätze im Gesundheitswesen |

4.1.3 Monetäre Ausstattung

Gemäß der Richtlinie der Gesundheitsregionen Niedersachsen (Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021) können die beteiligten Kommunen vom Land jährlich eine Strukturförderung bis maximal 20.000 € vorbehaltlich verfügbarer Haushaltsmittel erhalten. In den zurückliegenden Jahren wurden angesichts begrenzter Haushaltsmittel pro Kommune maximal 13.000 € ausgezahlt. Erfüllen die beteiligten Kommunen nicht alle Vorgaben oder beantragen weniger Mittel, kann die Förderung auch bei unter 13.000 € pro Jahr liegen.

Im Durchschnitt haben die Kommunen im Jahr 2021 jeweils 12.857 € Strukturförderung erhalten. Da fünf Gesundheitsregionen aus einem Zusammenschluss mehrerer Kommunen bestehen, ergibt sich pro Gesundheitsregion eine durchschnittliche Strukturförderung von 15.995 € für das Jahr 2021 (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Durchschnittlich in 2021 erhaltene Landesstrukturförderung und Eigenbeteiligung

| | | Mittelwert | SD ⁷ | Median ⁸ | Minimum | Maximum |
|--------------------------------|----------------------------|------------|-----------------|---------------------|----------|-----------|
| Struktur- förderung | Pro Gesund- heitsregion | 15.995 € | 7.439 € | 13.000 € | 11.411 € | 39.000 € |
| | Pro Kommune | 12.857 € | 425 € | 13.000 € | 11.411 € | 13.000 € |
| Eigen- mittel | Pro Gesund- heitsregion | 37.991 € | 35.779 € | 26.594 € | 1.061 € | 174.901 € |
| | Pro Kommune | 32.161 € | 26.542 € | 26.409 € | 1.061 € | 111.409 € |

Im Vergleich zu den 13.000 € aktuell maximal ausgezahlter Landesstrukturförderung pro Kommune ist der Eigenanteil, den die Kommunen im Jahr 2021 jeweils investiert haben, im Durchschnitt um den Faktor 2,5 erhöht und liegt bei durchschnittlich 32.161 € (siehe Abbildung 10). Die Abweichungen zwischen den Gesundheitsregionen sind hier allerdings hoch (SD = 26.542 €), der Median liegt bei 26.409 €.

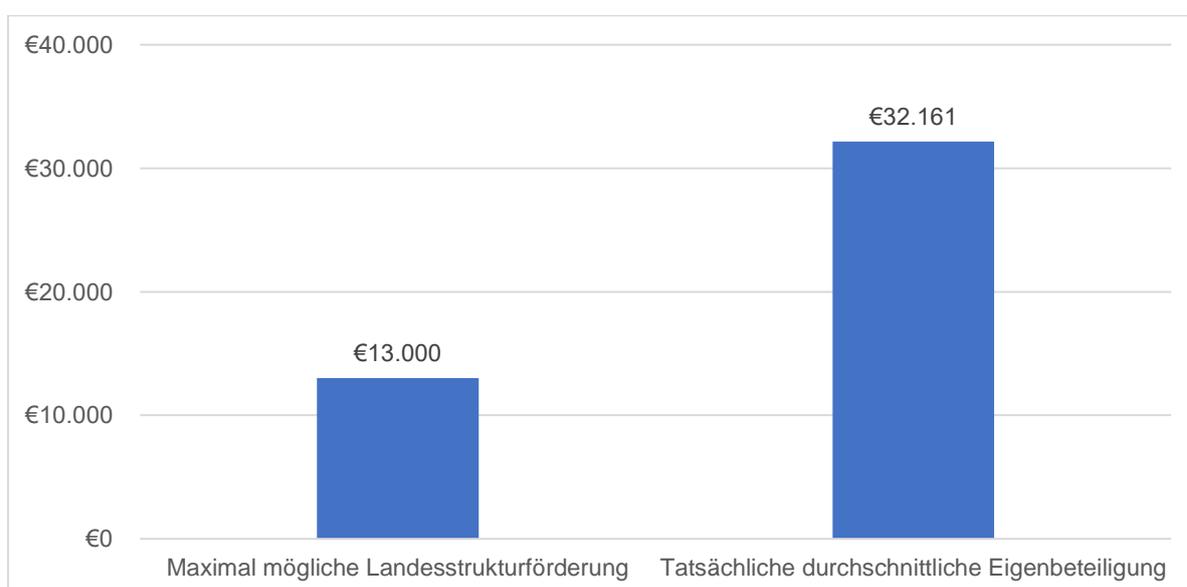


Abbildung 10: Durchschnittliche Eigenbeteiligung pro Kommune 2021 im Vergleich zur aktuell maximal ausgezahlten Landesstrukturförderung 2021

⁷ Die Standardabweichung ist ein Maß für die Streubreite der Werte eines Merkmals rund um dessen Mittelwert (arithmetisches Mittel).

⁸ Der Wert, der genau in der Mitte einer Datenverteilung liegt, nennt sich Median.

Nur zwei Gesundheitsregionen haben darüber hinaus angegeben, dass sie Drittmittel für strukturelle Zwecke in größerem Umfang erhalten haben. Dabei handelt es sich um

- 46.000 € aus Wirtschaftsförderung und Stadtentwicklung sowie
- 37.000 € aus dem Pakt für den ÖGD.

4.1.4 Öffentlichkeitsarbeit

Die Gesundheitsregionen nutzen unterschiedliche Möglichkeiten zur Öffentlichkeitsarbeit und Multiplikation ihrer Angebote (siehe Abbildung 11). Nahezu alle Gesundheitsregionen betreiben Pressearbeit und eine eigene Website. Mit Blick auf Soziale Medien werden insbesondere Kanäle auf Facebook und Instagram bespielt, allerdings jeweils von nur 20 % aller Gesundheitsregionen.

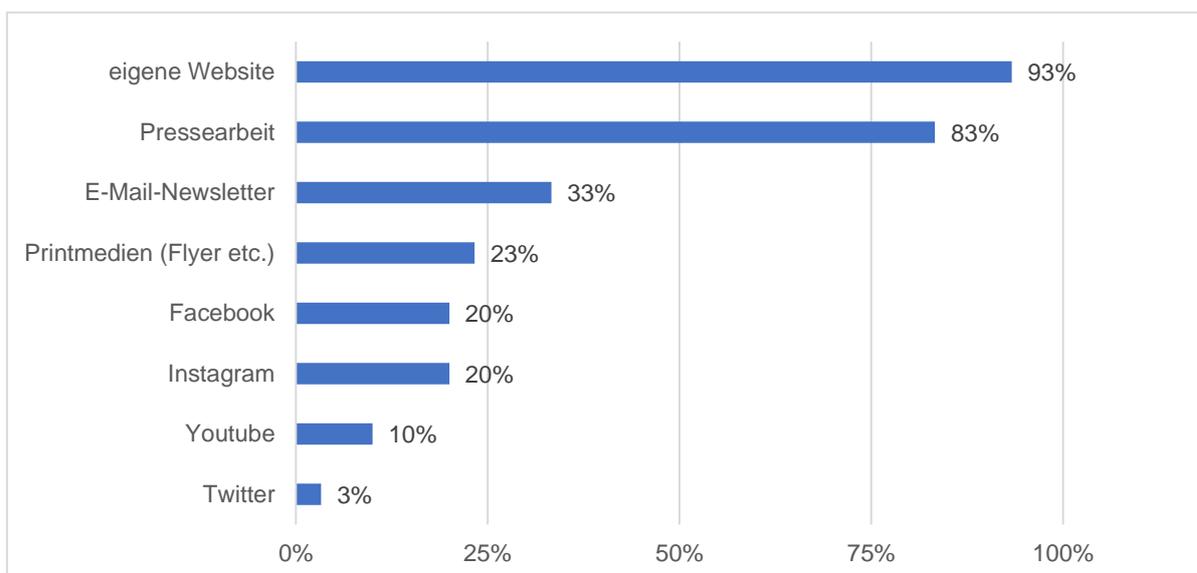


Abbildung 11: Medien zur Öffentlichkeitsarbeit

Darüber hinaus informiert die landesweite Prozessbegleitung seit 2015 in drei E-Mail-Newslettern pro Jahr über Aktivitäten und Entwicklungen aus den Gesundheitsregionen, Neuigkeiten auf Landesebene und fachlich-politischen Neuerungen aus dem Bundesgebiet.

4.1.5 Wahrnehmung des Strukturaufbaus aus Perspektive der Koordinierungskräfte

Mit Hilfe offen angelegter Fragebogenitems wurden die Koordinierungskräfte zu ihrer Wahrnehmung des Strukturaufbaus befragt. Ihre Antworten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Folgende Themenbereiche ergeben sich aus der Inhaltsanalyse:

- ➔ Steuernde Rolle der öffentlichen Verwaltung,
- ➔ Vernetzung und Kooperation sowie
- ➔ Transparenz.

4.1.5.1 Steuernde Rolle der öffentlichen Verwaltung

Nach Einschätzung der befragten Koordinierungskräfte verändert sich durch die Beteiligung an dem Strukturbildungsprozess der Gesundheitsregionen die Rolle und die Außenwahrnehmung der öffentlichen Verwaltung (sofern die Koordinierungsstelle der Gesundheitsregionen hier angesiedelt ist).

Es wird beschrieben, dass die Verwaltung die Rolle des zentralen Motors und der Steuerungsinanz der Gesundheitsregion übernimmt. Konkret lotet sie Synergien zwischen den beteiligten Gesundheitsakteuren aus, koordiniert und vernetzt die Beteiligten, befördert Kooperationen und moderiert den Gesamtprozess. Ideen und Handlungsbedarfe, die an die Gesundheitsregionen herangetragen werden, werden hier zentral gebündelt. Außerdem setzt die Kommune inhaltliche Impulse.

„Durch den Ansatz der Gesundheitsregionen wird die Rolle der Kommune im Rahmen der Versorgungsgestaltung verdeutlicht. Die Kommune übernimmt durch die koordinierende und lenkende Funktion Verantwortung in diesem Bereich.“

„Die Akteure schätzen es [,] im Landkreis eine Ansprechpartnerin für ihre Anliegen zu haben, die ihnen weiterhilft bzw. im Einzelfall auch die entsprechenden Kontakte vermittelt und auch Nahtstelle für Probleme ist.“

Durch die Übernahme dieser Aufgaben hat sich aus Perspektive der Koordinierungskräfte in vielen Gesundheitsregionen die Wahrnehmung der kommunalen Verwaltung in der Öffentlichkeit verbessert. Sie wird mit der Etablierung der Koordinierungsstelle zu einer festen und vernetzten Ansprechpartnerin in Gesundheitsfragen für die regional beteiligten Akteure im Gesundheitswesen und die Bürgerinnen und Bürger. Im Fokus stehen nicht mehr nur die hoheitlichen Schutz- und Überwachungsaufgaben des ÖGD, sondern auch die stärker steuernden, partizipativen und gesundheitsfördernden Tätigkeiten, die auch im Leitbild des

ÖGD aus dem Jahr 2018 als zentrale Handlungsfelder definiert sind (Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“ 2018).

„Der bekannte Fokus auf die ‚Kontrollbehörde‘ Gesundheitsamt als Verwaltungsstelle des Infektionsschutzes wird erweitert auf das Thema Gesundheitsförderung und Prävention. Durch die Gesundheitsregion wird der Öffentliche Gesundheitsdienst moderner, dienstleistungsorientierter und bürgernah wahrgenommen.“

Es wächst das Bewusstsein, dass sich der ÖGD am „Puls der Zeit“ bewegen kann, indem er aktuelle Gesundheitsthemen ein- und voranbringt und innovative Projekte mit initiiert.

„Die Akteure aus dem Gesundheitswesen in der Kommune erleben die Stadtverwaltung bzw. den ÖGD als Partner, der aktuelle Gesundheitsthemen ein- und voranbringt. Für mögliche Projektideen steht der ÖGD allen Organisationen fachlich zur Seite [...]“

4.1.5.2 Vernetzung und Kooperation

Nahezu alle Befragten gaben an, dass sich durch den Ansatz der Gesundheitsregionen die Vernetzung zwischen den relevanten Gesundheitsakteuren vor Ort verbessert hat. Im Fokus steht hier vor allem eine vereinfachte und beschleunigte Kommunikation auch über Sektorengrenzen hinweg, wodurch beispielsweise bei akuten Anliegen kurzfristig Absprachen ermöglicht werden. Die Strukturen der Gesundheitsregionen (insbesondere die Steuerungs- und Arbeitsgruppentreffen) bilden eine Plattform für diese Kommunikation, wobei die Moderation durch die Verwaltung eine Vermittlung auch bei unterschiedlichen Interessenlagen begünstigt.

„Im Fokus steht [...] die Vernetzung der Akteure. Es bedarf der Möglichkeit einer Zusammenkunft und neutralen Kommunikation, welche unter dem Dach der Gesundheitsregion [...] ermöglicht wird.“

Durch die Strukturen der Gesundheitsregionen intensivieren sich bestehende Beziehungen zwischen Akteuren und es bilden sich Netzwerke zwischen Akteuren, die bisher noch keine gemeinsamen inhaltlichen Schnittmengen hatten.

„Durch die Bildung der Gesundheitsregion konnte die Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen gefördert, bestehende Netzwerke gestärkt und neue Netzwerke aufgebaut werden.“

Durch den Ausbau von Vernetzungs- und Kooperationsbeziehungen innerhalb und zwischen den Gesundheitsregionen werden nach Einschätzung der Koordinierungskräfte Voraussetzungen dafür geschaffen, komplexe Gesundheitsthemen, deren Bearbeitung die Einbindung unterschiedlicher Gesundheitsakteure vor Ort voraussetzt, besser zu bearbeiten. Mit diesen Partnern braucht es interdisziplinäre Vernetzungen und gemeinsame Strategien, in deren Rahmen ein koordiniertes Vorgehen entwickelt, die Expertise der

unterschiedlichen Player systematisch eingebunden, Synergien genutzt und Angebote aufeinander abgestimmt werden.

„Durch die Etablierung der Gesundheitsregion [...] wurde ein Rahmen für die am Versorgungsprozess Beteiligten geschaffen, in dem ein Austausch über die Sektoren hinweg stattfinden kann und gemeinsame Projekte für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung [...] initiiert werden können. Wie beispielsweise die Coronapandemie gezeigt hat, ist die interdisziplinäre Vernetzung, die Nutzung von Synergieeffekten und die Bündelung von Ressourcen essentiell, um gemeinsam auch den zukünftigen Herausforderungen als „lernende Organisation“ im Gesundheitswesen zu begegnen.“

Die „Marke Gesundheitsregion“ scheint dabei eine Zugkraft entwickelt zu haben, die Akteure aus dem regionalen Gesundheitswesen mobilisiert und zur Zusammenarbeit motiviert. Hierin besteht auch die Chance, einen Kulturwandel in der gemeinsamen Zusammenarbeit zu forcieren.

„Insgesamt läuft die Entwicklung von einem „Dafür bin ich nicht zuständig.“ Zu einem „WIE können wir es gemeinsam schaffen?“

Der Ansatz der niedersächsischen Gesundheitsregionen bietet aus Perspektive der Koordinierungskräfte außerdem verwaltungsinterne Vernetzungspotenziale. In vielen der teilnehmenden Kommunen wirken Beteiligte des Gesundheitsressorts und anderer Fachbereiche zusammen. Beispielsweise werden andere Ämter für die Koordination der Arbeitsgruppen herangezogen oder Projekte werden in Kooperation mit anderen Ämtern umgesetzt. Dies führt dazu, dass die Struktur und Expertise der Gesundheitsregion auch verwaltungsintern präsenter sind und genutzt werden, wenn inhaltliche Schnittmengen bestehen. Diese Entwicklungen begünstigen, dass Gesundheit vermehrt im Sinne des Health-in-all-Policies-Ansatzes (World Health Organization 2014) als Querschnittsthema über unterschiedliche inhaltliche Ressorts und Politikbereiche hinweg gestaltet werden kann.

„Viele Ämter mit Schnittstelle zum Thema Gesundheit denken diese mit und beziehen die Gesundheitsregionen oder das Gesundheitsamt aktiv in Projekte mit ein.“

„Deutliche Verbesserungen stellen wir auch in der internen Kommunikation fest. Durch gemeinsame Planung von Veranstaltungen oder Zusammenarbeit in Projekten, die bereichsübergreifend funktionieren, konnte eine solide Basis auf Arbeitsebene gegründet werden.“

Einige Befragte berichten, dass sich auch Beziehungen zu Netzwerken und Verbänden außerhalb der Gesundheitsregionen intensivieren. Schnittstellen bilden in diesen Fällen die Koordinierungskräfte, die als Vertretung der Gesundheitsregionen an dieser Stelle Vernetzungsarbeit leisten. So lässt sich eine breit angelegte Vernetzungsstruktur in den Kommunen etablieren.

„Durch die Koordinierungsstelle ergeben sich nun immer häufiger Anfragen zur Teilnahme und Mitgliedschaft an diversen Expertenbeiräten, gesundheitspolitischen Vorträgen oder Veranstaltungen.“

Eine bedeutsame Komponente des Ansatzes der Gesundheitsregionen Niedersachsen ist nicht zuletzt die Förderung überregionaler Vernetzung und Kooperation mit anderen Gesundheitsregionen, um den Wissensaustausch zwischen den beteiligten Kommunen zu befördern, neue Impulse für die Arbeit vor Ort zu generieren und Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu ergreifen.

„Gleichzeitig bilden die Gesundheitsregionen untereinander ein wichtiges Netzwerk. Sei es, um wirksame Projekte vorzustellen und dadurch auch in anderen Regionen anzusiedeln (beispielsweise Hebammenzentrale) und Erfahrungen auszutauschen, als auch gemeinsam Projekte zu initiieren (beispielsweise Projekt Erleben).“

Eine zentrale Grundlage zur überregionalen Zusammenarbeit stellen nach Einschätzung der Befragten die regelmäßigen, durch die LVG & AFS organisierten Treffen der Koordinierungskräfte dar, die drei bis vier Mal pro Jahr stattfinden. Darüber hinaus sind viele Koordinierungskräfte der Gesundheitsregionen auch auf anderen Ebenen miteinander vernetzt und leisten auf Zuruf niedrigschwellige kollegiale Beratung am Telefon oder per E-Mail.

„Hier in der Region [...] sind die Koordinatorinnen und Koordinatoren sehr gut untereinander vernetzt. Es wird auch häufig einfach mal der Telefonhörer in die Hand genommen.“

Insbesondere diese kleinräumigere, regionale Vernetzung von Gesundheitsregionen wird als nutzenbringend erachtet, um gesundheitlichen Versorgungsbedarfen zu begegnen, die nicht an den Landkreisgrenzen Halt machen und durch übergreifende Kooperationen leichter bewältigt werden können. Außerdem wird durch diese Form des Austausches die Arbeit vor Ort befördert, z. B. durch neu gewonnene Impulse im Bereich der Gesundheitsplanung und -förderung.

„Der Austausch vor allem mit den nordwestlichen Gesundheitsregionen hat für neue Impulse in der eigenen Kommune gesorgt. Insgesamt profitiert die Kommune von dem Austausch und der Vernetzung sowohl regional als auch überregional.“

„Insbesondere die (über die vom Land geplante Vernetzung hinaus gehende) regionale Vernetzung mit weiteren Koordinatorinnen und Koordinatoren der Gesundheitsregionen kann eine Neuausrichtung der Versorgungsgestaltung vorantreiben.“

„Der überregionale Austausch und die fachliche Begleitung durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. stärkt die Gesundheitsplanung und -förderung vor Ort.“

Mitunter werden aber auch Schwierigkeiten in der regionsübergreifenden Kooperation berichtet, besonders wenn Kommunen gemeinsame Projekte und Maßnahmen auf Basis gemeinsamer Finanzierung umsetzen möchten.

„Eine regionsübergreifende Zusammenarbeit ist schwierig. Auf der Ebene der Koordinatorinnen und Koordinatoren ist es gut, aber da, wo es um gemeinsame Finanzierungsmodelle geht eher schwierig.“

4.1.5.3 Transparenz

Die verstärkte Vernetzung und Kommunikation der Akteure des örtlichen Gesundheitswesens tragen nach Einschätzung der Befragten dazu bei, dass gesundheitliche Belange und Herausforderungen an Aufmerksamkeit gewinnen. Entsprechende Handlungsfelder lassen sich auf diese Weise frühzeitig identifizieren.

„Die Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung werden durch die Arbeit der Gesundheitsregion stärker in den Fokus gerückt.“

„Durch den intensiven und oftmals kritischen Austausch können Probleme frühzeitig identifiziert und diskutiert werden [...].“

„Die Akteure vor Ort können Bedarfslagen für gesundheitsversorgerische und gesundheitsförderliche Projekte und Strukturen am besten beurteilen. Diese Bedarfslagen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Lebensphase der Menschen vor Ort, sondern sind auch von den regionalen Strukturen und Gegebenheiten abhängig.“

Die Zusammenarbeit relevanter Gesundheitsakteure trägt dazu bei, dass das gegenseitige Wissen über bestehende regionale Aktivitäten und Angebote zunimmt, die Transparenz an dieser Stelle wird also gesteigert. Das gelingt nur, weil im Rahmen der Gremien der Gesundheitsregionen die gesammelte Expertise vieler zentraler Gesundheitsakteure der Kommune zusammenkommt.

„In der Kommunikation zwischen den Akteuren in der Gesundheitsregion durch die Steuerungsgruppe, Runde Tische und Konferenzen werden die Strukturen der örtlichen Versorgung viel transparenter.“

4.2 Projekte und Maßnahmen der niedersächsischen Gesundheitsregionen

Im Rahmen des diesjährigen Monitoring-Durchgangs wurden insgesamt 178 Projekte und Maßnahmen aus 26 der 30 Gesundheitsregionen zurückgemeldet. Auch der Landkreis Lüneburg, der von 2015 bis 2017 Gesundheitsregion war, meldete zwei Projekte aus der aktiven Zeit zurück. Zudem wurden drei Projekte berichtet, die in Holzminden durchgeführt wurden, als der Landkreis noch eine eigenständige Gesundheitsregion und noch nicht mit der Gesundheitsregion Göttingen/Südniedersachsen fusioniert war. Insgesamt konnten somit 178 Projekte und Maßnahmen in der Analyse berücksichtigt werden.

Die 178 zurückgemeldeten Aktivitäten inkludieren auch die meisten der Projekte, die durch die gemeinsamen Fördermittel der Kooperationspartner der Gesundheitsregionen finanziert wurden. 38 der 42 auf diesem Wege finanzierten Projekte wurden zurückgemeldet.

Im Rahmen der Projektförderung der Gesundheitsregionen Niedersachsen wurden bis einschließlich 2021 103 Projektanträge durch die beteiligten Regionen gestellt. Bei 42 geförderten Projekten ergibt sich folglich eine Förderquote von 41 %. Die Anzahl der Projektanträge und geförderten Projekte sind seit 2016 tendenziell leicht rückläufig (siehe Abbildung 12).

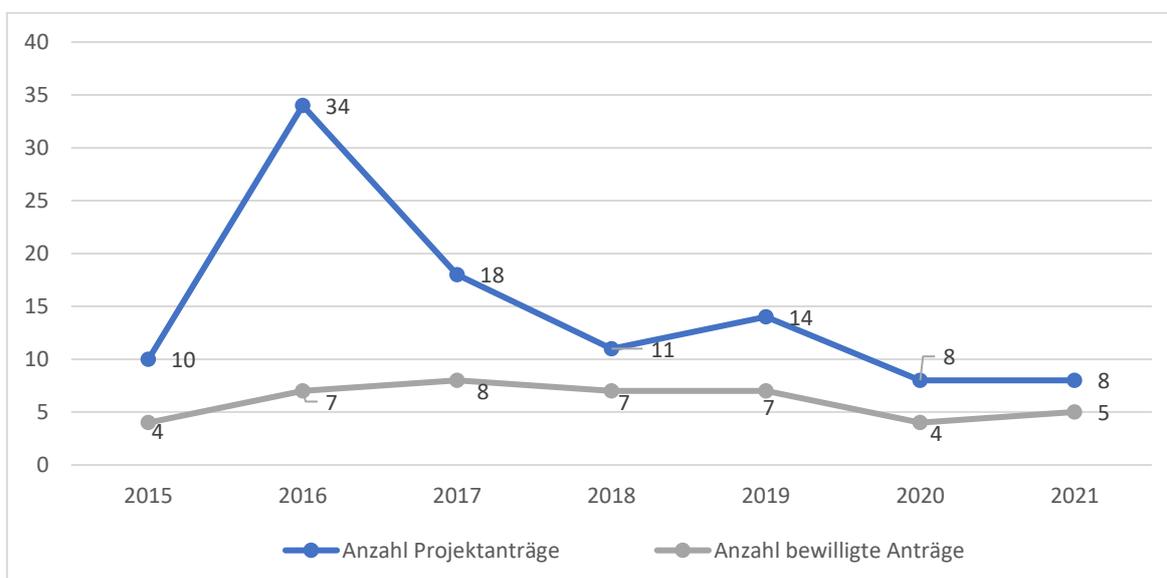


Abbildung 12: Projektanträge im Rahmen der Förderstrukturen der Gesundheitsregionen (pro Kalenderjahr ein Stichtag für die Antragseinreichung (Ausnahme: 2016 & 2021 je zwei Stichtage))

Im Folgenden finden sich Auswertungen der Gesamtheit aller 178 eingereichten Projekte und Maßnahmen (**gesamt**). Außerdem werden immer auch die 38 über die gemeinsamen Fördermittel der Gesundheitsregionen umgesetzten Projekte (**Fördermittel GR**) und die 140 über andere Quellen refinanzierten Aktivitäten (**andere Finanzierung**) separat ausgewiesen.

Bei sieben (18 %) jener Projekte, die durch die gemeinsamen Mittel der Kooperationspartner gefördert wurden, handelt es sich um Kooperationsprojekte, die von zwei oder mehr Gesundheitsregionen gemeinsam umgesetzt wurden. Gleiches gilt für zehn (7 %) der Projekte mit anderer Finanzierung.

4.2.1 Kosten und Finanzierungsquellen

Die gemeldeten Projekte und Maßnahmen speisen sich aus drei unterschiedlichen Finanzierungsquellen (siehe Abbildung 13). Hierzu zählen

1. Fördermittel, die von den Kooperationspartnern der Gesundheitsregionen gemeinsam für innovative Projekte in den beteiligten Kommunen bereitgestellt werden (Fördermittel GR),⁹
2. Eigenmittel der jeweiligen Kommune (Eigenmittel) sowie
3. weitere Drittmittel, etwa von Stiftungen, Krankenkassen oder anderen Förderprogrammen.

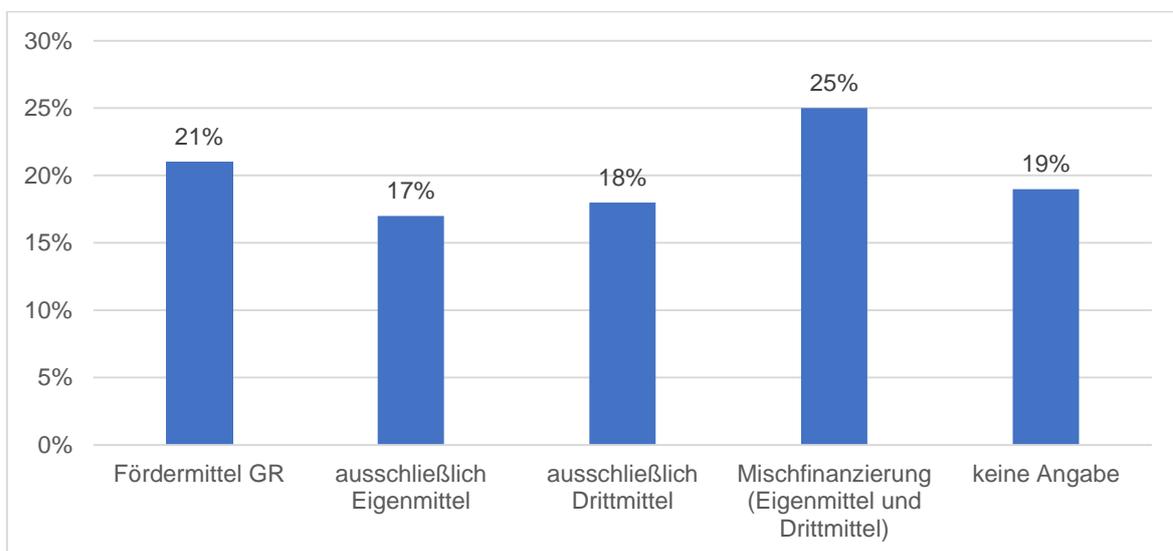


Abbildung 13: Anteil der Projekte nach Förderquellen¹⁰

Die Budgets bzw. Kostenrahmen der gemeldeten Projekte sind insgesamt sehr heterogen. Bei Projekten, die über die Fördermittel der Kooperationspartner realisiert werden, ist der Anteil mit Projektetats von über 50.000 € höher als bei Projekten und Maßnahmen, die aus anderen Quellen finanziert werden (siehe Abbildung 14).

⁹ Projekte, die über die gemeinsamen Fördermittel der Kooperationspartner umgesetzt werden, müssen immer durch einen Eigenmittelanteil der jeweiligen Kommune von mindestens 10 % bezuschusst werden.

¹⁰ Bei der Interpretation der gemeldeten Finanzierungsgrundlagen muss generell beachtet werden, dass sich die konkret angegebenen Finanzierungsrahmen möglicherweise auf mehrere Projektphasen beziehen. Das gilt auch für jene Projekte, die aus Fördermitteln der Kooperationspartner realisiert wurden bzw. werden. Hier sind also möglicherweise auch Projektphasen eingerechnet, in denen diese Art der Finanzierung keine Rolle mehr spielte. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die Fördermittel der Gesundheitsregionen in allen entsprechenden Fällen zumindest Anschubfinanzierung geleistet haben.

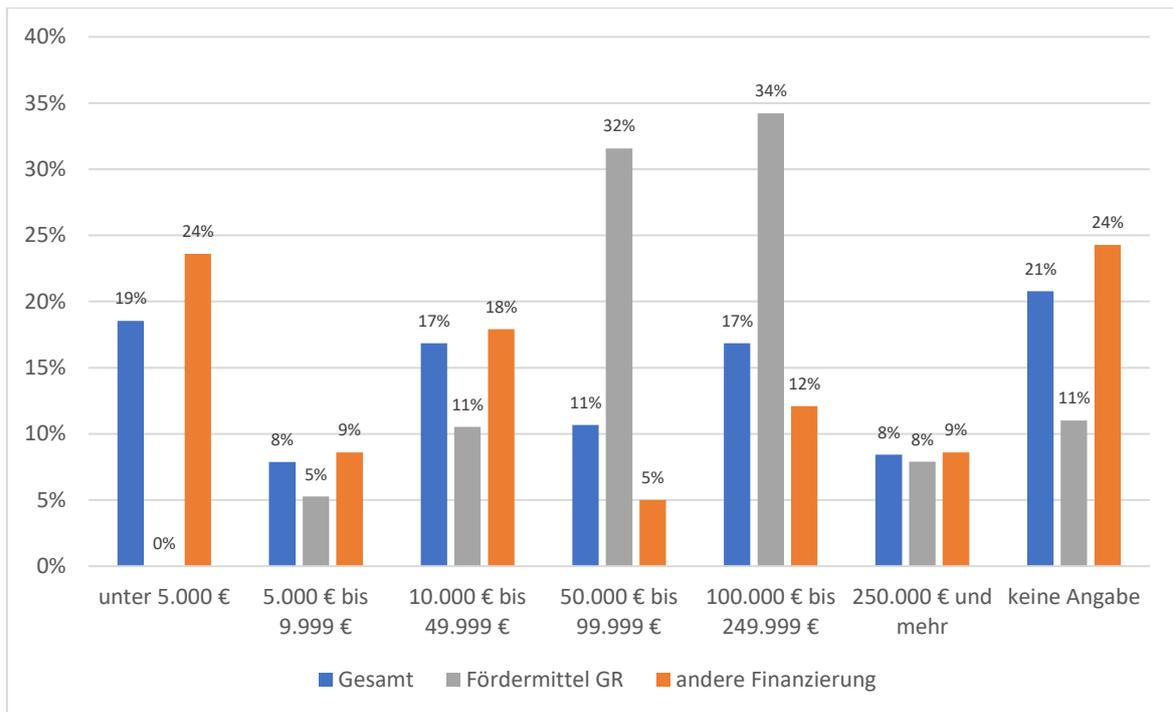


Abbildung 14: Anteil der Projekte nach Projektetat

Im Mittel liegt der Finanzierungsrahmen aller berichteten Projekte und Maßnahmen bei gut 200.000 €, sie unterscheiden sich hierbei allerdings teilweise deutlich voneinander (SD = 950.246 €). Der Median liegt bei 32.000 €. Auch beim Median-Vergleich wird deutlich, dass jene Projekte, die über die Fördermittel der Kooperationspartner realisiert werden, im Mittel über höhere Etats verfügen als Projekte, die aus anderen Finanzierungsquellen bezuschusst werden (100.000 € vs. 15.000 €) (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Deskriptive Statistiken zu Projektetat

| | Mittelwert | SD | Median | Minimum | Maximum |
|----------------------------|------------|-----------|-----------|---------|--------------|
| Gesamt | 203.161 € | 950.246 € | 32.000 € | 200 € | 10.000.000 € |
| Fördermittel GR | 272.738 € | 875.655 € | 100.000 € | 8.100 € | 5.313.122 € |
| andere Finanzierung | 180.188 € | 973.119 € | 15.000 € | 200 € | 10.000.000 € |

Bei den Projekten, die aus den Fördermitteln der Gesundheitsregionen finanziert werden, ist obligatorisch, dass die jeweiligen Kommunen einen Eigenanteil von mindestens 10 % einbringen. Im Durchschnitt liegt dieser jedoch sogar bei 20 % der Gesamtprojektkosten. 69 % der Gesamtkosten werden im Durchschnitt aus den Fördermitteln der Gesundheitsregionen finanziert, die verbleibenden 11 % potenziell aus weiteren Drittmitteln, wobei hier nicht immer konkrete Angaben gemacht wurden.

4.2.2 Themenbereiche und Dialoggruppen

Die umgesetzten Projekte und Maßnahmen können unterschiedlichen Themenbereichen zugeordnet werden (siehe Abbildung 15). Die Verteilung entspricht hierbei etwa der Häufigkeit der ansonsten in den Gesundheitsregionen bearbeiteten Themenfelder.

In der Gruppe der durch die Kooperationspartner der Gesundheitsregionen gemeinsam finanzierten Projekte nehmen Ansätze zur Verbesserung der psychischen Gesundheit, zur Förderung integrierter Versorgung und zur Erprobung von Casemanagement- und Lotsenansätzen einen überproportional großen Stellenwert gegenüber den auf anderen Wegen finanzierten Projekten ein.

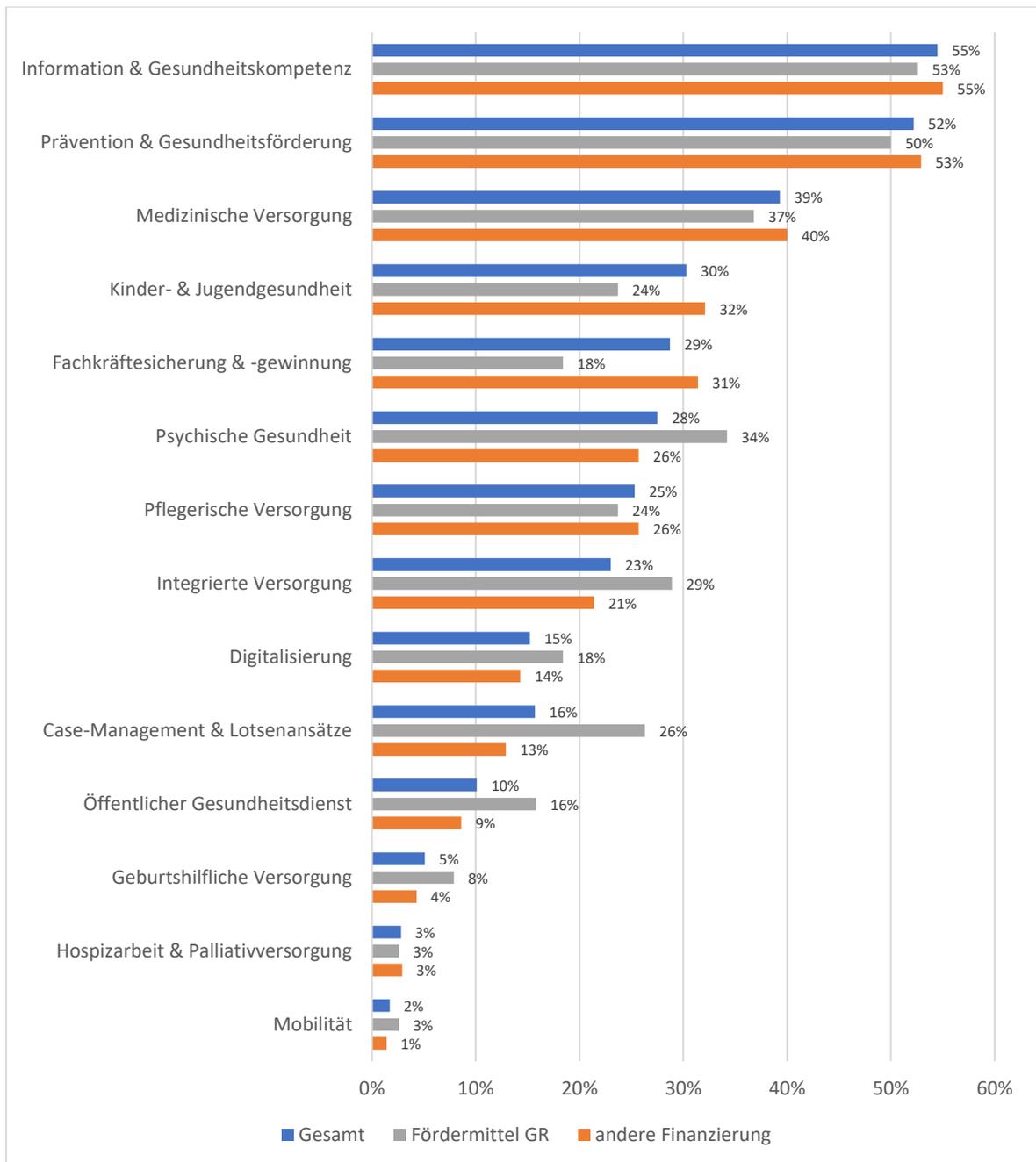


Abbildung 15: Themenbereiche der Projekte und Maßnahmen

Auf Basis der Freitextantworten der zugelieferten Fragebögen können die oben quantifizierten Themenbereiche inhaltlich weiter unterfüttert werden:

- ➔ Im Fokus vieler Projekte steht die Verbesserung des Zugangs zu Leistungen des Gesundheitssystems oder weiteren Unterstützungsangeboten (etwa durch Lotsenansätze, die Unterstützungsangebote vermitteln oder Mobilitätsansätze zum Abbau räumlicher Distanzen zu Gesundheitsangeboten) oder die Unterstützung bei der Alltagsbewältigung (z. B. durch Seniorenbegleitung).

-
- ➔ Die Vermittlung von Gesundheitsinformationen und Gesundheitskompetenz erfolgt z. B. durch Beratungsangebote, digitale Angebotsplattformen und Fortbildungen.
 - ➔ Projekte nehmen immer wieder auch die Verbesserung der Qualität erbrachter Gesundheitsleistungen in den Fokus, z. B. durch interdisziplinäre Pflege- und Behandlungskonferenzen für Heimbewohnerinnen und -bewohner oder digitale Hilfen für die Kommunikation zwischen medizinischem Fachpersonal und nicht deutschsprechenden Patientinnen und Patienten.
 - ➔ Personal- und Nachwuchskräftegewinnung sowie Ansiedelung von Ärztinnen und Ärzten wird insbesondere durch Stipendien, Verbundweiterbildungen und Mentoren- und Netzwerkprogramme umgesetzt, wobei sich diese primär an (angehende) Medizinerinnen und Mediziner, sekundär aber auch an (angehende) Pflegekräfte und punktuell auch an (angehende) Hebammen richten.
 - ➔ Die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Akteuren im Gesundheitssystem wird etwa über Pflēgetische oder Runde Tische verbessert.
 - ➔ Sofern Entlastung von Beschäftigten im Gesundheitswesen in Projekten und Maßnahmen erzielt werden soll, wird dies etwa durch Delegation ärztlicher Leistungen an andere Berufsgruppen im Gesundheitssystem, Verstärkung von Teamarbeit oder Umverteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten forciert.

Weitere Projektinhalte sind u. a.:

- ➔ Gesundheitsförderung und Stressbewältigung in Gesundheitsberufen,
- ➔ Kompetenz- und Informationsgewinn der Beschäftigten im Gesundheitswesen sowie
- ➔ Sensibilisierung für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen.

Mit ihren Projektaktivitäten sprechen die Gesundheitsregionen zudem verschiedene Zielgruppen an. Für die Auswertung der Zielgruppen wurden aus Freitextantworten die in den Abbildungen 16, 17 und 18 darstellten Kategorien gebildet.

Grundlegend unterschieden wurde zwischen Projekten, die 1. Ausschließlich Beschäftigte im Gesundheitswesen, 2. Ausschließlich andere Bevölkerungsgruppen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (andere Personengruppen) und 3. Sowohl Beschäftigte im Gesundheitswesen als auch andere Personengruppen in den Blick nehmen (siehe Abbildung 16).

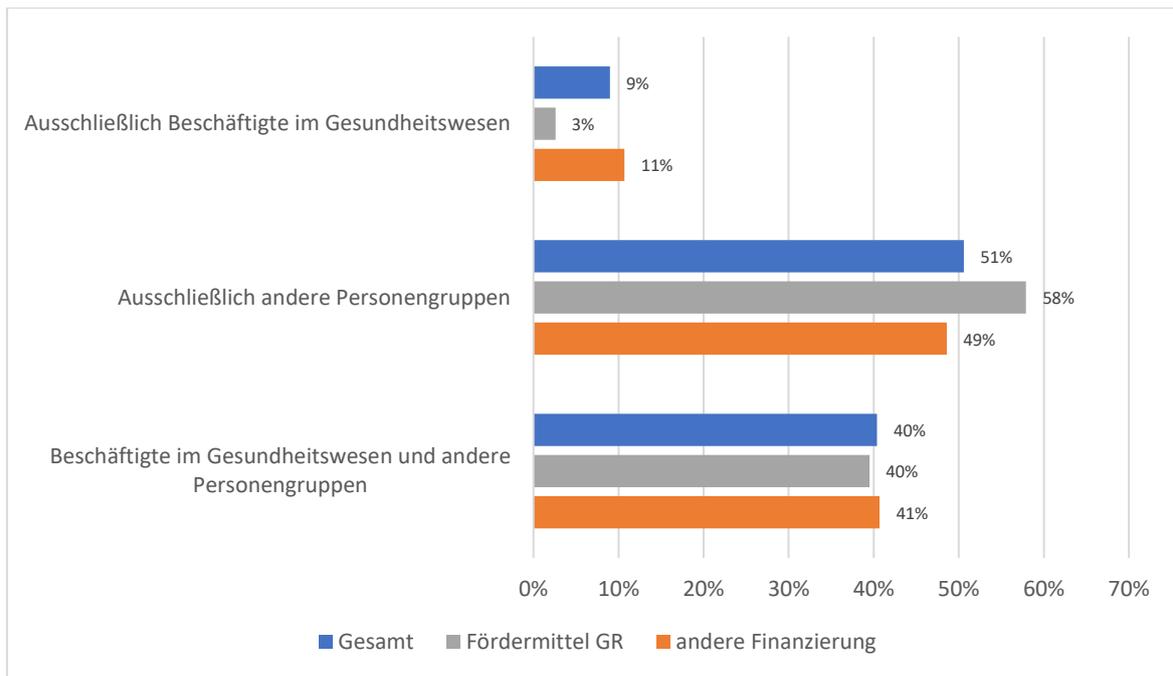


Abbildung 16: Zielgruppen der Projekte und Maßnahmen

Unter jenen Projekten und Maßnahmen, die sich (auch) an Beschäftigte des Gesundheitswesens richten (ausschließlich Beschäftigte plus Beschäftigte und andere Personengruppen), sind Projekte, die Ärztinnen und Ärzte in den Blick nehmen, mit 16 % am häufigsten vertreten, gefolgt von Projekten, die sich an Studierende/Auszubildende richten (siehe Abbildung 17). Bei Letzteren kann ein deutlicher Unterschied beobachtet werden zwischen jenen Maßnahmen, die über die gemeinsamen Fördermittel der Kooperationspartner (5 %) und jenen, die aus anderen Quellen (16 %) finanziert werden.

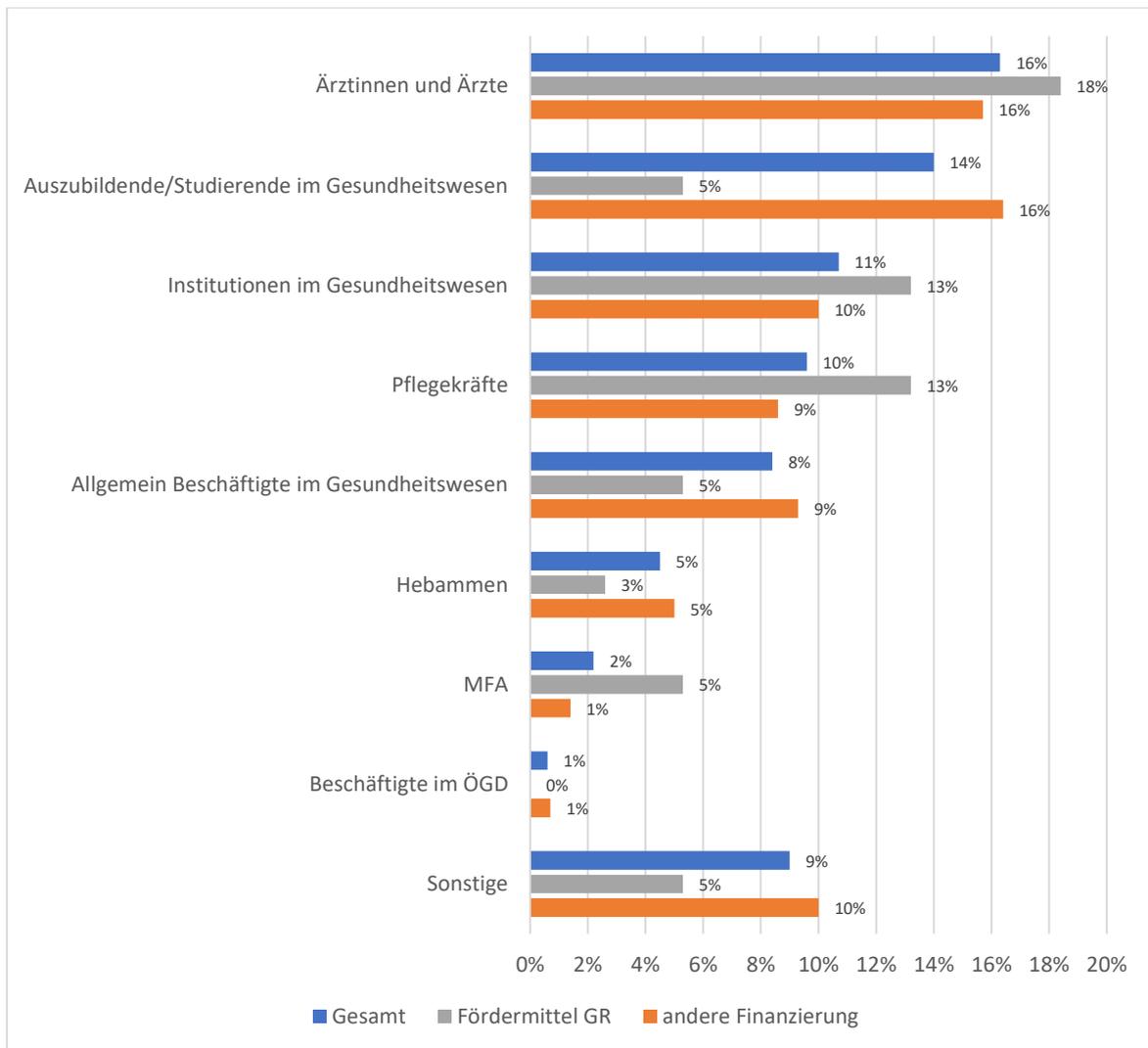


Abbildung 17: Zielgruppen der Projekte und Maßnahmen – Beschäftigte im Gesundheitswesen

In Projekten, die sich (auch) an andere Personengruppen richten (ausschließlich andere Personengruppen + Beschäftigte und andere Personengruppen), werden unterschiedlichste Alters- und Bevölkerungsgruppen avisiert. Darunter etwa Familien, Kinder- und Jugendliche, Angehörige aber auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Institutionen außerhalb des Gesundheitswesens (siehe Abbildung 18).

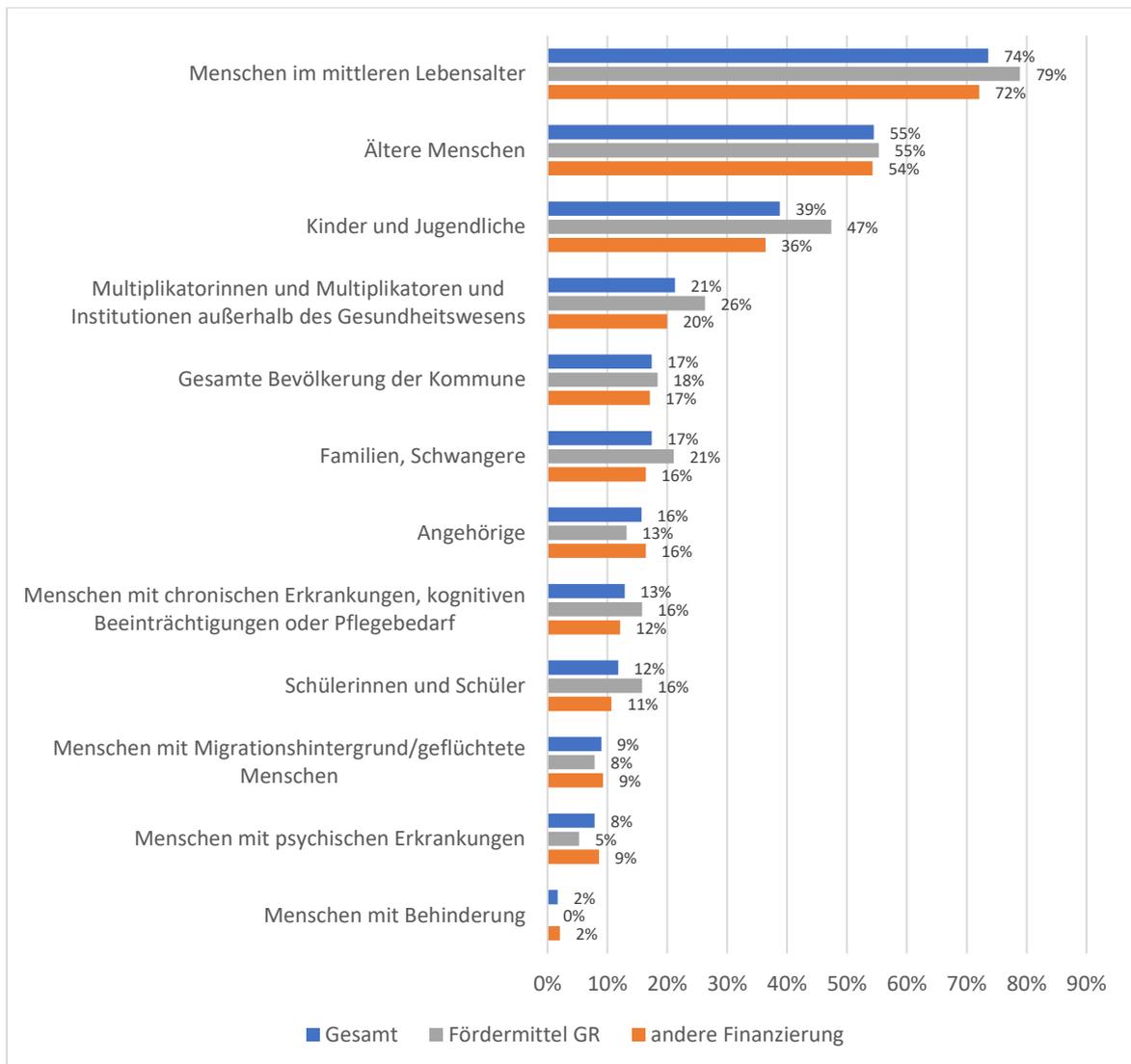


Abbildung 18: Zielgruppen der Projekte und Maßnahmen – Bevölkerung

4.2.3 Qualitätssicherung und Evaluation

Evaluation hat bei der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -förderung eine große Bedeutung, um diese einer fachgerechten Bewertung zu unterziehen und ihre Wirksamkeit auszuloten. Konsequenterweise eingebettet in ein am Public-Health-Action-Cycle (Rosenbrock 1995) orientiertes Vorgehen können die Ergebnisse einen großen Beitrag zur Qualitätssicherung von Gesundheitsinterventionen leisten.

In den niedersächsischen Gesundheitsregionen werden die Auswirkungen der umgesetzten Projekte und Maßnahmen auf unterschiedliche Weise erhoben, festgehalten und berichtet. Die Qualität etwaiger Evaluationsansätze ist deshalb entsprechend heterogen. Während bei einigen Aktivitäten beispielsweise gänzlich auf Evaluationsmaßnahmen

verzichtet wird, werden Daten bei anderen Projekten und Maßnahmen durch die Beteiligten selbst erhoben oder es werden regelmäßige Reflexionsschleifen mit den Projektverantwortlichen vor Ort durchgeführt (Selbstevaluation). Innerhalb derer werden der Umsetzungsstand beobachtet und Erfolge und Misserfolge ausgewertet. Insbesondere bei Aktivitäten mit umfänglichen Projektbudgets kommen mitunter methodisch aufwändige externe Evaluationen durch wissenschaftliche Forschungseinrichtungen zum Einsatz.

Nach Angaben der Befragten sind etwa 50,6 % der Projekte und Maßnahmen, die in den vergangenen Jahren in den Gesundheitsregionen entstanden sind, evaluiert. Die übrigen 49,4 % sind ausdrücklich nicht evaluiert oder es wurden hierzu keine Angaben übermittelt (siehe Abbildung 19).

Die Evaluationsquote der Projekte, die durch die gemeinsame Förderung der Kooperationspartner umgesetzt werden bzw. wurden, ist dabei mit 84 % vergleichsweise hoch. Da ein vorliegendes Evaluationskonzept aber auch ein wichtiges Förderkriterium darstellt, überrascht dieses Ergebnis wenig.

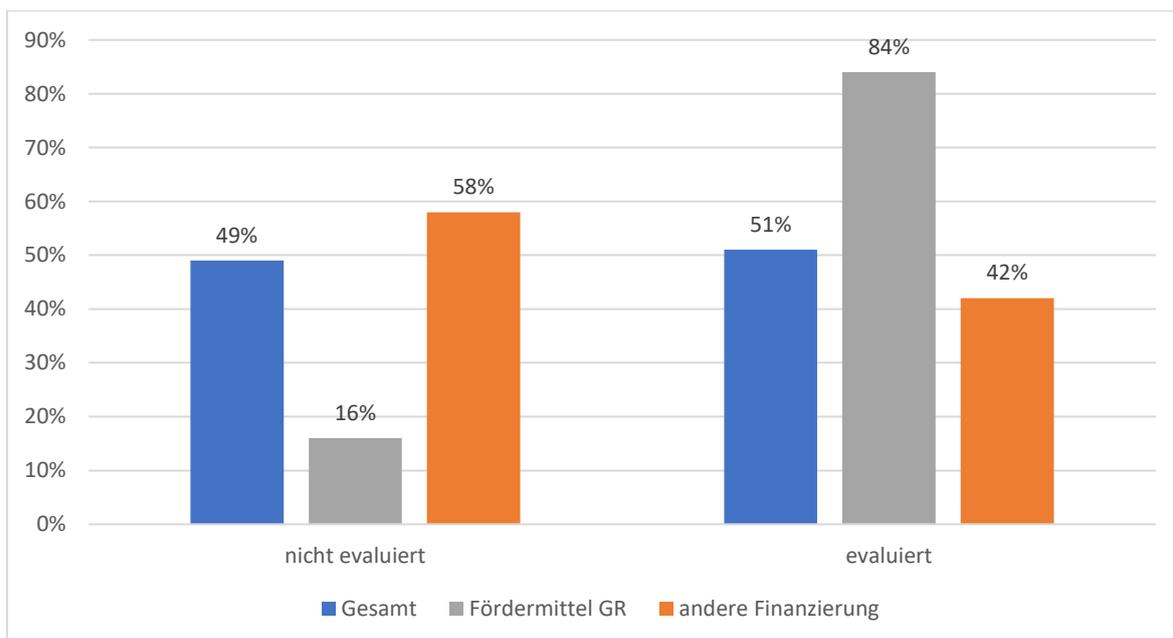


Abbildung 19: Anteil der evaluierten Projekte und Maßnahmen

Überwiegend handelt es sich bei den realisierten Evaluationen um Selbstevaluationen. Ein begrenzter Anteil von knapp 27,5 % der evaluierten Projekte wurde durch Forschungseinrichtungen oder andere wissenschaftliche Dienstleister extern evaluiert. Dieser Anteil ist unter den durch die gemeinsamen Fördermittel der Kooperationspartner umgesetzten

Projekten größer als unter den Projekten, die sich anderer Finanzierungsquellen bedienen (siehe Abbildung 20).

Ausschlaggebend für das Ausbleiben externer Evaluationen sind in erster Linie fehlende finanzielle Mittel und knappe personelle Ressourcen, die einer Einbindung von Universitäten, Hochschulen und anderen Forschungseinrichtungen entgegenstehen, wie eine Auswertung der Freitextfelder zeigt.

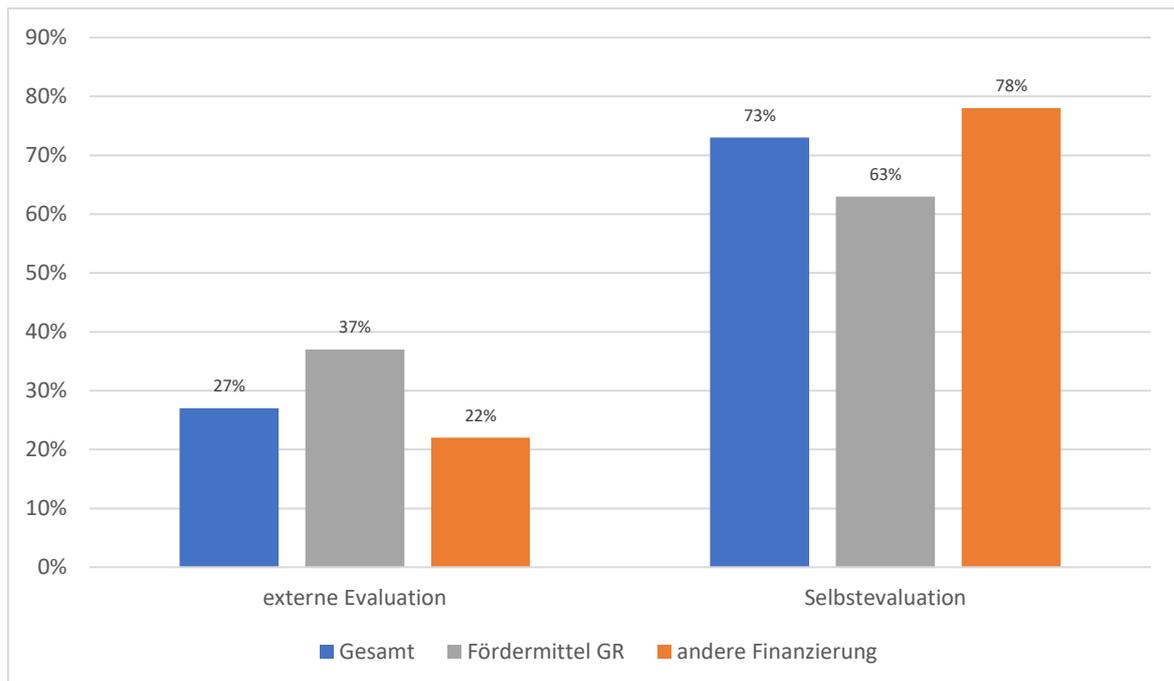


Abbildung 20: Anteil der Selbstevaluationen und externen Evaluationen unter den evaluierten Projekten und Maßnahmen

4.2.4 Zielerreichung

Über die tatsächlichen Zielerreichung der einzelnen Projekte und Maßnahmen lassen sich im Rahmen des Monitorings nur bedingt Aussagen treffen. In der Erhebung wurden die Koordinierungskräfte und Projektverantwortlichen zwar zur Zielerreichung der jeweiligen Aktivitäten befragt. Die Antworten hierzu fußen aber auf unterschiedlichen Ansätzen zur Qualitätssicherung bzw. Evaluation (siehe Kapitel 3.2.3), sind außerdem häufig subjektive Einschätzungen und nicht sinnvoll standardisierbar. Hinzu kommt, dass viele der Aktivitäten zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abgeschlossen waren oder aber die Projektumsetzung schon einige Jahre zurücklag und so nicht mehr in den Verantwortungsbereich der Befragten fiel.

Wurden Auswirkungen berichtet, lässt sich zu großen Teilen ein Erreichen der intendierten Zielsetzungen ableiten – weitestgehend unabhängig davon, ob sich die Aktivitäten an Beschäftigte im Gesundheitswesen oder an andere Personengruppen richten. Können die intendierten Ziele nur teilweise oder gar nicht erreicht werden, ist dies häufig auf eine Veränderung der Ausgangsbedingungen zurückzuführen, insbesondere durch die COVID-19-Pandemie oder andere äußere Rahmenbedingungen, die die Umsetzung eines eigentlich als wirkungsvoll erachteten Ansatzes erschwerten. Teilweise ließen sich auch nicht alle angestrebten Ziele, sondern nur Teile davon erreichen.

Die Zielerreichungsquote der durch die gemeinsame Förderung der Kooperationspartner umgesetzten Projekte ist nur geringfügig höher als die Quote unter den anderweitig geförderten Projekten (siehe Abbildung 21).

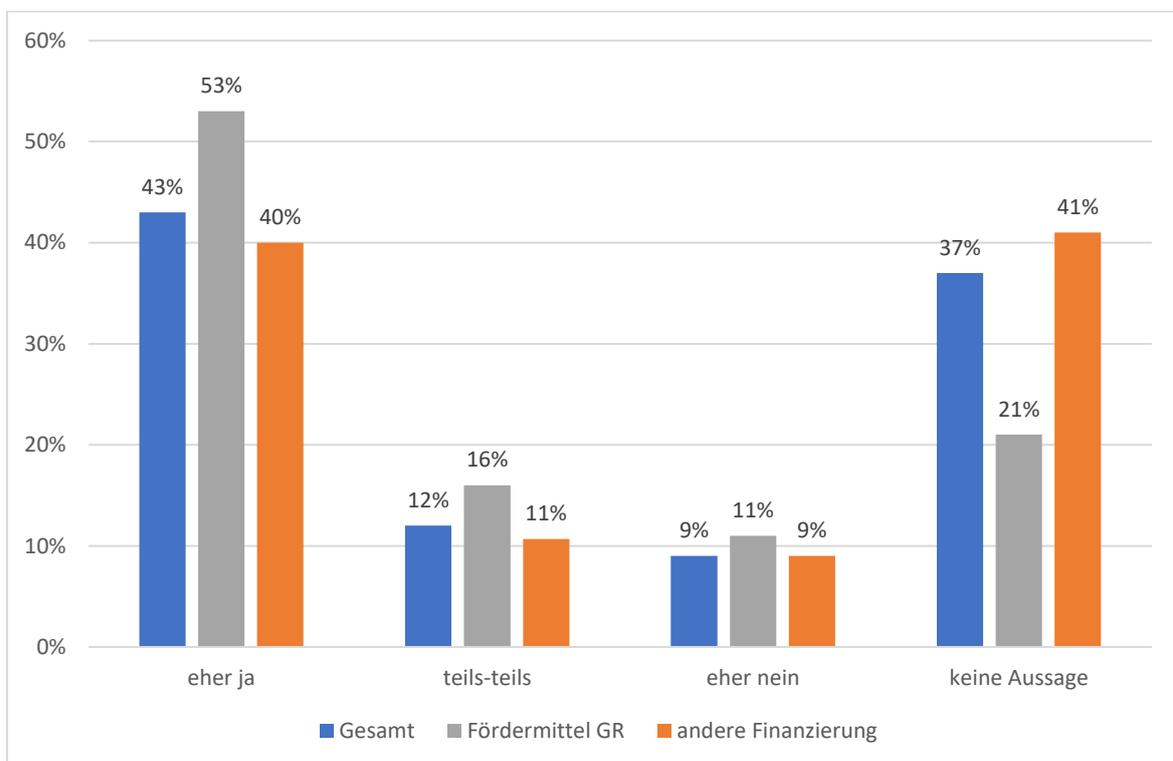


Abbildung 21: Eintreten der intendierten Wirkung der Projekte und Maßnahmen

4.2.5 Nachhaltigkeit

Projekte und Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung sollen in der Regel möglichst dauerhafte Veränderungen erzielen. Voraussetzung hierfür ist, dass für diese Aktivitäten nachhaltige Perspektiven geschaffen werden.

Im Rahmen des Monitorings wurden die befragten Gesundheitsregionen nach dem Umsetzungsstatus und den Anschlussperspektiven ihrer Projekte und Maßnahmen befragt. Nach Ende 2021 befanden sich von den 178 gemeldeten Aktivitäten 132 nicht mehr in einer Erprobungs-/Projektphase und konnten daraufhin geprüft werden, ob sie verstetigt wurden.

Von den 132 Projekten wurden mit 58 % mehr als die Hälfte nach der Projektlaufzeit verstetigt und 4 % teilverstetigt. 46 Projekte konnten nicht verstetigt werden bzw. wurden beendet. Von den 38 Projekten und Maßnahmen, die über die Kooperationspartner der Gesundheitsregionen Niedersachsen finanziert wurden, liefen 27 (82 %) im Jahr 2021 oder vorher aus und zwölf davon wurden verstetigt (siehe Abbildung 22).

Während bei den verstetigten Projekten und Maßnahmen die ursprünglichen Projektaktivitäten zu einem überwiegenden Teil auch über das Jahr 2021 hinaus weitergeführt werden, betrifft dies bei den teilverstetigten Projekten und Maßnahmen nur einzelne Elemente der Projekte oder es erfolgt eine Fortführung lediglich für ausgewählte Dialoggruppen oder nach grundlegender Anpassung des Gesamtkonzepts.¹¹

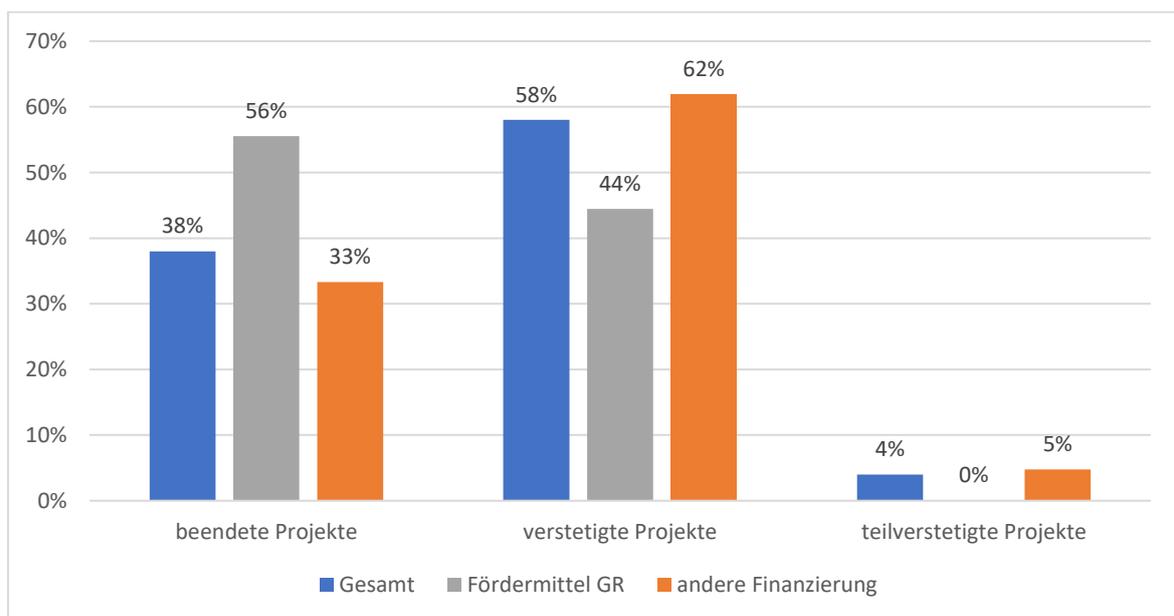


Abbildung 22: Anteil verstetigter Projekte

In jeder Gesundheitsregion, die Projektbögen zugeliefert hat, konnten Aktivitäten (teil)verstetigt werden. Aktivitäten, die von mehreren Gesundheitsregionen gemeinschaftlich

¹¹ Während der Status der umgesetzten Projekte und Maßnahmen für jede der rückgemeldeten Aktivitäten abgefragt wurde, musste der Grad der Verstetigungen (teilweise oder vollständige Verstetigung) aus den Beschreibungen der Projektperspektiven in den Freitextfeldern abgeleitet werden. Nicht immer wurden hierzu tragfähige Informationen gegeben.

umgesetzt werden, weisen dabei keine grundlegend höheren Verstetigungsraten auf als Projekte, die von einzelnen Gesundheitsregionen durchgeführt wurden. Was von den Gesundheitsregionen konkret als Verstetigung berichtet wird, ist sehr heterogen. Das Spektrum reicht von der Dissemination von entwickelten Broschüren oder Ratgebern bis hin zur Vereinbarung von Selektivverträgen mit Krankenkassen zur Weiterführung bewährter Angebote. Für die Mehrheit der Projekte und Maßnahmen wurde allerdings keine Aussage über die konkrete Form der Verstetigung getroffen.

Für eine ausbleibende Verstetigung bzw. Beendigung von Projekten und Maßnahmen konnten insbesondere drei Gründe identifiziert werden: 1. Von Beginn an nicht auf Verstetigung ausgelegt, 2. Ausbleibender Erfolg (z. B. durch juristische Hürden bei der Umsetzung, mangelndes Interesse seitens der adressierten Dialoggruppen oder fehlendes Engagement der Durchführenden) und 3. Eine fehlende Finanzierungsgrundlage (siehe Abbildung 23). Für 16 der 46 nicht fortgeführten Projekte wurden keine Gründe für das Projektende angegeben.

Für einige der beendeten Projekte und Maßnahmen wurde berichtet, dass die Aktivitäten in Zukunft möglicherweise wieder aufgenommen werden.

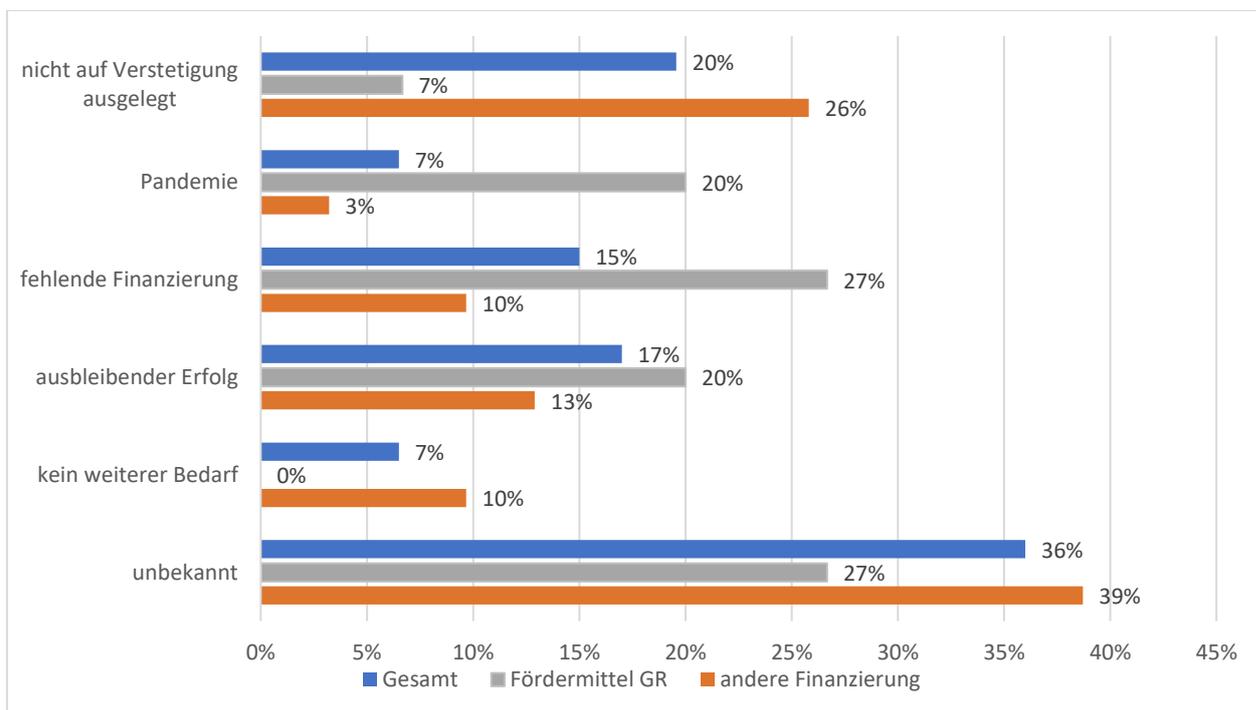


Abbildung 23: Gründe für die Beendigung von Projekten und Maßnahmen

5 Diskussion

5.1 Bewertung des methodischen Vorgehens

Das Monitoring der Gesundheitsregionen zielt darauf ab, die komplexen Entwicklungen, die sich sowohl auf struktureller Ebene als auch auf der Ebene der umgesetzten Projekte und Maßnahmen vollziehen, abzubilden. Wie in Kapitel 2 bereits dargelegt, wurden hierfür zwei Erhebungsinstrumente eingesetzt, die auf einem im Vorfeld entwickelten Wirkmodell basieren. Anhand der hiermit erhobenen Daten können Aussagen über Output und Outcome des Gesamtansatzes auf unterschiedlichen Ebenen getroffen werden.

5.1.1 Erhebung und Stichprobe

Wirkmodell und Erhebungsinstrumente wurden in einem partizipativ ausgerichteten Prozess entwickelt, in den sowohl alle beteiligten Institutionen auf Landesebene (Kooperationspartner) als auch Koordinierungskräfte aus den Gesundheitsregionen involviert waren. Im Rahmen von zwei Fokusgruppen konnten Wirkmodell und Erhebungsinstrumente mit diesen Personenkreisen konsentiert werden. Dieses Vorgehen war zielführend, da mit dem Wirkmodell nunmehr ein Übereinkommen zwischen Lenkungsgremium und regionaler Ebene zu den avisierten Auswirkungen des Gesamtprogramms besteht. Außerdem konnten mit Blick auf die konkrete Gestaltung der Befragung Anregungen und Bedenken berücksichtigt werden (z. B. zu der konkreten Formulierung von Items und hinsichtlich zu kurzer Befragungszeiträume und erhöhter Belastungen der Befragungsteilnehmenden in den Kommunalverwaltungen).

Letzteres hat potenziell dazu beigetragen, die Bereitschaft zur Beteiligung an der Befragung zu erhöhen: Mit Blick auf die Strukturdaten konnte eine Vollerhebung aller beteiligten Gesundheitsregionen realisiert werden.

Erwartungsgemäß mussten einige der befragten Kommunen einen nicht unerheblichen Aufwand betreiben, insbesondere um retrospektiv Daten zu Maßnahmen und Projekten zusammenzutragen. Denn viele Koordinierungsstellen wurden seit Bestehen der Gesundheitsregionen personell umbesetzt und für die Akquise von Daten zu regionalen Projektvorhaben mussten deshalb häufig ehemalige Koordinierungskräfte und ehemalige Projektverantwortliche vor Ort hinzugezogen werden. Deshalb bewährte sich auch der lang gewählte Rückmeldezeitraum von knapp 25 Wochen, der im Befragungsverlauf auf Rückfrage aus einzelnen Regionen auf 40 Wochen verlängert wurde.

In vielen Gesundheitsregionen gelang der retrospektive Blick auf die Projekte und Maßnahmen, wenngleich Dokumentationen zu den einzelnen Aktivitäten nicht überall lückenlos vorlagen. Dies ist ein entscheidender Grund dafür, dass die Qualität und der Umfang der zugelieferten Daten zu den umgesetzten Aktivitäten heterogen und die Aussagefähigkeit bezüglich der Wirkung des Gesamtansatzes an dieser Stelle beschränkt sind.

Die Daten zum regionalen Strukturaufbau konnten dagegen vielerorts mit geringerem Aufwand und in deutlich kürzerer Zeit berichtet werden. Aber auch hier mussten z. B. ehemalige Koordinierungskräfte und andere Beschäftigte in den kommunalen Verwaltungen die Beantwortung retrospektiver Fragebogenanteile unterstützen.

Die Nutzung PDF-basierter Fragebögen erleichterte das Vorgehen, da die Dokumente so im Umlaufverfahren ausgefüllt werden konnten.

Zukünftige Befragungsdurchläufe im Rahmen des Monitorings sollten nicht oder nur sehr begrenzt vor diesen Herausforderungen stehen, da dann nur mehr das jeweils zurückliegende Jahr Betrachtungsgegenstand sein wird und entsprechend z. B. nur Projekte und Maßnahmen berichtet werden müssen, die in diesem Zeitraum initiiert wurden. Auch die Beantwortungszeiträume können dann kürzer gewählt werden.

5.1.2 Wirkungsorientierung

Die Wirkungserfassung findet niedrigschwellig anhand der verschiedenen Wirkhypothesen und zugehöriger Indikatoren des Wirkmodells (vgl. Kapitel 2.3) statt.

Wie in Kapitel 4.3 dargestellt, lassen sich Auswirkungen auf der Output-Ebene (regionale und überregionale Strukturen) und auf der Outcome-Ebene I (direkte Auswirkungen des Strukturaufbaus) auf Grundlage dieses Vorgehens sehr gut darstellen. Auch auf den Outcome-Ebenen II und III, die insbesondere die Projektaktivitäten und deren Auswirkungen auf Dialoggruppen beschreiben, sind Wirkungen erkennbar.

Es stellt sich jedoch die Herausforderung, dass sich die berichteten Maßnahmen und Projekte in inhaltlicher Ausgestaltung, Umfang, Output und vor allem Qualität etwaiger Evaluationsansätze teilweise deutlich voneinander unterscheiden und Vergleiche sowie (statistische) Verallgemeinerungen dieser Ansätze deshalb zurückhaltend interpretiert werden sollten. Dies trifft auch und in besonderem Maße auf die Nachhaltigkeit der verfolgten Maßnahmen und Projekte zu. Ansätze der Verstetigung wurden im Rahmen des Fragebogens lediglich mit Hilfe einer geschlossenen Frage nach dem Verstetigungsstatus erfragt. Weitere Informationen zur konkreten Form der Verstetigung mussten aus den

Freitextantworten der Fragebögen abgeleitet werden. Hier zeigt sich eine Limitation des Fragebogens, die in folgenden Erhebungen überdacht werden sollte (s. u.).

Die gerade aufgeführten Limitationen müssen aber vor dem Hintergrund des angestrebten Verwertungszusammenhangs des Monitorings bedacht werden. Primär sollen Aktivitäten in den Gesundheitsregionen Niedersachsen aufgezeigt, katalogisiert und begleitet, also gemonitort werden, um sie innerhalb und außerhalb des Strukturförderprogrammes zu multiplizieren und auf diese Weise mehr Transparenz zu erreichen. Die Erfassung von Wirkungen ist sekundäres Ziel. Es handelt sich bei dem Monitoring zudem nicht um eine Evaluation des Programmes, die etwa eine Identifikation komplexer kontrollierter Wirkzusammenhänge zum Ziel hätte.

Längsschnittvergleiche der Strukturbildungsprozesse und der Entwicklung von Projekten und Maßnahmen sind momentan zudem nicht möglich, da insbesondere vor Start des Strukturförderprogrammes keine Baseline-Erhebung durchgeführt wurde. Mit weiteren jährlichen Erhebungen könnten zukünftig potenziell Veränderungen und Trends aufgezeigt werden.

5.1.3 Anpassungsbedarfe für zukünftige Monitoringdurchläufe

Die Erhebungsinstrumente und die Umsetzung der Befragung haben sich insgesamt bewährt und können mit kleineren Ausnahmen bei einer etwaigen Weiterführung des Monitorings beibehalten werden. Lediglich geringfügige Änderungen sollten in den Erhebungsinstrumenten vorgenommen werden, vor allem, um eine höhere Quantifizierbarkeit der zugelieferten Daten zu ermöglichen, aber auch um den Datenzulieferungsprozess zu verschlanken.¹²

Aktuell müssen einige Informationen (z. B. Gründe für ausbleibende Projektverstetigung) den zugelieferten Freitexten entnommen werden, wurden nicht immer vollständig berichtet und konnten auf dieser Basis nicht immer sinnvoll geclustert bzw. ausgewertet werden. Kategorien für eine standardisierte Abfrage können aus der aktuellen Auswertung aber sehr gut abgeleitet werden. Eine standardisierte Abfrage von Zielgruppen ermöglicht zudem weitergehende Analysen von Projektaktivitäten mit Blick auf die Adressatinnen- und Adressatengruppen. Darüber hinaus verringert die Verwendung geschlossener Items im Vergleich zu Freitextantwortfeldern den Aufwand der beteiligten Kommunen bei der Datenzulieferung.

¹² Ansiedlung von Koordinierungsstellen, Art, Umfang und Finanzmittel von Projektverstetigungen, Gründe für ausbleibende Projektverstetigung, Zielgruppen von Projekten sowie Angaben zu Art und Umfang von Projektevaluationen sollten standardisiert und quantifizierbar abgefragt werden.

5.2 Bewertung der Wirkung des Gesamtansatzes

Im Folgenden werden die in Kapitel 3 dargestellten Ergebnisse vor dem Hintergrund der im Wirkmodell (siehe Abbildung 1) eingeführten Wirkindikatoren bewertet, um die Wirkung des Gesamtansatzes nachzuzeichnen.

5.2.1 Wirkung 1: Relevante Akteure sind vernetzt

Mit der Einführung des Ansatzes der niedersächsischen Gesundheitsregionen, der rechtlichen Verankerung in der Förderrichtlinie und der Bereitstellung der Struktur- und Projektförderung wollen das Land Niedersachsen und die Kooperationspartner u. a. eine Vernetzung der relevanten Akteure im Gesundheitswesen auf der Ebene der Kommunen unterstützen (Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021).

Die Ergebnisse des Monitorings geben Hinweise darauf, dass sich in allen Gesundheitsregionen (über 80 % der niedersächsischen Kommunen) seit 2014 Strukturen zur Vernetzung der örtlichen Gesundheitsakteure herausgebildet haben. So existieren in allen Gesundheitsregionen Steuerungsgruppen, an denen sektorenübergreifend Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitswesens vor Ort teilnehmen. Insgesamt sind die Ärzteschaft, Kliniken, Krankenkassen und die öffentliche Verwaltung in den Steuerungsgruppen häufig vertreten. Seltener ist z. B. die Pflege in den Steuerungsgruppen beteiligt. Hierfür könnten unterschiedliche Gründe ausschlaggebend sein: Pflege hat im Vergleich mit der Ärzteschaft etwa eine weniger gut etablierte Interessenvertretungsstruktur, die in Gremienarbeit eingebunden werden kann (Welskop-Deffaa 2016; Becker 2014). Entsprechend treten pflegerische Bedarfe im Vergleich zu medizinischen Belangen in den Gremien möglicherweise weniger in den Fokus. Hinzu kommt, dass Pflege Themen verwaltungsintern häufig in den Sozialämtern und nicht im regionalen Öffentlichen Gesundheitsdienst verortet sind und außerdem in eigenen Gremien, z. B. den örtlichen Pflegekonferenzen, bearbeitet werden. Hochschulen, Universitäten und auch die Selbsthilfe sind ebenfalls eher selten in Steuerungsgruppen vertreten (siehe auch Kapitel 4.4.1).

Gesundheitsregionen realisieren mit durchschnittlich zwei bis drei Steuerungsgruppentreffen pro Jahr überwiegend eine kontinuierliche Vernetzung, die über das in der Förderrichtlinie geforderte einmalige Treffen pro Jahr hinausgeht.

Auch Arbeitsgruppen und Gesundheitskonferenzen haben sich als weitere Vernetzungsplattformen etabliert. Mit durchschnittlich mehr als drei aktiven Arbeitsgruppen pro Region und im Schnitt etwa 20 Gesundheitskonferenzen im Jahr (vor Ausbruch der COVID-19-

Pandemie) in Niedersachsen werden die Vorgaben der Förderrichtlinie an dieser Stelle in vielen Regionen (über)erfüllt.

Sichtbar wird in diesem Zusammenhang aber auch, dass die Coronapandemie ein ausgeprägter Hemmfaktor für kommunale Netzwerkarbeit darstellt. Ein Drittel der Steuerungsgruppen tagte in dieser Zeit nicht und auch Gesundheitskonferenzen wurden zumindest im ersten Pandemiejahr kaum durchgeführt. Durch digitale Vernetzungsinstrumente, die vielerorts erst vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie eingeführt wurden, ließ sich offenbar nur in begrenztem Maße eine Alternative für persönliche Zusammenkünfte schaffen. Abzuwarten ist, ob sich der vorpandemische Status nun nach Aufhebung von Kontaktbeschränkungen und Hygieneauflagen wieder herbeiführen lässt. Aktuelle Beobachtungen durch die Prozessbegleitungen lassen an dieser Stelle auf positive Entwicklungen hoffen.

Die Koordinierungskräfte bestätigen, dass Vernetzung und Kommunikation sektorenübergreifend auf Basis der Strukturen der Gesundheitsregionen befördert wird. Ausschlaggebend ist insbesondere die gemeinsame Arbeit in Steuerungs- und Arbeitsgruppen. Auch verwaltungsintern lässt sich Zusammenarbeit nach Einschätzungen der Befragten über diese Gremien forcieren, was im Sinne einer Health-in-all-Policies-Strategie (World Health Organization 2014) einen großen Mehrwert darstellt (Köckler und Geene 2022).

Wie die nachfolgenden Ausführungen in diesem Kapitel noch zeigen, geht die Wirkung des regionalen Strukturprozesses über einen rein vernetzenden und kommunikationsfördernden Effekt deutlich hinaus. Durch die Kooperation der beteiligten Gesundheitsakteure werden viele kleinere sowie größere Projekte und Maßnahmen realisiert, was auf greifbare Ergebnisse auf einer konkreten Handlungsebene hindeutet.

Es existieren jedoch einzelne Gesundheitsregionen, in denen bereits vor der Coronapandemie Vernetzung und Kooperation über eine kontinuierliche Steuerungs- und Arbeitsgruppentätigkeit sowie die Durchführung von regelmäßigen Gesundheitskonferenzen nur eingeschränkt realisiert wurden. Einfluss haben nach Einschätzung der Prozessbegleitung häufig ein fehlender politischer und verwaltungsinterner Rückhalt für die Gesamtstrategie der Gesundheitsregion und eine diskontinuierliche Besetzung bzw. mangelhafte Ausstattung der Koordinierungsstellen.

5.2.2 Wirkung 2: Auch Kommune nimmt Einfluss auf Gesundheitsversorgung

Die Etablierung von Gesundheitsregionen kann für die jeweiligen Kommunen Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die Gestaltung des örtlichen Gesundheitswesens schaffen. Die

erhobenen Daten zeigen, dass sie diese Möglichkeit in den allermeisten Fällen auch auf verschiedenen Ebenen wahrnehmen. Zwar stehen ihnen, anders als beispielsweise den Krankenkassen durch Mechanismen der Vertragsgestaltung oder der Kassenärztlichen Vereinigung durch ihre Verantwortung für die Bedarfsplanung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, weniger unmittelbar wirksame Instrumente zur Verfügung. Innerhalb der Gesundheitsregionen machen Kommunen ihren Einfluss auf die Gesundheitsversorgung aber z. B. geltend, indem sie Koordinierungsstellen an den Verwaltungen angliedern und sich mit mehreren Verwaltungsebenen an den Steuerungsgruppen beteiligen.

In allen Gesundheitsregionen wurde eine Koordinierungsstelle etabliert. Auffällig sind jedoch die großen Unterschiede hinsichtlich der eingesetzten personellen Ressourcen, was nicht zuletzt auf eine heterogene monetäre Ausstattung zurückzuführen ist: Im Mittel werden pro Kommune 62 % einer Vollzeitstelle für die Koordination eingesetzt, wobei das Minimum bei nur 10 % und das Maximum bei 150 % liegen. Es stehen also unterschiedliche zeitliche Kapazitäten zur Verfügung, um die Vorgänge in der Gesundheitsregion zu koordinieren. Außerdem bestehen seitens der landesweiten Prozessbegleitung Erkenntnisse darüber, dass sich auch die Eingruppierungen und damit in den meisten Fällen die qualifikatorischen Voraussetzungen dieser Stellen zwischen den beteiligten Kommunen unterscheiden. So sind in den Kommunen jeweils verschiedene Ausgangsbedingungen für die Ausübung der Koordinierungsaufgaben gegeben, die potenziell die Qualität der kommunalen Einflussnahme auf die regionale Gesundheitsversorgung deutlich bedingen.

Neben der Ausstattung der Koordinierungsstellen spielt die Beteiligung der Verwaltungsspitzen eine bedeutsame Rolle. Das Wirkmodell (Kapitel 2.3) attestiert dem Engagement der Landrätinnen und Landräte bzw. Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister in den Steuerungsgruppen eine große Bedeutung, da dieses den politischen Rückhalt für die Umsetzung der Gesundheitsregionen vor Ort sowie den Einfluss der Verwaltung stärkt und Türen für die Umsetzung von Aktivitäten öffnen kann. Die Ergebnisse des Monitorings belegen, dass in 87 % der Gesundheitsregionen die Verwaltungsspitze in den Steuerungsgruppen vertreten ist. In 83 % der Fälle ist (zusätzlich) die Sozialdezernentin bzw. der Sozialdezernent vertreten. Nur in einer einzelnen Gesundheitsregion sind weder Verwaltungsspitze noch Sozialdezernentin bzw. Sozialdezernent repräsentiert.

Die Ergebnisse des Monitorings lassen jedoch keine Rückschlüsse auf die Intensität des Engagements und der Einflussnahme durch diese Akteure zu, was neben der bloßen Repräsentanz in den Steuerungsgruppen ebenfalls wichtige Voraussetzungen für eine gelingende kommunale Einflussnahme sein können.

Die Koordinierungskräfte bestätigen in den Freitextfeldern der Fragebögen die Einflussnahme der Kommunen durch den Ansatz der Gesundheitsregionen auf die gesundheitliche

Versorgung und zeigen auf, welche unterschiedlichen Rollen die Kommunen dabei ausfüllen: Sie sind Vernetzerinnen, Impulsgeberinnen, Moderatorinnen, nicht zuletzt Financiers und haben die regionalen Handlungsbedarfe im Blick. Ihre Rolle in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung innerhalb der Strukturen der Gesundheitsregionen kommt auch der Weiterentwicklung des ÖGD zugute, der sich als Vertreter der Kommune in den expert:innenbesetzten Gremien am „Puls der Zeit“ bewegt und aktuelle Gesundheitsthemen ein- und voranbringen kann.

5.2.3 Wirkung 3: Überregionale Vernetzung und Kooperation findet statt

Die Daten des Monitorings lassen darauf schließen, dass Gesundheitsregionen Vernetzung und Kooperation nicht nur interkommunal, sondern auch regionsübergreifend befördern. Als unterstützend werden hierbei von den Koordinierungskräften insbesondere die seit dem Jahr 2015 regelmäßig stattfindenden überregionalen Koordinierungskräfte-treffen wahrgenommen. Nach Einschätzung der befragten Koordinierungskräfte werden im Rahmen der Treffen Kontakte in andere Regionen angebahnt, Erfahrungen ausgetauscht und Wissen über funktionierende Handlungsansätze für die eigene Region generiert. Ein großer Wert wird auch der kleinräumigeren Vernetzungen zwischen Gesundheitsregionen im direkten räumlichen Umfeld (etwa die Treffen der Gesundheitsregionen im Nordwesten von Niedersachsen) zugesprochen, die jeweils ähnlichen Herausforderungen gegenüberstehen. Diese kleinräumigere Vernetzungsstrategie verfolgen nach Kenntnis der Prozessbegleitung aber nicht alle Gesundheitsregionen.

Überregionale Vernetzungen münden auch in gemeinsamen Projekten und Aktivitäten. So sind 18 % der über die Förderstruktur der Gesundheitsregionen umgesetzten Projekte Kooperationsprojekte zwischen zwei oder mehr Gesundheitsregionen. Und auch 7 % jener Projekte, die über andere Quellen finanziert wurden, wurden in Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Regionen umgesetzt.

Bisher scheint es allerdings herausfordernd, erfolgreiche Ansätze auf eine größere Anzahl von Kommunen zu übertragen. Ursächlich können Schwierigkeiten bei der Entwicklung gemeinsamer Finanzierungsmodelle sein. Ausnahmen und damit Beispiele für gelingende Übertragung in andere Regionen bilden aber z. B. die Projekte ERLEBEN¹³, Pflegeportal

¹³ www.projekt-erleben.de

Weser-Ems¹⁴, HEDI-APP¹⁵, LuckyMotion – Förderschulen in Bewegung¹⁶ und Mental Health Scouts¹⁷.

5.2.4 Wirkung 4: Regionale Bedarfe werden nachhaltig adressiert

In den Gesundheitsregionen werden gesundheitliche Bedarfslagen analysiert. Die umgesetzten Projekte und Maßnahmen begegnen diesen.

Zumindest für jene Projekte, die aus den gemeinsamen Fördermitteln der Kooperationspartner finanziert werden, müssen für eine Bewilligung bereits im Rahmen der Antragsstellung konkret die regionalen Bedarfslagen dargelegt werden. Für Aktivitäten, die über andere Finanzierungsquellen gefördert werden, kann dies nicht nachvollzogen werden.

Die Antworten in den Freitextfeldern lassen zudem erste Rückschlüsse darauf zu, dass für die Mehrheit aller berichteten Aktivitäten die beabsichtigten Ziele erreicht wurden. Sie scheinen also in der Lage zu sein, diesen Bedarfen zu begegnen. Nichtsdestotrotz wurden auch für eine nennenswerte Zahl an Projekten und Maßnahmen keine konkreten Aussagen über die Zielerreichung getroffen. Dies mag u. a. darauf zurückzuführen sein, dass knapp die Hälfte der in den Gesundheitsregionen umgesetzten Aktivitäten nicht evaluiert ist. Dies erschwert die Einschätzung ihrer Wirksamkeit.

Für mehr als die Hälfte der beendeten Projekte und Maßnahmen ließ sich bislang eine Verstetigung realisieren. Art und Weise der Verstetigung unterscheiden sich zwischen Projekten teilweise deutlich voneinander.

5.2.5 Wirkung 5 und 6: Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und Beschäftigte im Gesundheitswesen profitieren

In den Gesundheitsregionen wird ein breites Spektrum unterschiedlicher gesundheitsbezogener Themenstellungen bearbeitet. Diese Themenvielfalt spiegelt sich auch in den umgesetzten Projekten und Maßnahmen wider. Dabei richtet sich mehr als die Hälfte der Projekte an verschiedene Bevölkerungsgruppen und 40 % sowohl an unterschiedliche Bevölkerungsgruppen als auch an Beschäftigte im Gesundheitswesen. Eine ausschließliche Fokussierung auf Beschäftigte im Gesundheitswesen erfolgt in den Projekten eher selten.

¹⁴ www.gesundheit-weser-ems.de

¹⁵ www.projekt-hedi.de

¹⁶ www.gesundheitsregiongoettingen.de/luckymotion_1

¹⁷ www.gesundheitsregionen-nds.de/MentalHealthScout

Innerhalb der Bevölkerung werden über die Projekte und Maßnahmen insgesamt Menschen in allen Altersstufen und in unterschiedlichen Lebenslagen, etwa Familien, Menschen mit chronischen Erkrankungen und Angehörige, angesprochen. Allerdings bilden Menschen mit Behinderung (2 %) und Menschen mit Migrationshintergrund (9 %) beispielsweise eher selten Dialoggruppen. Die Anteile dieser beiden Gruppen im Projektgeschehen entsprechen dabei auch nicht ihrem Anteil in der Gesamtbevölkerung (Menschen mit Schwerbehinderung: 9 % (Statistische Bundesamt o. J.), Menschen mit Migrationshintergrund: 27 % (Bundeszentrale für politische Bildung 2021)). Bei der Prüfung regionaler Bedarfslagen könnten diese Gruppen stärker berücksichtigt werden.

Aktivitäten, die Beschäftigte im Gesundheitswesen in den Fokus nehmen, beziehen sich am häufigsten auf Ärztinnen und Ärzte. Pflegekräfte, insbesondere aber auch Beschäftigte in anderen Mangelberufen, wie z. B. Hebammen oder Medizinische Fachangestellte, werden weniger häufig angesprochen. Dies mag auf die Zusammensetzung der regionalen Steuerungsgruppen zurückzuführen sein, die in der Regel Vertretungen der Ärzteschaft im weiteren Sinne oft in Mehrfachbesetzung inkludieren (z. B. in Form gleichzeitiger Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer und weiterer Ärztevertreterinnen und -vertreter). Symptomatisch ist diese Beobachtung vielleicht auch für die geringere politische Lobby und den niedrigeren Grad der organisierten Interessenvertretung nicht-ärztlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen im Allgemeinen und im Vergleich zur Ärzteschaft (Hornung und Bandelow 2023; Lämmle u. a. 2021). Neben den Ärztinnen und Ärzten sind auch Auszubildende und Studierende im Gesundheitswesen eine wichtige Adressatengruppe in den Gesundheitsregionen. Auch in dieser Gruppe handelt es sich überwiegend um angehende Medizinerinnen und Mediziner und seltener beispielsweise um Auszubildende in Pflegeberufen.

Im Rahmen des Monitorings erfolgte keine Evaluation der vorhandenen Projektaktivitäten. Aufgrund der großen Heterogenität bezüglich des Umfangs und der Qualität der bestehenden einzelnen Projektevaluationen wurden die Evaluationsergebnisse auch nicht systematisch vergleichend ausgewertet. Die Koordinierungskräfte und Projektverantwortlichen attestieren vielen Projekte eine Erreichung der anvisierten Ziele. Es handelt sich jedoch um subjektive Einschätzungen.

5.3 Wirkung des Gesamtansatzes

Die Betrachtung der unterschiedlichen Wirkungen weist darauf hin, dass der durch das Land Niedersachsen, die Kooperationspartner und die Kommunen geleistete Beitrag (Input-Ebene) schließlich auf unterschiedlichen Ebenen die beabsichtigten Wirkungen erzielt (siehe Abbildung 24).

| Input | Output | Outcome I | Outcome II | Outcome III | Impact |
|--|--|--|--|--|--|
| Ideelle, strukturelle und finanzielle Unterstützung | Regionale / Überregionale Strukturen | Direkte Auswirkungen d. Strukturaufbaus | Projekte und Maßnahmen mit Dialoggruppenbezug | Auswirkungen auf Dialoggruppen | Gesellschaftlicher Nutzen |
| <ul style="list-style-type: none"> Förderrichtlinie wird aufgelegt Koop.-Partner engagieren sich auf Landesebene Finanzielle Mittel werden zur Verfügung gestellt | <ul style="list-style-type: none"> Prozessbegleitung erfolgt Koordinationskraft ist eingesetzt Steuerungsgruppe ist konstituiert Arbeitsgruppen sind gegründet Gesundheitskonferenzen sind durchgeführt | <ul style="list-style-type: none"> Relevante Akteure sind vernetzt Kommune nimmt Einfluss auf Gesundheitsversorgung Überregionale Vernetzung und Kooperation finden statt | <ul style="list-style-type: none"> Regionale Bedarfe werden nachhaltig adressiert | <ul style="list-style-type: none"> Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen profitieren in gesundheitlichen Belangen Beschäftigte im Gesundheitswesen profitieren im Rahmen ihrer Arbeit | <ul style="list-style-type: none"> Regionale integrierte Versorgungsstrukturen sind landesweit etabliert Die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung ist landesweit verbessert |

Abbildung 24: Wirkmodell der Gesundheitsregionen Niedersachsen¹⁸

Auf der Output-Ebene zeigt sich, dass eine landesweite Prozessbegleitung etabliert, in allen Gesundheitsregionen Koordinierungsstellen, Steuerungs- und Arbeitsgruppen konstituiert sowie die Durchführung von Gesundheitskonferenzen befördert wurden.

Auf Outcome-Ebene 1, die die direkten Auswirkungen des Strukturaufbaus betrifft, ist die Vernetzung und Kooperation relevanter Akteure im Gesundheitswesen zu beobachten, die in allen Gesundheitsregionen die Umsetzung gemeinsamer Projekte und Maßnahmen hervorbrachte. Es wurden Strukturen etabliert, die eine Einflussnahme der Kommune auf Fragen der Gesundheitsversorgung und Vorsorge ermöglichen, wenn auch mit Blick auf den Grad der Umsetzung an dieser Stelle deutliche regionsbezogene Unterschiede bestehen. Die Gesundheitsregionen ermöglichen darüber hinaus überregionale Vernetzung. Nach Einschätzung von regionalen Koordinierungskräften zeigt diese sich sowohl in einer

¹⁸ Symbole: Grüner Haken: Wirkung erzielt, weiß hinterlegter Haken: Wirkung teilweise erzielt, Werkzeugsymbol: Methodische Limitationen

verbesserten Kommunikation der Gesundheitsregionen untereinander, in einigen Fällen aber auch in direkter Kooperation, z. B. im Rahmen gemeinsamer Projekte.

Auf den Outcome-Ebenen 2 und 3 zeigt sich, dass viele Projekte und Maßnahmen umgesetzt werden, die auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und auf Beschäftigte im Gesundheitswesen abzielen und ihre avisierten Ziele nach Einschätzung der Befragten zumeist erreichen. Es lässt sich für mehr als die Hälfte der abgeschlossenen Projekte eine Verstärkungsperspektive konstatieren.

Folglich ist auf dieser Basis zumindest auf einer theoretischen Ebene davon auszugehen, dass die niedersächsischen Gesundheitsregionen einen gesellschaftlichen Nutzen generieren. Diese Impact-Ebene wurde jedoch im Rahmen des Monitorings nicht explizit beleuchtet, sodass sich Wirkung an dieser Stelle nicht aus den Erhebungsergebnissen ableiten lässt.

5.4 Handlungsoptionen

Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung setzen – insbesondere an den Schnittstellen zwischen Sektoren – Vernetzung, Abstimmung und Kooperation voraus. Der Ansatz der niedersächsischen Gesundheitsregionen trägt dazu bei, dies auf regionaler Ebene zu befördern und gleichzeitig der kommunalen Verwaltung bei der Planung und Gestaltung gesundheitlicher Themen ein größeres Gewicht zu verleihen. Die hier gezeigten Daten verdeutlichen aber aus Perspektive des Monitoring-Teams auch, dass das Programm weiterhin Herausforderungen gegenübersteht, die zukünftig adressiert werden sollten, um dieses Potenzial langfristig zu sichern und auszubauen. Die Entscheidung über die Umsetzung der Handlungsoptionen obliegt dem Lenkungsgremium der Gesundheitsregionen.

5.4.1 Einbindung aller relevanten Akteure in die Netzwerke der Gesundheitsregionen

Die Ergebnisse des Monitorings belegen, dass sich viele zentrale Akteure aus den Bereichen Gesundheitsversorgung und Vorsorge in den Strukturen der Gesundheitsregionen vernetzen. Deutlich wird, dass eine starke Repräsentanz des medizinischen Sektors bereits in nahezu allen Gesundheitsregionen erreicht wurde. Festzustellen ist aber auch, dass z. B. Akteure aus der pflegerischen Versorgung in etwa 40 % der Gesundheitsregionen nicht in Steuerungsgruppen vertreten sind, obwohl die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

eine zentrale gesellschaftliche Zukunftsaufgabe darstellt (Gründe hierzu siehe Kapitel 4.2.1) (Rappold u. a. 2021; Wieteck 2018).

An dieser Stelle wäre eine engere verwaltungsinterne Vernetzung wie auch eine Vernetzung der Gremien, z. B. durch Vertretungen der Pflegekonferenzen in den Steuerungsgruppen der Gesundheitsregionen und den Koordinierungskräften der Gesundheitsregionen in den Pflegekonferenzen, möglicherweise zielführend. So könnten Pflegeperspektiven in die Steuerungsgruppenarbeit integriert werden. Auch auf Landesebene sollte das Potenzial von Gesundheitsregionen in Pflegefragen stärker Berücksichtigung finden, etwa indem sie als Multiplikatorinnen in regionalen Pflegestrukturen genutzt werden.

Die für die Pflege hier ausgeführten Empfehlungen lassen sich möglicherweise auch auf andere Professionen im Gesundheitswesen, z. B. Hebammen und Medizinische Fachangestellte, übertragen.

Außerdem kann eine vergleichsweise geringe Repräsentanz von Hochschulen und Universitäten in den Steuerungsgruppen der Gesundheitsregionen (37 %) beobachtet werden. Neben mangelnden Kapazitäten auf Seiten der Forschungseinrichtungen könnte dies auch daran liegen, dass nicht in allen Regionen auch wissenschaftliche Einrichtungen mit passender thematischer Ausrichtung verortet sind oder die Hochschulen und Universitäten die Gesundheitsregionen noch nicht als Kooperationspartnerinnen wahrnehmen. Für diese Gesundheitsregionen ist zu überlegen, wie wissenschaftliche Expertise dennoch eingebunden werden könnte. Eine mögliche Antwort könnte darin liegen, die Gesundheitsregionen noch stärker als wissenschaftliches Forschungsfeld und Vernetzungspartnerin aus der Praxis herauszustellen. Die neu entstehende Website mit der dort integrierten Projektdatenbank und den Regionssteckbriefen kann thematische Schnittmengen, Synergien und Kooperationsmöglichkeiten auch für Akteure aus der Wissenschaft transparenter machen.

Weitere Akteure, die in den Gesundheitsregionen prinzipiell angesprochen werden könnten, in der Gesamtheit der Steuerungsgruppen bisher aber vergleichsweise selten vertreten sind, sind auch die Selbsthilfe (Patientinnen- und Patientenvertretungen) und Verwaltungsbereiche, die Schnittmengen zur Arbeit in den Gesundheitsregionen aufweisen, konkret etwa Sozialplanung, Jugendämter und Sozialpsychiatrische Dienste. Auch mit dem Ziel einer Health in All Policies-Ausrichtung (World Health Organization 2014) sollten die Gesundheitsregionen möglichst viele Verwaltungsbereiche integrieren und ihre Netzwerkkompetenz dabei geltend machen.

5.4.2 Reaktivierung nach pandemiebedingten Einschnitten

Die regionalen Netzwerkaktivitäten in den Gesundheitsregionen haben während der Pandemie deutlich abgenommen. Im Konkreten betrifft dies insbesondere Steuerungsgruppentreffen und Gesundheitskonferenzen. Die enge, auch personelle Verknüpfung mit dem ÖGD hat aber an verschiedenen anderen Stellen in den Gesundheitsregionen pandemiebedingt zur veränderten Prioritätssetzungen und Umverteilung vorhandener Kapazitäten geführt. In der Folge konnten die generischen Aktivitäten der Gesundheitsregionen nicht im vorpandemischen Umfang umgesetzt werden. So ist etwa auch die jährliche Anzahl an eingereichten Projektanträgen zur Finanzierung durch das Lenkungsgremium seit 2020 weiter zurückgegangen. Gleichzeitig berichteten Verantwortliche aus den Gesundheitsregionen aber auch davon, dass der hohe Abstimmungsbedarf, den die Pandemiebewältigung erforderte, durch die etablierten Strukturen in den Gesundheitsregionen merklich erleichtert wurde (Haack und Oesterle 2020).

Schon für 2021 galt, dass die Anzahl an Gesundheitskonferenzen im Vergleich zum Vorjahr wieder gesteigert werden konnte. Die Kommunen müssen weiter mit Nachdruck daran arbeiten, die vorpandemischen Frequenzen ihrer Netzwerkaktivitäten wiederherzustellen. Die landesweite Prozessbegleitung kann entsprechende Bemühungen bereits beobachten. Diese können belebend auf die regionalen Netzwerke wirken, etwa indem ein Restart auch Raum für Neuausrichtung, Bedarfsermittlung und Zielorientierung lässt. Die Integration von Unterstützungsangeboten der Prozessbegleitung (z. B. Zielerreichungs- und Zwischenbilanzworkshops in Steuerungsgruppen, Unterstützung bei der Arbeit an Projektanträgen) und anderen Programmen (z. B. Kontextcheck¹⁹) sollte von den Gesundheitsregionen dabei unbedingt erwogen werden.

Zukünftige Erhebungen im Rahmen des Monitorings können dann Aufschluss darüber geben, inwieweit eine postpandemische Regeneration einsetzen konnte und wo weiterer Handlungsbedarf besteht.

¹⁹ Kontextcheck hat zum Ziel, Kommunen bei der strategischen Ausrichtung der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen und dabei sowohl entsprechende Angebote als auch Akteurinnen und Akteure besser aufeinander abzustimmen (www.kontextcheck.de).

5.4.3 Sicherung einer handlungsfähigen Koordination für alle Gesundheitsregionen

Auf einer operativen Ebene kommt den Koordinierungsstellen in den Gesundheitsregionen eine große Bedeutung zu, um Vernetzung und Kooperation zu stiften und die öffentliche Verwaltung in ihrer planenden und steuernden Funktion zu unterstützen. In den niedersächsischen Gesundheitsregionen bestehen jedoch gegenwärtig heterogene monetäre und personelle Ausstattungen sowie Vergütungsstrukturen der Koordinierungskräfte. Während einige Kommunen mehr als 100.000 Euro Eigenmittel zusätzlich zu der Strukturförderung einbringen und Koordinierungsstellen mit einem Stellenanteil von bis zu 150 % Vollzeitäquivalent schaffen, stehen in anderen Kommunen kaum mehr als die gegenwärtig gewährten 13.000 Euro Strukturförderung des Landes zu Verfügung und es werden minimale Stellenanteile von lediglich 10 % Vollzeitäquivalent für Koordinierungskraft vor Ort bereitgestellt.

Erfahrungswerte der Prozessbegleitung lassen darauf schließen, dass mit gering besetzten Koordinierungsstellen kaum Möglichkeiten bestehen, die regionale Netzwerkarbeit, die Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Projekten und Maßnahmen, Projektmittelakquise, Veranstaltungsmanagement, Öffentlichkeitsarbeit und die vielen weiteren Tätigkeiten einer Koordinierungskraft den Bedarfen entsprechend umzusetzen.

Um Koordinierungsstellen oder andere die Gesundheitsregionen vor Ort flankierende Stellen (z. B. die Gesundheitsberichterstattung oder auf Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtete Stellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst) auszubauen, könnten ggf. die bisher bis zum Jahr 2026 fließenden Mittel des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst genutzt werden. Gegenwärtig geschieht dies in Niedersachsen nach Kenntnis der Prozessbegleitung punktuell.

Zu berücksichtigen sind außerdem aktuelle Gesetzgebungsaktivitäten des Bundes (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz) und der hier enthaltenen gesetzlichen Regelungen für Gesundheitsregionen.

5.4.4 Inhaltliche Ausrichtung schärfen

In den Gesundheitsregionen wird ein breites Themenspektrum bearbeitet, das die Schwerpunkte der zugrunde liegenden Förderrichtlinie (Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2021) spiegelt, aber auch darüber hinaus geht. Zugang zu Leistungen, Gesundheitskompetenz und Gesundheitsinformationen etwa sind wichtige Themen, die in der Richtlinie ausgeklammert, in den Regionen aber häufig bearbeitet werden. Auch andere Themenbereiche, wie beispielsweise Gesundheitsschutz im Zuge der Klimakrise,

Weiterentwicklung des ÖGD und Digitalisierung stellen neue Schwerpunkte dar, die auch von ausgewiesenen Fachgremien als relevante Handlungsfelder beschreiben werden, z. B. im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2023) und im Bericht der Enquetekommission Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung in Niedersachsen (Niedersächsischer Landtag 2021). Vor diesem Hintergrund könnte eine inhaltliche Ausweitung der Förderrichtlinie in Erwägung gezogen werden, um sicherzugehen, dass diese die Handlungsfelder der Zukunft abbildet.

Um die inhaltliche Ausrichtung der Gesundheitsregionen weiter zu schärfen, könnte ein vertiefter Austausch zwischen Landes- und kommunaler Ebene sinnvoll sein. Das Konzept der Gesundheitsregionen sieht bislang aber keine institutionalisierte Struktur für einen solchen Austausch vor. Denkbar ist an dieser Stelle die Einrichtung einer Landesgesundheitskonferenz nach Vorbild der entsprechenden Gremien aus Nordrhein-Westfalen²⁰ oder Baden-Württemberg²¹ oder alternative Formate, in der sowohl Akteure aus dem Lenkungsgremium als auch aus den Gesundheitsregionen selbst vertreten sein sollten. Im Rahmen eines solchen Gremiums könnten landesseitig zum einen Impulse für die Arbeit in den Regionen gesetzt werden. Etwa ließen sich in diesem Rahmen landespolitische Gesundheitsthemen einbringen, für deren Bewältigung die Mitwirkung kommunaler Akteure von Bedeutung ist (z. B. als Jahresthemen). Zum anderen könnten regionale Bedarfslagen an das Land kommuniziert werden, damit diese wiederum in landespolitischen Gestaltungsprozessen berücksichtigt werden können.

5.4.5 Flächendeckung erreichen

Um bestimmte landesweit relevante Themen über die Gesundheitsregionen landesseitig in die niedersächsischen Kommunen zu integrieren, ist es zudem wichtig, weiterhin an einer Ausdehnung der Gesundheitsregionen auf alle niedersächsischen Kommunen zu arbeiten.

Mit mehr als 82 % beteiligt sich gegenwärtig bereits die überwiegende Mehrheit der kommunalen Gebietskörperschaften Niedersachsens an dem Programm (38 von insgesamt 46 Kommunen). Nach einer stetigen Zunahme an beteiligten Landkreisen und kreisfreien Städten scheint nun aber ein Plateau erreicht.

²⁰ Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen (www.mags.nrw/landesgesundheitskonferenz)

²¹ Landesgesundheitskonferenz Baden-Württemberg (www.gesundheitsdialog-bw.de/landesgesundheitskonferenz)

Die in der Förderrichtlinie in Aussicht gestellte Struktur- und Projektförderung kann dabei nur einer von mehreren möglichen Motivatoren sein, um die bislang unbeteiligten acht Kommunen zu akquirieren. Wichtig sind zudem eine gezielte Ansprache auf politischer und Fachebene (letztere z. B. über die landesweite Prozessbegleitung der Gesundheitsregionen).

5.4.6 Qualitätssicherung und Evaluation ausbauen

Qualitätssicherung und Evaluation sind elementare Bausteine, um die Wirksamkeit der umgesetzten Projekte und Maßnahmen besser einschätzen zu können. Allerdings ist etwa die Hälfte der Projekte, die in oder unter Mitwirkung der Gesundheitsregionen bislang entstanden, nicht evaluiert. Nicht für alle umgesetzten Aktivitäten bedarf es einer aufwändigen Evaluation. Gerade für größere Aktivitäten, die möglicherweise das Potenzial haben, Strahlkraft auch für andere Regionen zu entwickeln, ist eine verstärkte Evaluation durch Universitäten und Hochschulen jedoch erstrebenswert. An dieser Stelle könnte die Möglichkeit von Lehrforschungsprojekten geprüft und ggf. durch feste Kooperationen mit einzelnen Lehrstühlen einschlägiger Hochschulen stärker institutionalisiert werden. An dieser Stelle könnte die landesweite Prozessbegleitung eine Vernetzungs- und Lotsenfunktion ausbauen.

Die Ergebnisse des Monitorings zeigen zudem, dass Ansätze von Selbstevaluation im Rahmen von Qualitätssicherung bei Projekten eine wichtige Rolle spielen.

Entsprechende Kompetenzen sollten auch bei jenen Gesundheitsregionen entwickelt werden, die sich dieses Instruments noch nicht bedienen. Fortbildungsangebote für die Koordinierungskräfte sind hier von besonderer Bedeutung und könnten z. B. durch die landesweite Prozessbegleitung initiiert werden.

5.4.7 Projektförderung anpassen

Die Monitoring-Ergebnisse belegen, dass die jährlich eingereichte Anzahl an Projektanträgen in den vergangenen Jahren leicht rückläufig ist.

Dies könnte zum einen auf Schwierigkeiten zurückzuführen sein, die sich den Gesundheitsregionen bei der Verstetigung der Projektansätze stellen. Über die Hälfte der abgeschlossenen Projekte, die über die gemeinsamen Gelder der Kooperationspartner gefördert wurden, konnten nicht verstetigt werden. Gründe sind u. a. der ausbleibende Erfolg (20 % der beendeten Projekte) und, dass für einen Teil der Projekte und Maßnahmen nicht

ausreichend finanzielle Mittel für eine Verstetigung akquiriert werden konnten (27 % der beendeten Projekte).

Zum anderen besteht die Möglichkeit, dass eine Konzentration auf intersektorale Vernetzung vor Ort den regionalen Bedarfen momentan stärker entspricht als die Entwicklung neuer Modellansätze.

Für die letzten beiden Jahre gilt zudem, dass Aktivitäten in den Gesundheitsregionen aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht im üblichen Umfang durchgeführt werden konnten, etwa weil Mitarbeitende aus den Verwaltungen und anderen beteiligten Institutionen im Rahmen der Pandemiebewältigung zeitweise andere Aufgaben übernehmen mussten oder Projektsettings aufgrund der Kontaktbeschränkungen nicht zugänglich waren. Auch dies kann ausschlaggebend dafür sein, dass weniger Projektanträge erarbeitet wurden. Dieser Grund spielt in den kommenden Jahren aber voraussichtlich keine wesentliche Rolle mehr.

Zweifellos stellt die Projektförderung aber einen wichtigen Motor für die Arbeit in den Gesundheitsregionen dar und kann Experimentierfelder eröffnen, um neue Wege in der gesundheitlichen Versorgung und Vorsorge zu bestreiten. Vor dem oben genannten Hintergrund sollte dennoch reflektieren werden, ob die Mittelbereitstellung zur Projektförderung angepasst werden sollte.

Denkbar ist beispielsweise eine Anpassung der Verteilung der zur Verfügung stehenden Fördermittel, z. B. durch eine Fokussierung der Förderung auf weniger, aber größere und finanziell besser ausgestattete Projekte mit besseren Verstetigungsperspektiven. Diese Projekte sollten ein hohes Innovationspotenzial für das Gesundheitssystem bieten und in bestehende Strukturen integrierbar sind. Um auch deren Wirksamkeit fundiert abbilden zu können, sollten extrabudgetär Mittel für eine wissenschaftliche Evaluation vorgehalten werden. Bereits in der Anbahnungsphase sollte es auch im Verantwortungsbereich des Lenkungsgremiums liegen, Verstetigungsperspektiven zu eruieren und bei Bedarf Möglichkeiten einer Ausweitung auf andere Gesundheitsregionen zu erarbeiten.

5.4.8 Erfolgreiche Projekte landesweit umsetzen

Die erhobenen Daten zeigen, dass schon heute Projekte in den Gesundheitsregionen existieren, die auf mehrere Kommunen übertragen werden konnten. Dies betrifft zum Beispiel die Projekte ERLEBEN, Pflegeportal Weser-Ems, HEDI-APP, LuckyMotion – Förderschulen in Bewegung und Mental Health Scouts. Potenziell hat sich mit der Übertragung bereits gezeigt, dass vielerorts Bedarf für entsprechende Vorhaben besteht. Deshalb sollte geprüft

werden, ob eine landesweite Dissemination solcher Ansätze im Sinne einer qualitativen Fortentwicklung des niedersächsischen Gesundheitswesens zielführend wäre und wie diese ermöglicht werden könnte.

5.5 Ausblick

In den Gesundheitsregionen Niedersachsen wurden in den vergangenen Jahren viele erfolgreiche Ansätze verfolgt, die den Aufbau regionaler integrierter Arbeitsstrukturen ermöglicht haben und mit denen Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention in einem breiten Themenspektrum und mit einer hohen Akteursvielfalt angegangen wurden. Die Gesundheitsregionen Niedersachsen sind damit auch bundesweit Orientierungsgröße geworden – für die Bildung regionaler Gesundheitsnetzwerke zur Überwindung von Sektorengrenzen, die Weiterentwicklung ressort- und sektorenübergreifender Koordination und Kooperation im Gesundheitswesen und für die damit verbundene Neuausrichtung des ÖGD, die auch dem Leitbild für einen modernen ÖGD entspricht (Geuter u. a., o. J.; Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“ 2018).

Das Monitoring und die darauf aufbauende Website sind wichtige Meilensteine auf dem Weg zu mehr Öffentlichkeit für die vielen erfolgreichen Ansätze des Programmes. Die erste Datengrundlage hierfür konnte die retrospektive Initialerhebung legen, die Gegenstand des vorliegenden Berichtes ist. Sie ermöglicht einen transparenten Blick auf Themen, Akteure, Projekte, Strukturen und finanzielle Grundlagen und liefert Eckpunkte zur Bewertung der Wirkung der Gesundheitsregionen, die wiederum auch Schwachstellen und damit Handlungsbedarf aufzeigt.

All das kann Anknüpfungspunkt für mehr Austausch, Übertragbarkeit und damit Weiterentwicklung und Nachhaltigkeit innerhalb des Programmes aber auch nach außen sein. Es kann zudem die Basis für die Etablierung einer noch stärkeren Dachmarke Gesundheitsregionen Niedersachsen bilden, die wiederum die Sicherung des langfristigen Engagements in den Gesundheitsregionen, den kommunalpolitischen Rückhalt und die Reputation des Gesamtansatzes auf Landes- und Bundesebene befördern kann. Dies setzt voraus, dass die Arbeit und die Ergebnisse der Zusammenarbeit in den Gesundheitsregionen auch weiterhin gemonitort werden.

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Wirkmodell der Gesundheitsregionen Niedersachsen (eigene Darstellung in Anlehnung an Kurz und Kubek, 2021)..... | 17 |
| Abbildung 2: Anzahl aktiver Gesundheitsregionen pro Jahr | 20 |
| Abbildung 3: Aktuelle Themenfelder der Gesundheitsregionen | 22 |
| Abbildung 4: Mitgliedsinstitutionen der Steuerungsgruppen | 23 |
| Abbildung 5: Tagungsfrequenzen der Steuerungsgruppen | 24 |
| Abbildung 6: Häufige Themenschwerpunkte der aktiven Arbeitsgruppen | 25 |
| Abbildung 7: Anzahl der Gesundheitskonferenzen pro Jahr in Niedersachsen | 25 |
| Abbildung 8: Häufige Schwerpunkte von Gesundheitskonferenzen | 26 |
| Abbildung 9: Ansiedlung der Koordinierungsstellen..... | 27 |
| Abbildung 10: Durchschnittliche Eigenbeteiligung pro Kommune 2021 im Vergleich zur aktuell maximal ausgezahlten Landesstrukturförderung 2021 | 30 |
| Abbildung 11: Medien zur Öffentlichkeitsarbeit..... | 31 |
| Abbildung 12: Projektanträge im Rahmen der Förderstrukturen der Gesundheitsregionen | 37 |
| Abbildung 13: Anteil der Projekte nach Förderquellen..... | 38 |
| Abbildung 14: Anteil der Projekte nach Projektetats | 39 |
| Abbildung 15: Themenbereiche der Projekte und Maßnahmen | 41 |
| Abbildung 16: Zielgruppen der Projekte und Maßnahmen | 43 |
| Abbildung 17: Zielgruppen der Projekte und Maßnahmen – Beschäftigte im Gesundheitswesen ... | 44 |
| Abbildung 18: Zielgruppen der Projekte und Maßnahmen - Bevölkerung | 45 |
| Abbildung 19: Anteil der evaluierten Projekte und Maßnahmen | 46 |
| Abbildung 20: Anteil der Selbstevaluationen und externen Evaluationen unter den evaluierten Projekten und Maßnahmen | 47 |
| Abbildung 21: Eintreten der intendierten Wirkung der Projekte und Maßnahmen..... | 48 |
| Abbildung 22: Anteil verstetigter Projekte | 49 |
| Abbildung 23: Gründe für die Beendigung von Projekten und Maßnahmen | 50 |
| Abbildung 24: Wirkmodell der Gesundheitsregionen Niedersachsen..... | 60 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Ein- und Austrittsdaten aller Gesundheitsregionen und beteiligter Kommunen..... | 21 |
| Tabelle 2: Durchschnittlicher Stellenanteil der regionalen Koordinierungskräfte..... | 27 |
| Tabelle 3: Jahrestagungen der Gesundheitsregionen Niedersachsen | 29 |
| Tabelle 4: Durchschnittlich in 2021 erhaltene Landesstrukturförderung und Eigenbeteiligung | 30 |
| Tabelle 5: Deskriptive Statistiken zu Projektetats | 39 |

Literaturverzeichnis

- Becker, Nils. 2014. „Arbeitsregulation in der ambulanten Pflege Handlungsfelder kollektiver Interessenvertretung“. *PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft* 44 (174). <https://doi.org/10.32387/prokla.v44i174.195>.
- Brandes, Sven, und Iris Bregulla. 2014. *Zukunftsregionen Gesundheit - Bericht zur Abschlussevaluation*. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e.V.
- Brandes, Sven, Wiebke Humrich, und Antje Richter-Kornweitz. 2014. *Wirkungen sichtbar machen: Eine Einführung in die Arbeit mit Wirkungsmodellen*. Bd. 5. Praxis Präventionsketten. Hannover.
- Bundeszentrale für politische Bildung. 2021. „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“. 2021. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/bevoelkerung-mit-migrationshintergrund/>.
- Geuter, Gunnar, Till Beiwinkel, Lea Oesterle, Malte Bödeker, Susanne Borchert, Susanne Brose, Clara Dollnick, u. a. o. J. „Der Beitrag von Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen zu regionaler Planung und Steuerung im Gesundheitswesen – ein Überblick auf Ebene der Bundesländer“. *eingereicht*.
- Haack, Marius, und Lea Oesterle. 2020. „Ein Blick in die Gesundheitsregionen Niedersachsen in Zeiten von Covid-19“, Nr. 107: 21–22.
- Hornung, Johanna, und Nils C. Bandelow. 2023. „Lobbyismus in der Gesundheitspolitik“. In *Handbuch Lobbyismus*, herausgegeben von Andreas Polk und Karsten Mause, 899–921. XVI, 986 Seiten. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/9783658323202>.
- Köckler, Heike, und Raimund Geene. 2022. „Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)“. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 2022. <https://leitbe-griffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit-in-allen-politikfeldern-health-in-all-policies-hiap/>.
- Kuckartz, Udo. 2018. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Grundagentexte Methoden. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Kurz, Bettina, und Doreen Kubek. 2021. *Kursbuch Wirkung: das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen: mit Schritt-für-Schritt-Anleitungen & Beispielen*. 6. überarbeitete Auflage. Berlin: PHINEO.
- Lämmle, Nora, Isabelle Riedlinger, Jutta Mohr, und Karin Reiber. 2021. „Lobbyarbeit im Krisenmodus: Kann die berufliche Pflege Interessenvertretung?“ Gehalten auf der Kongress Armut und Gesundheit, Berlin, März 18. https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2021/Online-Doku_2021/45165_Laemmel_et_al.pdf.
- Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“. 2018. „Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft.“ https://www.akademie-oegw.de/fileadmin/Die_Akademie/Leitbild_OEGD/Leitbild_final_2018.pdf.
- Landesamt für Statistik Niedersachsen. o. J. „Kommunaler Finanzausgleich in Niedersachsen“. Kommunaler Finanzausgleich in Niedersachsen - Tabellen. Zugriffen 21. April 2023. <https://www.statistik.niedersachsen.de/kommunaler-finanzausgleich/kommunaler-finanzausgleich-in-niedersachsen-tabellen-214575.html>.
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e. V. 2021. *Gesundheitsregionen Niedersachsen. Leitfaden*. Hannover.
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds e.V. 2014. „Zukunftsregionen Gesundheit - Abschlussbericht 2014“. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e.V.
- Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. 2021. *Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen (Richtlinie Gesundheitsregionen)*.
- Niedersächsischer Landtag. 2021. „Bericht der Enquetekommission ‚Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung‘“. Hannover: Niedersächsischer Landtag.
- Rappold, Elisabeth, Brigitte Juraszovich, Sabine Weißenhofer, und Alice Edtmayer. 2021. „Taskforce Pflege. Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen.“ Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. <https://www.sozialministerium.at/Services/Neuigkeiten-und-Termine/Archiv-2021/Februar-2021/Taskforce-Pflege--Ergebnisbericht.html>.

- Rosenbrock, R. 1995. „Public Health als soziale Innovation“. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 57 (3): 140–44.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Hrsg. 2018. *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- , Hrsg. 2023. *Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen: Gutachten 2023*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- SPD-Landesverband Niedersachsen, und Bündnis 90/Die Grünen Landesverband Niedersachsen. o. J. „Sicher in Zeiten des Wandels. Niedersachsen zukunftsfest und solidarisch gestalten“. Koalitionsvertrag 2022-2027. Hannover. https://www.spdnds.de/wp-content/uploads/sites/77/2022/11/Unser_Koalitionsvertrag.pdf.
- Statistische Bundesamt. o. J. „7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland“. DESTATIS Statistisches Bundesamt. Zugegriffen 21. April 2023. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/_inhalt.html.
- Welskop-Deffaa, Eva M. 2016. „Who cares? – Zur Reichweite gewerkschaftlicher Interessenvertretung für gute Pflege in Deutschland.“ *Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften* 57: 43–60.
- Wieteck, Pia. 2018. „Zukunftsfähige Pflege mit Innovationspotenzial: Pflege neu denken – Strukturwandel pflegerischer Dienstleistungen als gesellschaftliche Aufgabe“. In *CSR im Gesundheitswesen*, herausgegeben von Katrin Keller und Franz Lorenz, 203–36. Management-Reihe Corporate Social Responsibility. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55937-6_12.
- World Health Organization, Hrsg. 2014. „The Helsinki Statement on Health in All Policies“. *Health Promotion International* 29 Suppl 1 (Juni): i17-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau036>.

Anhang 1: Fragebogen zu regionalen Strukturen

MONITORING – FRAGEBOGEN ZU REGIONALEN STRUKTUREN

Wie soll der Fragebogen ausgefüllt werden?

Bitte füllen Sie den Fragebogen **digital aus und speichern Sie die ausgefüllte Datei als PDF ab**. Sie können den Fragebogen auch zwischenspeichern und anschließend zu einem späteren Zeitpunkt oder gemeinsam mit anderen Personen weiterbearbeiten.

Bitte übersenden Sie **ausschließlich digital ausgefüllte PDF-Dateien**. Bitte füllen Sie den Fragebogen **nicht handschriftlich** aus und übermitteln Sie **keinen Scan** einer ausgedruckten Datei.

Sollte es Ihnen bei manchen Fragen nicht möglich sein, eine Antwort zu geben, können Sie diese Fragen unbeantwortet lassen. Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme an der Befragung freiwillig.

Wann und wohin soll der Fragebogen zurückgesendet werden?

Bitte senden Sie den digital ausgefüllten Fragebogen bis zum **31. Mai 2022** an folgende E-Mail-Adresse: monitoring-gesundheitsregionen@gesundheit-nds.de

Was passiert mit den Daten aus dem Fragebogen?

Die Daten aus dem Monitoring sollen in einen **Monitoringbericht** und perspektivisch in eine neue **Website der Gesundheitsregionen Niedersachsen** einfließen. Die Website dient dabei insbesondere der Vorstellung der einzelnen Gesundheitsregionen inkl. regionaler Informationen, Termine und Kontakte. Vor der Publikation auf der Website werden wir uns mit den jeweiligen Gesundheitsregionen abstimmen.

Können die Daten aus dem Fragebogen den Sachbericht ersetzen?

Die Daten aus dem Fragebogen können den jährlich im Rahmen der Strukturförderung zu erbringenden Sachbericht an das Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) ersetzen. Dafür ist eine vollständige Beantwortung des Fragebogens notwendig. Die Daten werden von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e. V. (LVG & AFS) dann direkt an das LS übermittelt. **Die ausfüllende Gesundheitsregion muss unter diesen Bedingungen keinen gesonderten Sachbericht für 2021 an das LS schicken.**

Dies gilt nur für die Sachberichte zur Strukturförderung, **nicht für die Projektberichte.**

An wen wende ich mich bei Fragen zur Erhebung?

Wenden Sie sich bei Fragen zur Erhebung gerne an das Team der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.:

Dr. Maren Preuss, maren.preuss@gesundheit-nds.de, 0511 - 388 11 89 212

Dr. Marius Haack, marius.haack@gesundheit-nds.de, 0511 - 388 11 89 221

Steffen Scriba, steffen.scriba@gesundheit-nds.de, 0511 - 388 11 89 224

Vielen Dank für Ihr Mitwirken!

Einverständnis

- Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten im Rahmen des Monitorings und auf einer Website der Gesundheitsregionen Niedersachsen veröffentlicht werden. Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Daten anstelle des jährlich im Rahmen der Strukturförderung zu erbringenden Sachberichtes an das Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) übersendet werden. Mir liegt hierzu das Einverständnis aller im Fragebogen namentlich genannten Personen vor.



Die Antworten zu Fragen, die mit diesem Piktogramm versehen sind, werden **nicht** regionsspezifisch auf der Website der Gesundheitsregionen oder im Bericht zum Monitoring veröffentlicht, sondern nur zusammengefasst abgebildet (z. B. Häufigkeiten und andere statistische Maße). Bis auf die Antworten zu den Fragen 6 und 7 werden diese außerdem nicht zu Zwecken der Sachberichterstattung an das LS übermittelt.

Zu Beginn bitten wir Sie, einige generelle Angaben zu Ihrer Gesundheitsregion zu machen.

1. Name der Gesundheitsregion:

2. Seit welchem Jahr besteht eine Anerkennung als Gesundheitsregion gemäß der „Richtlinie Gesundheitsregionen“ bzw. als Zukunftsregion (frühestens 2010)?

3. Welche Medien nutzt die Gesundheitsregion zur Öffentlichkeitsarbeit?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Medien an und nennen Sie ggf. den entsprechenden Internetlink.

- Eigene Internetseite/Website
- Facebook
- Twitter
- Instagram
- TikTok
- YouTube
- E-Mail-Newsletter
- Pressearbeit

Weitere Medien, die von der Gesundheitsregion zur Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden:

| Medium | Internetlink |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

4. Bitte nennen Sie die Kontaktdaten der Person(en) (max. 2 Personen), die auf der zukünftigen Internetseite der Gesundheitsregionen Niedersachsen als Ansprechperson(en) für Ihre Gesundheitsregion angegeben werden dürfen (z. B. Koordinator*Innen der Gesundheitsregion).

Ansprechperson 1

Name
 Funktion
 dienstliche Anschrift
 Telefonnummer
 E-Mail-Adresse
 Internetseite

Ansprechperson 2 (optional)

Name
 Funktion
 dienstliche Anschrift
 Telefonnummer
 E-Mail-Adresse
 Internetseite

Bitte geben Sie uns im Folgenden einige Informationen zur Steuerungsgruppe Ihrer Gesundheitsregion.

5. Bitte kreuzen Sie alle Funktionsträger*Innen bzw. Institutionen an, die Mitglied der Steuerungsgruppe sind.

Bitte ergänzen Sie auch Mitglieder, die hier nicht bereits aufgeführt sind. Bitte nennen Sie dabei die Institutionen/Funktionen der Mitglieder und keine Namen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kommunale Verwaltungsspitze | <input type="checkbox"/> Sozialdezernent*in |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt/ÖGD | <input type="checkbox"/> Krankenkasse(n) |
| <input type="checkbox"/> Universität(en)/Hochschule(n) | <input type="checkbox"/> Wohlfahrtsverbände |
| <input type="checkbox"/> Regionale Klinik(en) | <input type="checkbox"/> Selbsthilfe |
| <input type="checkbox"/> Vertreter*Innen der stationären Pflege | <input type="checkbox"/> Jugendamt |
| <input type="checkbox"/> Vertreter*Innen der ambulanten Pflege | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst |
| <input type="checkbox"/> Kassenärztliche Vereinigung | <input type="checkbox"/> Sozialplanung |
| <input type="checkbox"/> Ärztekammer | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere Ärztevertreter*Innen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kreisangehörige Gemeinde(n) | <input type="checkbox"/> |

6. Wie oft hat die Steuerungsgruppe vor Ausbruch der Coronapandemie in der Regel pro Jahr getagt?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> seltener als 1 Mal pro Jahr | <input type="radio"/> 1 Mal pro Jahr |
| <input type="radio"/> 2 Mal pro Jahr | <input type="radio"/> 3 Mal pro Jahr |
| <input type="radio"/> 4 Mal pro Jahr | <input type="radio"/> mehr als 4 Mal pro Jahr |
- Die Steuerungsgruppe der Gesundheitsregion hat vor Pandemieausbruch noch nicht getagt.

7. Falls ein Zusammenkommen der Steuerungsgruppe trotz Pandemiebedingungen möglich war, wie oft hat sie im Jahr 2021 getagt?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> überhaupt nicht | <input type="radio"/> 1 Mal |
| <input type="radio"/> 2 Mal | <input type="radio"/> 3 Mal |
| <input type="radio"/> 4 Mal | <input type="radio"/> mehr als 4 Mal |

Im Folgenden bitten wir Sie um einige Informationen zu Themenfeldern, Arbeitsgruppen und Gesundheitskonferenzen in Ihrer Gesundheitsregion.

8. Bitte kreuzen Sie alle Themenfelder an, die aktuell in der Gesundheitsregion bearbeitet werden.

Bitte ergänzen Sie auch Themenfelder, die hier nicht aufgeführt sind, aber in Ihrer Gesundheitsregion aktuell bearbeitet werden.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sektorenübergreifende/Integrierte Versorgung | <input type="checkbox"/> Medizinische Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Pflegerische Versorgung | <input type="checkbox"/> Palliativversorgung |
| <input type="checkbox"/> Fachkräftesicherung | <input type="checkbox"/> Fachkräftegewinnung |
| <input type="checkbox"/> Nachwuchsförderung (Medizin und Pflege) | <input type="checkbox"/> Delegation ärztlicher Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Information und Gesundheitsbildung | <input type="checkbox"/> Gesundheitskompetenz |
| <input type="checkbox"/> Geburtshilfliche Versorgung | <input type="checkbox"/> Psychische Gesundheit |
| <input type="checkbox"/> Digitalisierung | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendgesundheit |
| <input type="checkbox"/> Lotsenansätze | <input type="checkbox"/> Prävention und Gesundheitsförderung |
| <input type="checkbox"/> Notfallversorgung | <input type="checkbox"/> Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |

9. Bitte nennen Sie alle Arbeitsgruppen (inkl. Runde Tische und ähnliche Strukturen), die rückblickend und aktuell in der Gesundheitsregion gearbeitet haben bzw. arbeiten.
Bitte geben Sie für jede Arbeitsgruppe Oberthema und möglichst Arbeitsschwerpunkte an und vermerken Sie, ob die Arbeitsgruppe auch aktuell noch arbeitet.

Arbeitsgruppe 1

Oberthema

Arbeitsschwerpunkte (max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Arbeitsgruppe arbeitet aktuell

- ja
 nein, Arbeitsgruppe ruht gerade
 nein, Arbeitsgruppe ist beendet

Arbeitsgruppe 2

Oberthema

Arbeitsschwerpunkte (max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Arbeitsgruppe arbeitet aktuell

- ja
 nein, Arbeitsgruppe ruht gerade
 nein, Arbeitsgruppe ist beendet

Arbeitsgruppe 3

Oberthema

Arbeitsschwerpunkte (max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Arbeitsgruppe arbeitet aktuell

- ja
 nein, Arbeitsgruppe ruht gerade
 nein, Arbeitsgruppe ist beendet

Arbeitsgruppe 4

Oberthema

Arbeitsschwerpunkte (max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Arbeitsgruppe arbeitet aktuell

- ja
- nein, Arbeitsgruppe ruht gerade
- nein, Arbeitsgruppe ist beendet

Arbeitsgruppe 5

Oberthema

Arbeitsschwerpunkte (max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Arbeitsgruppe arbeitet aktuell

- ja
- nein, Arbeitsgruppe ruht gerade
- nein, Arbeitsgruppe ist beendet

Arbeitsgruppe 6

Oberthema

Arbeitsschwerpunkte (max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Arbeitsgruppe arbeitet aktuell

- ja
- nein, Arbeitsgruppe ruht gerade
- nein, Arbeitsgruppe ist beendet

Arbeitsgruppe 7

Oberthema

Arbeitsschwerpunkte (max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Arbeitsgruppe arbeitet aktuell

- ja
- nein, Arbeitsgruppe ruht gerade
- nein, Arbeitsgruppe ist beendet

Arbeitsgruppe 8

Oberthema

Arbeitsschwerpunkte (max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Arbeitsgruppe arbeitet aktuell

- ja
- nein, Arbeitsgruppe ruht gerade
- nein, Arbeitsgruppe ist beendet

Arbeitsgruppe 9

Oberthema

Arbeitsschwerpunkte (max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Arbeitsgruppe arbeitet aktuell

- ja
- nein, Arbeitsgruppe ruht gerade
- nein, Arbeitsgruppe ist beendet

Arbeitsgruppe 10

Oberthema

Arbeitsschwerpunkte (max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Arbeitsgruppe arbeitet aktuell

- ja
- nein, Arbeitsgruppe ruht gerade
- nein, Arbeitsgruppe ist beendet

10. Bitte geben Sie chronologisch alle Gesundheitskonferenzen an, die rückblickend in der Gesundheitsregion stattgefunden haben und bereits für die Zukunft geplant sind.

Bitte geben Sie für jede Gesundheitskonferenz Datum, Titel, Thema und (sofern vorhanden) Internetlink zum Programm und/oder zur Tagungsdokumentation an.

Gesundheitskonferenz 1

Datum

Titel

Thema

Internetlink zum Programm/zur Tagungsdokumentation

Gesundheitskonferenz 2

Datum

Titel

Thema

Internetlink zum Programm/zur Tagungsdokumentation

Gesundheitskonferenz 3

Datum

Titel

Thema

Internetlink zum Programm/zur Tagungsdokumentation

Gesundheitskonferenz 4

Datum

Titel

Thema

Internetlink zum Programm/zur Tagungsdokumentation

Gesundheitskonferenz 5

Datum

Titel

Thema

Internetlink zum Programm/zur Tagungsdokumentation

Gesundheitskonferenz 6

Datum

Titel

Thema

Internetlink zum Programm/zur Tagungsdokumentation

Gesundheitskonferenz 7

Datum

Titel

Thema

Internetlink zum Programm/zur Tagungsdokumentation

Bitte geben Sie uns nun ein paar Informationen zur Stelle der regionalen Koordinierungskraft der Gesundheitsregion.

11. Wo ist die Koordination der Gesundheitsregionen angesiedelt?

- Gesundheitsamt
- Stabsstelle
- Anderes, und zwar:

- 12. Mit wie viel Prozent einer regulären Vollzeitstelle ist die Koordination der Gesundheitsregion besetzt?**
Sollte die Koordination der Gesundheitsregionen mit mehr als einer Vollzeitstelle besetzt sein, geben Sie bitte einen entsprechenden Prozentsatz über 100% an (z. B. für 1,5 Vollzeitstellen = 150% oder für 2 Vollzeitstellen = 200% einer regulären Vollzeitstelle).

% einer regulären Vollzeitstelle

Wir würden uns nun über Angaben zur Finanzierung Ihrer Gesundheitsregion freuen.

- 13. Gesundheitsregionen sind neben der landesweiten Strukturförderung auch auf kommunale Mittel angewiesen. Welche Gelder wurden im Jahr 2021 zu Zwecken der Strukturförderung (Koordination, Ausstattung, Ausrichtung von Konferenzen und Steuerungsgruppensitzungen etc.) in der Gesundheitsregion real verwendet?**

Bitte geben Sie nur Gelder an, die zu Zwecken der Strukturförderung verwendet wurden.
Bitte geben Sie keine Gelder an, die in Projekte geflossen sind.

| | | |
|---|----------------------|---|
| Strukturförderung Land Niedersachsen (Förderrichtlinie Gesundheitsregionen) | <input type="text"/> | € |
| Eigenmittel des Landkreises/der kreisfreien Stadt | <input type="text"/> | € |
| Drittmittel (Quellen und Beträge), falls zutreffend | <input type="text"/> | € |
| | <input type="text"/> | € |
| | <input type="text"/> | € |
| | <input type="text"/> | € |

Zum Abschluss möchten wir Sie um ein paar persönliche Einschätzungen bitten.

14. Bitte beschreiben Sie kurz, welche Auswirkungen der Ansatz der Gesundheitsregionen Niedersachsen in Ihrer Region hat (z. B. mit Blick auf Kommunikation und Zusammenarbeit von Gesundheitsakteuren, Rolle der Kommune, Versorgungsgestaltung, regionsübergreifende Kooperationen etc.).
(max. 1.500 Zeichen inkl. Leerzeichen)



15. Gibt es noch weitere wichtige Aspekte zu Struktur und Aktivitäten Ihrer Gesundheitsregion, die Sie uns mitteilen möchten?
(max. 1.500 Zeichen inkl. Leerzeichen)



Herzlichen Dank für Ihre Beteiligung!

Anhang 2: Fragebogen zu regionalen Maßnahmen und Projekten

MONITORING – FRAGEBOGEN ZU REGIONALEN MAßNAHMEN UND PROJEKTEN

Zu welchen Maßnahmen und Projekten soll dieser Fragebogen ausgefüllt werden?

Im Rahmen des Monitorings sollen Informationen zu allen regionalen Maßnahmen und Projekten erfasst werden, die seit einschließlich 2014 in den Gesundheitsregionen Niedersachsen umgesetzt wurden bzw. aktuell werden. Dies schließt alle Maßnahmen und Projekte Ihrer Gesundheitsregion ein, auch jene, die nicht über die Richtlinie der Gesundheitsregionen, sondern über andere Mittel finanziell gefördert werden bzw. wurden.

Bitte füllen Sie den Fragebogen für jede Maßnahme bzw. jedes Projekt separat aus.

Wie soll der Fragebogen ausgefüllt werden?

Bitte füllen Sie den Fragebogen digital aus und speichern Sie die ausgefüllte Datei als PDF ab. Sie können den Fragebogen auch zwischenspeichern und anschließend zu einem späteren Zeitpunkt oder gemeinsam mit anderen Personen weiterbearbeiten.

Bitte übersenden Sie ausschließlich digital ausgefüllte PDF-Dateien. Bitte füllen Sie den Fragebogen nicht handschriftlich aus und übermitteln Sie keinen Scan einer ausgedruckten Datei.

Sollte es Ihnen bei manchen Fragen nicht möglich sein, eine Antwort zu geben, können Sie diese Fragen unbeantwortet lassen. Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme an der Befragung freiwillig.

Wann und wohin soll der Fragebogen zurückgesendet werden?

Bitte senden Sie den digital ausgefüllten Fragebogen frühestmöglich, spätestens aber bis zum **01. September 2022** an folgende E-Mail-Adresse: monitoring-gesundheitsregionen@gesundheit-nds.de

Was passiert mit den Daten aus dem Fragebogen?

Die Daten aus der Befragung sollen in einen Monitoringbericht und perspektivisch in eine neue Website der Gesundheitsregionen Niedersachsen einfließen. So soll das Wissen über die vielen wertvollen Modellvorhaben und regionalen Maßnahmen aus den Gesundheitsregionen Niedersachsen allen interessierten Personen und Institutionen zugänglich gemacht werden, damit erfolgreiche Aktivitäten adaptiert und weiterentwickelt werden können.

An wen wende ich mich bei Fragen zur Erhebung?

Bei Fragen zur Erhebung wenden Sie sich gerne an das Team der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.:

Dr. Maren Preuss, maren.preuss@gesundheit-nds.de, 0511 - 388 11 89 212

Dr. Marius Haack, marius.haack@gesundheit-nds.de, 0511 - 388 11 89 221

Steffen Scriba, steffen.scriba@gesundheit-nds.de, 0511 - 388 11 89 224

Vielen Dank für Ihr Mitwirken!

Einverständnis

- Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten im Rahmen des Monitorings und auf einer Website der Gesundheitsregionen Niedersachsen veröffentlicht werden. Mir liegt hierzu das Einverständnis aller im Fragebogen namentlich genannten Personen vor.

1. Projekttitle

2. Beteiligte Gesundheitsregion(en)

3. Ansprechperson(en) für das Projekt. Bitte max. 2 Ansprechpersonen angeben.

Ansprechperson 1

Name

dienstliche Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ansprechperson 2 (optional)

Name

dienstliche Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

4. Link zur Internetseite des Projektes (falls vorhanden)

5. Projektträger (tatsächlich durchführende Einrichtung)

6. Weitere beteiligte Akteur*innen

7. Laufzeit der Maßnahme bzw. des Projektes

Startdatum

Enddatum (falls bereits bekannt)

versteigt seit (falls zutreffend)

8. Bitte beschreiben Sie kurz, ob und wenn ja welche bereits konkrete Anschluss-/Verstetigungsperspektive es für das Projekt gibt. Falls das Projekt bereits abgeschlossen ist und nicht weitergeführt bzw. versteigt wurde, beschreiben Sie bitte die Gründe für die ausbleibende Weiterführung.

Bitte in Stichpunkten angeben. Falls bei laufenden Projekten keine bereits konkrete Anschlussperspektive besteht, einfach frei lassen. (max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

9. Themenschwerpunkt(e) des Projektes

Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen und bei Bedarf in den Textfeldern ergänzen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sektorenübergreifende/Integrierte Versorgung | <input type="checkbox"/> Medizinische Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Pflegerische Versorgung | <input type="checkbox"/> Palliativversorgung |
| <input type="checkbox"/> Fachkräftesicherung | <input type="checkbox"/> Fachkräftegewinnung |
| <input type="checkbox"/> Nachwuchsförderung (Medizin und Pflege) | <input type="checkbox"/> Delegation ärztlicher Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Information und Gesundheitsbildung | <input type="checkbox"/> Gesundheitskompetenz |
| <input type="checkbox"/> Geburtshilfliche Versorgung | <input type="checkbox"/> Psychische Gesundheit |
| <input type="checkbox"/> Digitalisierung | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendgesundheit |
| <input type="checkbox"/> Lotsenansätze | <input type="checkbox"/> Prävention und Gesundheitsförderung |
| <input type="checkbox"/> Notfallversorgung | <input type="checkbox"/> Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |

10. Welche Finanzmittel stehen bzw. standen für das Projekt insgesamt zur Verfügung?

€

11. Um für andere Gesundheitsregionen und Initiativen Fördermöglichkeiten aufzuzeigen, möchten wir gerne erfahren, welche Fördertöpfe genutzt werden bzw. wurden, um die Maßnahme bzw. das Projekt zu finanzieren.

Bitte die entsprechenden Beträge einfügen und bei Bedarf weitere Finanzierungsquellen ergänzen.

| | | |
|---|----------------------|---|
| Projektfördertopf Gesundheitsregionen | <input type="text"/> | € |
| Eigenmittel des Landkreises / der kreisfreien Stadt | <input type="text"/> | € |
| Weitere Finanzierungsquellen inkl. Beträgen | <input type="text"/> | € |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | € |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | € |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | € |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | € |

12. Wichtigste Ziele des Projektes

Was soll mit dem Projekt erreicht werden? Bitte max. 3 Ziele angeben.

- Ziel 1
- Ziel 2
- Ziel 3

13. Zielgruppe(n) des Projektes

Welche Personengruppen sollen von dem Projekt profitieren? Bitte max. 3 Zielgruppen angeben.

Zielgruppe 1

Zielgruppe 2

Zielgruppe 3

14. Kurzbeschreibung des Projektes

Ausgangslage des Projektes

Um die Ausgangslage zu beschreiben, können Sie zum Beispiel folgende Fragen heranziehen:
Welchen konkreten Bedarf gibt/gab es für das Projekt? Woran kann/konnte der Bedarf festgemacht werden (z. B. Bedarfsanalysen, gesundheitliche Berichtserstattung)? (max. 1.000 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Vorgehen im Projekt

Bitte beschreiben Sie für Außenstehende gut nachvollziehbar das konkrete Vorgehen im Projekt; also u.a. die zentralen Arbeitsschritte, die im Projekt umgesetzt werden/wurden. (max. 2.000 Zeichen inkl. Leerzeichen)

15. Welche Maßnahmen werden bzw. wurden zur Projektevaluation ergriffen? (z. B. Selbstevaluation, externe wissenschaftliche Evaluation, Qualitätszirkel)

Bitte in Stichpunkten angeben. Falls keine Evaluationsmaßnahmen ergriffen wurden, bitte frei lassen. (max. 200 Zeichen inkl. Leerzeichen)

16. Gibt es einen Ergebnisbericht zum Projekt?

Ja Nein

Internetlink zum Ergebnisbericht, falls vorhanden:

Falls es einen Ergebnisbericht zum Projekt gibt, der bislang nicht online zugänglich ist, können Sie uns den Bericht zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen gerne als PDF zukommen lassen. Ggf. kann der Bericht dann auf der Website der Gesundheitsregionen im Rahmen der Projektdarstellung veröffentlicht werden.

17. Welche Auswirkungen zeigen sich durch das Projekt? (z. B. für die Bevölkerung, die Strukturen der Gesundheitsversorgung oder die regionale Vernetzung)

Erkenntnisse zu Auswirkungen können z. B. auf Evaluationsergebnisse, aber auch auf Erfahrungswerte zurückgehen. (max. 1.500 Zeichen inkl. Leerzeichen)

18. Internetlinks zu Projektinhalten

z. B. Internetlinks zu Projektflyern, Videos, Presseartikeln

| Medium (z. B. Video, Flyer) | Internetlink |
|-----------------------------|--------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Herzlichen Dank für Ihre Beteiligung!