

Modellprojekt Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern

Endbericht

Für eine bessere Lesbarkeit haben wir bei manchen Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen
Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de
Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Druck: Kaiser Medien GmbH, Nürnberg
Stand: Juni 2015
Autoren: Karina Stühler, PD Dr. Alfons Holleder

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:
Karina Stühler
Telefon: 09131 6808-2917
E-Mail: gesundheitsregionplus@lgl.bayern.de

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
alle Rechte vorbehalten

Gedruckt auf Papier aus 100 % Altpapier

ISBN 978-3-945322-46-7 Druckausgabe
ISBN 978-3-945332-47-4 Internetausgabe

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.
Unter Tel. 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

Inhalt

Zusammenfassung	6
1. Herausforderungen im Regionalen Gesundheitsmanagement.....	8
2. Gesundheitskonferenzen als Lösungsansatz: Verbreitung und Stand der Evaluationsforschung	10
2.1 Begriffsbestimmung.....	10
2.2 Verbreitung von Gesundheitskonferenzen und Rahmenbedingungen in Deutschland	10
2.3 Bisherige Evaluationsstudien	13
3. Rahmenbedingungen des Modellprojekts Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern	15
4. Zielsetzung und konzeptioneller Hintergrund des Modellprojekts.....	17
5. Modellregionen Bamberg, Südostoberbayern und Weißenburg-Gunzenhausen .	21
6. Wissenschaftliche Begleitung und formative Evaluation	24
6.1 Methodik.....	24
6.2 Monitoring der Implementations- und Umsetzungsphase	26
6.3 Ergebnisse der Teilnehmerbefragung der drei Modellregionen.....	28
6.4 Regionalberichte zu den drei Modellregionen	34
6.4.1 Regionale Gesundheitskonferenz Bamberg.....	34
6.4.1.1 Geschäftsstelle Bamberg.....	34
6.4.1.2 Gremium der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg.....	34
6.4.1.3 Bedarfsanalyse Bamberg.....	36
6.4.1.4 Arbeitsgruppen in Bamberg	37
6.4.1.5 Öffentlichkeitsarbeit Bamberg	39
6.4.1.6 Standardisierte Teilnehmerbefragung in Bamberg.....	39
6.4.1.7 Einflussfaktoren und Verbesserungspotenzial in der Teilnehmerbefragung in Bamberg.....	41
6.4.1.8 Resümee des Geschäftsstellenleiters der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg	43
6.4.1.9 Zwischenfazit Regionale Gesundheitskonferenz Bamberg.....	43
6.4.2 Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern	45
6.4.2.1 Geschäftsstelle Südostoberbayern	45

6.4.2.2	Gremium der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern	45
6.4.2.3	Bedarfsanalyse Südostoberbayern	46
6.4.2.4	Arbeitsgruppen in Südostoberbayern.....	47
6.4.2.5	Ergebnis: gemeinsame Resolution Südostoberbayern	47
6.4.2.6	Standardisierte Teilnehmerbefragung Südostoberbayern.....	48
6.4.2.7	Einflussfaktoren und Verbesserungspotenzial in der Teilnehmerbefragung in Südostoberbayern.....	50
6.4.2.8	Resümee des Geschäftsstellenleiters der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern.....	53
6.4.2.9	Zwischenfazit Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern .	53
6.4.3	Regionale Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen	55
6.4.3.1	Geschäftsstelle Weißenburg-Gunzenhausen.....	55
6.4.3.2	Gremium der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg- Gunzenhausen.....	56
6.4.3.3	Bedarfsanalyse Weißenburg-Gunzenhausen	57
6.4.3.4	Arbeitsgruppen in Weißenburg-Gunzenhausen	58
6.4.3.5	Öffentlichkeitsarbeit Weißenburg-Gunzenhausen.....	62
6.4.3.6	Standardisierte Teilnehmerbefragung in Weißenburg-Gunzenhausen	62
6.4.3.7	Einflussfaktoren und Verbesserungspotenzial in der Teilnehmerbefragung in Weißenburg-Gunzenhausen	65
6.4.3.8	Resümee der Geschäftsstellenleiterin der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen	67
6.4.3.9	Zwischenfazit Regionale Gesundheitskonferenz Weißenburg- Gunzenhausen.....	67
7.	Schlussfolgerungen.....	69
8.	Ausblick: Gesundheitsregionen ^{plus}	74
9.	Publikationen, Workshops und Vorträge im Rahmen des Modellprojekts	76
9.1	Publikationen.....	76
9.2	Kongressbeiträge, veranstaltete Workshops und Vorträge	76
9.3	Internetauftritt	77
10.	Danksagung.....	79
11.	Literatur	80
12.	Tabellen und Abbildungsverzeichnis	83
13.	Anhang	85
	Anhang 1: Muster-Geschäftsordnung einer Regionalen Gesundheitskonferenz...	86

Anhang 2: Titelblatt Evaluationsbogen Teilnehmerbefragung	92
Anhang 3: Bedarfsermittlung in der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg	93
Anhang 4: Logo und Homepage der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg	96
Anhang 5: Bedarfsermittlung in der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern – Befragung der Bürgermeister	97
Anhang 6: Bedarfsermittlung in der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen	101
Anhang 7: Resolution der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern	103
Anhang 8: Flyer Fachliche Leitstelle Gesundheitsregionen ^{plus}	113

Zusammenfassung

Hintergrund

Gesundheitskonferenzen bieten eine Struktur, um größere Verantwortung in Planung und Gestaltung des kommunalen Gesundheitsmanagements wahrzunehmen. Im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) wurden Regionale Gesundheitskonferenzen von Mitte 2013 bis Ende 2014 im Rahmen eines Modellprojekts auch in Bayern erprobt. Die teilnehmenden drei Modellregionen waren die Stadt und der Landkreis Bamberg, der Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen sowie die Planungsregion Südostoberbayern. Die 18-monatige Projektphase wurde vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) wissenschaftlich begleitet und formativ evaluiert.

Methodik

Für die Evaluierung der Implementierungsphase wurden verschiedene Erhebungsinstrumente, wie eine schriftliche Befragung der Geschäftsstellenleiter, Dokumentenanalysen sowie eine standardisierte Fragebogenerhebung bei allen Teilnehmern der drei Modellregionen, eingesetzt. Das Ziel war, die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der drei Regionalen Gesundheitskonferenzen zu erfassen und zu bewerten, Hinweise auf Entwicklungspotenziale zu geben sowie die Übertragbarkeit auf andere Regionen zu prüfen. Für die Modellphase sollten die drei Regionen eine Gesundheitskonferenz gründen, die sich aus den regionalen Akteuren des Gesundheitswesens zusammensetzt, und eine Geschäftsstelle einrichten. Außerdem sollten drei Sitzungen der Regionalen Gesundheitskonferenzen zu Konstituierung, Bedarfsermittlung und Maßnahmenentwicklung stattfinden und für eine vertiefende Bearbeitung der gesetzten Themen Arbeitsgruppen gebildet werden.

Ergebnisse

Die Vorgaben konnten in allen drei Regionen erfolgreich umgesetzt werden. Den Vorsitz der Gesundheitskonferenz übernahmen die Landräte bzw. der Planungsvorstandsvorsitzende. Die Geschäftsstellen wurden zügig bei der kommunalen Selbstverwaltung eingerichtet und die Gremien mit den entsprechenden Akteuren besetzt. Bedarfsanalysen wurden anhand eigener Befragungen sowie Analysen bestehender Daten durchgeführt. Der Themenschwerpunkt lag in allen drei Regionen auf der ärztlichen Versorgung. Insgesamt wurden 13 Arbeitsgruppen gebildet. Aufgrund der

verschiedenen Regionalbezüge gab es Unterschiede in der Größe und Zusammensetzung der Gremien. Auch die Herangehensweisen und Geschwindigkeiten differierten in den drei Regionen, so dass sie sich am Ende der Implementationsphase in verschiedenen Entwicklungsstadien befanden. Während in Südostoberbayern eine umfassende Resolution verabschiedet wurde, sind in Weißenburg-Gunzenhausen einzelne Projekte umgesetzt, aber bspw. auch ein Positionspapier zum Bereitschaftsdienst entwickelt worden. In Bamberg lag der Fokus im medizinischen Bereich mit einigen Projekten, die sich zum Teil noch in der Planungsphase befinden. Auch wenn sich die Prozesse und Ergebnisse der Regionen unterscheiden, zeigte die am Ende der Modellphase durchgeführte Teilnehmerbefragung insgesamt ein sehr positives Feedback seitens der Akteure, die fast alle mit dem Verlauf der Gesundheitskonferenzen zufrieden waren und auch in Zukunft wieder teilnehmen würden. Drei Viertel der Akteure empfanden die Atmosphäre konstruktiv. Die Teilnehmer sehen die Regionalen Gesundheitskonferenzen als ein geeignetes Instrument zur Optimierung der Gesundheitsversorgung sowie zur Verbesserung der Kooperation untereinander und bestätigen die Wichtigkeit eines Geschäftsstellenleiters.

Schlussfolgerungen

Insgesamt zeigten die Ergebnisse im Modellprojekt, dass die Regionalen Gesundheitskonferenzen eine sehr gute Plattform für Koordination, Austausch und Zusammenarbeit der Akteure darstellen. Sie haben sich somit als Kooperationsinstrument bewährt. Der Ansatz wird in Bayern über das neue Förderkonzept Gesundheitsregionen^{plus} des StMGP qualitativ und in der regionalen Reichweite ausgebaut. Die Regionalen Gesundheitskonferenzen Weißenburg-Gunzenhausen und Bamberg sowie der Landkreis Berchtesgadener Land aus der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern werden in eine Gesundheitsregion^{plus} überführt und können somit ihre Arbeit fortsetzen.

1. Herausforderungen im Regionalen Gesundheitsmanagement

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ formulierte die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986). Sie schrieb damit den „Lebenswelten“, wie den Gemeinden, Kreisen oder Städten, eine zentrale Bedeutung für die Gesundheit der Menschen zu. Gleichzeitig nimmt das Gesundheitswesen – als elementarer Bestandteil des Gemeinwesens – einen hohen Rang in der Wertigkeit der Bürgerinnen und Bürger ein. Es zählt auch wirtschaftlich als wichtiger Standortfaktor. Gesundheit ist nicht nur ein privates, sondern auch ein öffentliches Gut. Länder und Kommunen nehmen deshalb in besonderem Maße Steuerungs- und Aufsichtsfunktionen über das Gesundheitswesen im Sinne der Daseinsfürsorge wahr.

Das Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Der demografische Wandel führt zu einer immer älter werdenden Gesellschaft mit großen Veränderungen im Krankheitsspektrum und beim Bedarf an Versorgungsleistungen. Das Gesundheitswesen ist aber nicht nur durch die Verschiebungen in der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, sondern auch durch die Überalterung der niedergelassenen Ärzteschaft gefordert. Um den hohen Standard einer flächendeckenden und wohnortnahen medizinischen Versorgung aufrechtzuerhalten, gilt es daher, sowohl drohende Unterversorgung als auch Über- und Fehlversorgung zu vermeiden. Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine in dieser Form einzigartige starke Trennung der ambulanten und stationären Leistungsbereiche sowie durch eine ausgeprägte Selbstverwaltung gekennzeichnet. Seine Komplexität, verschiedene Zuständigkeiten und die Schnittstellenproblematik erfordern Kommunikation, Mitverantwortung und Kooperation der Akteure (SVR, 2007). Den Kommunen kommt dabei steigende Bedeutung zu, da jede Region andere Voraussetzungen hat und historisch gewachsene regionale Unterschiede in den Strukturen der Gesundheitsversorgung und Prävention bestehen (SVR, 2014). Darüber hinaus sind die Gesundheitszustände in der Bevölkerung und die Bedarfslagen regional sehr verschieden (Aurich-Beerheide & Knieps, 2014). Darauf weisen regionale Differenzen in der Sterblichkeit und Lebenserwartung in Bayern hin (LGL, 2014; Gaber & Wildner, 2011). Erfolgversprechender ist deshalb eine Optimierung der Strukturen in Kenntnis der regionalen Besonderheiten und Bedürfnisse. Regionalspezifische bedarfsgerechte Steuerungs-

systeme gewinnen damit für die Gesundheitsversorgung stark an Relevanz. Viele populationsbezogene Gesundheitsprobleme sind außerdem nicht (mehr) von Einzelakteuren, sondern nur im Zusammenwirken vieler Beteiligter im Gesundheitssystem und unter Einbeziehung verschiedener Politikfelder lösbar. Eine Reihe von Risikofaktoren der Hauptkrankheitsgruppen liegen z. B. in den Bereichen Umwelt, Arbeit, Soziales, Bildung etc. und bedürfen eines „Health in all Policies“-Ansatzes auch auf der regionalen Ebene (McQueen et al., 2012). Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Versorgungsforschung in Deutschland in vielen Bereichen erst im Aufbau befindet und es dadurch an Studien und Daten für evidenzbasiertes gesundheitspolitisches Handeln mangelt (Hollederer et al., 2015a; 2015b). Für eine zielgerichtete sektorenübergreifende Zusammenarbeit vor Ort werden geeignete Kommunikations- und Koordinationsstrukturen sowie ein kompetentes Netzwerk benötigt. Auch der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen spricht sich in seinem Sondergutachten aus dem Jahr 2009 für eine Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems durch verbesserte Koordination und regionale Abstimmung sowie für eine auf die Bedürfnisse der Generationen bezogene Gesundheitsversorgung aus (SVR, 2009).

2. Gesundheitskonferenzen als Lösungsansatz: Verbreitung und Stand der Evaluationsforschung

Ein geeignetes Management- und Steuerungsinstrument für die genannten Herausforderungen stellen kommunale Gesundheitskonferenzen dar (Hollederer, 2015). Sie dienen als Plattform für den direkten Transfer von Informationen, Konzepten und Strategien zwischen Land und Kommunen sowie Akteuren des Gesundheitswesens. Gesundheitskonferenzen bieten eine Struktur, um größere Verantwortung für die Planung und Gestaltung des Gesundheitswesens wahrzunehmen und die Handlungsmöglichkeiten vor allem im regionalen Gesundheitsmanagement durch zielgerichtete Zusammenarbeit über die Systemgrenzen des zudem hochgradig selbstverwalteten Gesundheitswesens hinweg zu erweitern.

2.1 Begriffsbestimmung

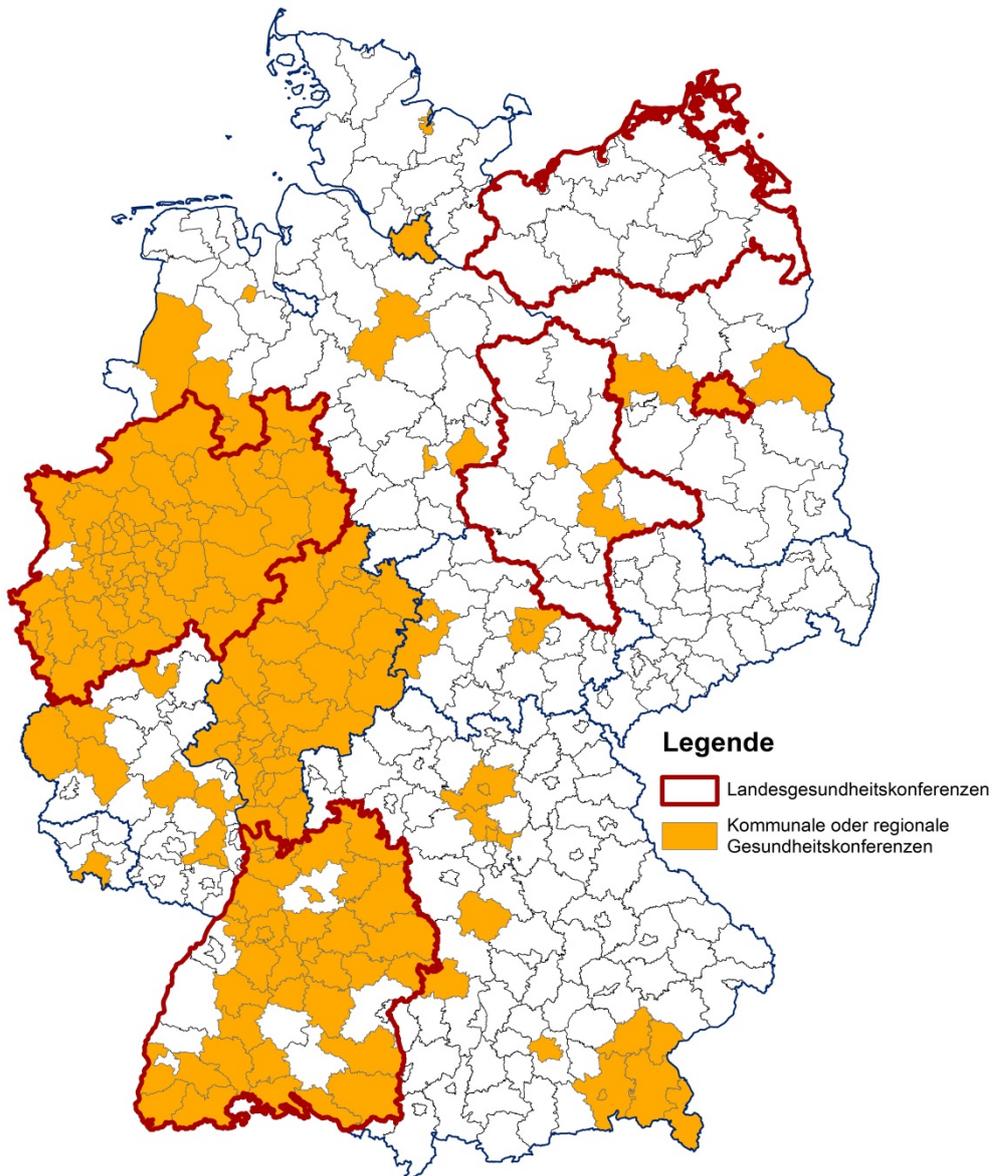
Meier (1995) definiert Gesundheitskonferenzen als „runde Tische“, an denen Vertreter aller relevanten Gruppierungen und Institutionen des Gesundheitswesens teilnehmen. Sie zielen auf Verständigung, Kooperation sowie Partizipation. Brand und Michelsen (2012) beschreiben Gesundheitskonferenzen auch als eine Möglichkeit, Politik sektorenübergreifend zu gestalten. Das Konsensprinzip sowie die Initiative des öffentlichen Sektors mit Einbindung der Akteure und Entscheidungsträger des selbstverwalteten Gesundheitswesens werden als charakteristisch für das Arbeiten einer Gesundheitskonferenz dargestellt (ebd.). Das Wort „Konferenz“ kann vom lateinischen Wort „conferre“ abgeleitet werden und bedeutet „zusammentragen“ oder auch „sich besprechen“ (Dudenverlag, 2015). Bei einer Gesundheitskonferenz sollen dementsprechend relevante Gesundheitsthemen erörtert, aber auch Lösungsansätze entwickelt werden.

2.2 Verbreitung von Gesundheitskonferenzen und Rahmenbedingungen in Deutschland

Zu Gesundheitskonferenzen bestehen langjährige Umsetzungserfahrungen bei relativ hoher Verbreitung. Gesundheitskonferenzen gibt es in Mitteleuropa in den Ländern Deutschland, Frankreich, Österreich und der Schweiz (Hollederer, 2014). Sie sind damit besonders in Ländern mit föderaler Struktur und Gesundheitswesen mit Sozialversicherungssystemen verbreitet. In Deutschland werden sie bereits seit

mehr als zwei Jahrzehnten in unterschiedlichen Wellen implementiert, insbesondere in den alten Bundesländern. Sie gehen auf Initiativen von Gesundheitsministerien der Länder oder einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften zurück. Insgesamt decken ca. 130 bestehende Gesundheitskonferenzen rund ein Drittel der Kreise und kreisfreien Städte ab (Hollederer, 2015). In Abbildung 1 wird die räumliche Verteilung dieser 130 Gesundheitskonferenzen dargestellt.

Abbildung 1: Verbreitungsgrad der Gesundheitskonferenzen in Deutschland (Stand 2014)



Erstellt von: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemanalyse (GE6) mit Data & Maps for ArcGis, ©ESRI

Quelle: Landesamt für Digitalisierung, Breitband und Vermessung

Die Einführungsstrategien reichten je nach Ambition der Länder von lokalen Einzelaktionen bis hin zur Flächendeckung (Hollederer, 2015). Es gibt allerdings unterschiedliche Raumbezugsgrößen und eine Vielzahl an verwendeten Begrifflichkeiten für Gesundheitskonferenzen. Ebenso sind die zugrundeliegenden Konzepte und die Zusammensetzung der Akteure sehr heterogen. Es gibt ein breites Themenspektrum, das von bevölkerungsbezogenen Gesundheitsproblemen über Themen der Gesundheitsversorgung und -förderung bis zu speziellen Zielgruppenproblematiken reicht. Die Prioritätensetzungen sind auch durch die Bildung von speziellen Arbeitsgruppen ersichtlich, die Gesundheitskonferenzen einsetzen, wenn Gesundheitsprobleme langfristig und intensiver bearbeitet werden. Besonders häufig wird inhaltlich die Prävention und Gesundheitsförderung aufgegriffen, da diese als gesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe besonders der Koordination und Ausgestaltung vor Ort bedarf. Die Wirksamkeit der Arbeitsformen und Ergebnisse ist weitgehend von der Mitwirkungsbereitschaft der Mitglieder und deren Einflussmöglichkeiten abhängig. Die Umsetzung erfolgt vorwiegend im eigenen Zuständigkeitsbereich der beteiligten Akteure, wodurch die Gesundheitskonferenzen die bedarfsplanrechtlichen Zuständigkeiten im ambulanten und stationären Sektor formell unberührt lassen. Durch die Gesundheitskonferenzen wird in der Regel die Politikberatung unterstützt, Transparenz und Öffentlichkeit sowie der Transfer zwischen Land und Kommunen hergestellt. Oftmals wirken Gesundheitskonferenzen auch an der kommunalen Gesundheitsberichterstattung mit und definieren prioritäre populationsbezogene Gesundheitsziele. Die Geschäftsstellen wurden bei fast allen Gesundheitskonferenzen beim (neutralen) Öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. Gesundheits-/Landratsamt angesiedelt.

In den Ländern wurden auch entscheidende politische, finanzielle und gesetzgeberische Rahmenbedingungen für das Funktionieren von Gesundheitskonferenzen gesetzt. Die nachfolgende Tabelle 1 gibt einen Überblick zu den Rahmenbedingungen in besonders engagierten Bundesländern.¹

¹ Ausführliche Informationen zur Entwicklung der Gesundheitskonferenzen in Deutschland sowie Beispiele aus den einzelnen Bundesländern bei Hollederer (2015).

Tabelle 1: Unterstützung der Gesundheitskonferenzen auf kommunaler bzw. regionaler Ebene durch die Bundesländer

Bundesland	Finanzierung durch das Land	Gesetzliche Verankerung	Flankierung durch Landesämter für Gesundheit o.ä.	Geschäftsstelle am Gesundheits-/Landratsamt	Inhaltliches Landesrahmenkonzept
Baden-Württemberg	Einmalig 38.000€ je Landkreis für Geschäftsstelle aus Aktionsprogramm Landärzte (insg. 1,75 Mio.)	nein	ja	ja	ja
Berlin	Geschäftsstellenleiter durch Bezirk	ja	ja	ja	ja
Hamburg	Geschäftsstellenleiter durch Bezirk + 1.000€ jährlich	ja	nein	ja	nein
Hessen	Keine, für überregionale Gesundheitskonferenzen <i>(ja, für lokale Gesundheitskonferenzen als Teilprojekte im Förderprogramm Regionale Netzwerke, 1,35 Mio € Gesamtmittel)</i>	ja	nein	ja	ja
Niedersachsen	2010-2013: jährlich 100.000€ je Modellregion 2014-2017: jährlich 600.000€ Gesamtmittel; bis zu 25.000 € je Landkreis	nein	ja	ja	nein
Nordrhein-Westfalen	61.300€ jährlich je Kommune für 3 Jahre	ja, verpflichtende Einführung für alle Kommunen	ja	ja	ja

2.3 Bisherige Evaluationsstudien

Gesundheitskonferenzen bieten viele Ansatzpunkte für das kommunale Gesundheitsmanagement. Sie wurden bisher allerdings nur selten wissenschaftlich begleitet. Die wissenschaftlichen Begleitevaluationen der kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen (NRW) (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW, 2000; Knesebeck et al., 2001; Knesebeck et al., 2002; Zamora, 2002), der Gesundheitskonferenzen in Berlin (Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2010) sowie des Modellprojekts „Zukunftsregion Gesundheit“ in Niedersachsen (Brandes, Bregulla & Altgeld, 2014; Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.,

2014) stellen Ausnahmen dar. Zu den zentralen Ergebnissen der Studien gehört übereinstimmend eine verbesserte organisations- und professionsübergreifende Zusammenarbeit durch die Gesundheitskonferenzen. Zudem wurden in NRW und Niedersachsen die Wichtigkeit von professionellen Strukturen in Form eines Geschäftsstellenleiters bzw. einer Koordinierungsstelle sowie das Engagement und die Beteiligung der Akteure für eine erfolgreiche Arbeit betont (Brandes, Bregulla & Altgeld, 2014; Knesebeck et al., 2001). In NRW haben die Akteure zusätzlich die Arbeitsatmosphäre positiv bewertet (Knesebeck et al., 2001). Restriktionen der Gesundheitskonferenzen bestehen allerdings in der Gesamtschau häufig aufgrund von Finanzierungsschwierigkeiten sowie eingeschränkten Regelungskompetenzen. Vorhandene Interessens- und Verteilungskonflikte sowie Systemprobleme können nicht aufgehoben, sondern nur konsensual in eigener Zuständigkeit abgemildert werden (Hollederer, 2015). Insgesamt überwiegen in den Studien aber die positiven Aspekte der Kooperation und Netzwerkbildung, so dass Gesundheitskonferenzen als geeignet angesehen werden, um sich gemeinsam vor Ort den Herausforderungen der Gesundheitsversorgung zu stellen (Brandes, Bregulla & Altgeld, 2014). Für die Weiterentwicklung der Gesundheitskonferenzen in Deutschland besteht dennoch weiterer Evaluationsbedarf hinsichtlich der Durchführbarkeit und Wirksamkeit (Hollederer, 2015).

3. Rahmenbedingungen des Modellprojekts Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern

Vor dem beschriebenen Hintergrund und unter Berücksichtigung der Chancen, welche Gesundheitskonferenzen potenziell bieten, hat das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) Anfang des Jahres 2013 mit der Durchführung des Forschungsprojekts „Untersuchung des Bedarfs an regionalen Gremien zur Vor-Ort-Analyse der ärztlichen Versorgungssituation“ beauftragt. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurden in Bayern Regionale Gesundheitskonferenzen (RGK) mit Konzentration auf die wohnortnahe Gesundheitsversorgung modellhaft erprobt. Das Modellprojekt wurde durch das Sachgebiet GE 6 „Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemanalyse“ des LGL betreut und wissenschaftlich begleitet. Das LGL fungierte gleichzeitig als Bewilligungsbehörde.

Die Modellphase war ursprünglich auf eine Laufzeit von neun Monaten mit einer finanziellen Unterstützung von 20.000 Euro pro Region angelegt. Bei intensiven Vorgesprächen mit möglichen Partnern in den Modellregionen stellte sich aber die kurze Zeitspanne für die Implementierung als Hinderungsgrund für eine Teilnahme dar. Die damit verbundene kurze Finanzierungsdauer führte zu Unsicherheit hinsichtlich einer langfristigen Projektfortführung. Die Nachhaltigkeit der Regionalen Gesundheitskonferenzen wurde als gefährdet eingeschätzt. Durch eine darauf folgende Ausweitung der Projektdauer und Finanzierung von Mitte 2013 bis Ende 2014 konnten schließlich drei verschiedenartige Regionen für das Modellprojekt der Regionalen Gesundheitskonferenzen in Bayern akquiriert werden.

Das StMGP stellte für die Durchführung des Projekts eine Gesamtsumme von 263.109 Euro zur Verfügung. Jede der drei teilnehmenden Regionen wurde mit einer Anschubinvestition von ca. 46.000 Euro unterstützt, um den Großteil der anfallenden Personal- und Organisationskosten zu decken. Der Betrag wurde mit einer halben Stelle im gehobenen Dienst und zusätzlichen Sachkosten für die Projektlaufzeit kalkuliert. Eine verpflichtende Einbringung an Eigenmitteln der Regionen gab es nicht. Die übrigen Finanzmittel wurden für die Besetzung einer Projektstelle am LGL zur fachlichen Betreuung der Regionen und wissenschaftlichen Begleitung der Modellphase eingesetzt.

Als weitere Unterstützung für die Modellregionen entwickelte das LGL als Starthilfe ein umfassendes Fachkonzept für die Durchführung von Regionalen Gesundheitskonferenzen und die inhaltliche Aufbereitung prioritärer Themen in der Gesundheitsversorgung. Außerdem wurde eine Mustergeschäftsordnung (vgl. Anhang 1) zur Verfügung gestellt, welche die Regionen individuell anpassen konnten. Es war jedoch nicht verpflichtend, sie zu nutzen. Die vorbereiteten Unterlagen sollten den Einstieg in die Facharbeit erleichtern und beschleunigen. Flankierend wurde eine intensive fachliche Beratung und Unterstützung der Modellregionen durch das LGL und ein intensiver fachlicher Austausch mit den Geschäftsstellenleitern durchgeführt. Zudem konnten im Verlauf des Modellprojekts Synergieeffekte innerhalb des LGL erzielt werden. Bei Fragestellungen bspw. zur ärztlichen Versorgung oder zu innovativen Versorgungsideen konnte der direkte Kontakt zu Ansprechpartnern des am LGL angesiedelten Kommunalbüros für ärztliche Versorgung oder des Projektconsultings für das Förderprogramm innovative medizinische Versorgungskonzepte vermittelt werden. Zusätzlich fanden während der Modellphase wiederholt Projekttreffen zwischen den Geschäftsstellenleitern und Verantwortlichen des LGL und StMGP statt, um einen Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den einzelnen Regionen und gleichzeitig die Berichterstattung gegenüber dem Auftraggeber des Projekts sicherzustellen.

Die wesentlichen Informationen wurden im Internetauftritt des Modellprojekts (unter www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitskonferenzen) eingepflegt.

Neben der wissenschaftlichen Prozessbegleitung und Evaluation fanden außerdem diverse weitere Aktivitäten statt. Hierzu zählten wissenschaftliche Publikationen und Vorträge zum Thema Gesundheitskonferenzen. Die Netzwerkarbeit mit anderen Bundesländern, die im Bereich der Gesundheitskonferenzen aktiv sind, wurde vor allem durch organisierte Workshops auf Fachkongressen intensiviert. Hier wurden jeweils die aktuellen Zwischenergebnisse des Modellprojekts vorgestellt und diskutiert sowie durch Vorträge von verantwortlichen Protagonisten aus anderen Bundesländern ergänzt.

4. Zielsetzung und konzeptioneller Hintergrund des Modellprojekts

Die strategische Zielsetzung von Regionalen Gesundheitskonferenzen bestand in der Optimierung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung in Bayern. In der Modellphase waren zunächst der Bedarf und die Akzeptanz seitens der regionalen Akteure im Gesundheitswesen bezüglich eines solchen Gremiums modellhaft in drei Regionen Bayerns zu erproben. Aus dem Modellprojekt sollten Erkenntnisse über die praktische Umsetzung und Wirksamkeit gewonnen werden, um über eine spätere Ausweitung des Instruments und die dazugehörigen Rahmenbedingungen gesundheitspolitisch entscheiden zu können.

In jeder der drei Modellregionen sollten zur Verbesserung der Strukturen vor Ort daher Gesundheitskonferenzen im Sinne eines Fachgremiums gegründet und dazugehörige Geschäftsstellen eingerichtet werden. Empfohlen wurde die Ansiedlung der Geschäftsstelle beim Öffentlichen Gesundheitsdienst. Weitere zentrale Anforderungen für die Modellphase waren jeweils drei Sitzungen der Gesundheitskonferenz für die Konstituierung, das Assessment und die Entwicklung von Maßnahmen, Strategien oder Projekten (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Projektplan für die Modellphase der Regionalen Gesundheitskonferenzen

1.	•Antragstellung
2.	•Einrichtung einer Geschäftsstelle in der Region •Vorbereitung und Implementierung der Regionalen Gesundheitskonferenz
3.	•1. Sitzung: Konstituierung der Regionalen Gesundheitskonferenz
4.	•2. Sitzung: Durchführung Bedarfsanalyse, Identifikation von regionalen Gesundheitsproblemen, Schwerpunktsetzung für die zukünftige Arbeit
5.	•Gründung von Arbeitsgruppen, Beginn von Maßnahmen und Projekten
6.	•3. Sitzung: Entwicklung von Gesundheitsstrategien, Stellungnahmen, Reflektion und Weiterentwicklung

Um Schwerpunkte für die zukünftige Arbeit festlegen zu können, war nach der konstituierenden Sitzung die Analyse der Versorgungssituation und die Identifikation von etwaigem lokalem Versorgungsbedarf und Qualitätsdefiziten in der Gesundheitsversorgung notwendig. Entsprechend der Themenauswahl waren danach Arbeitsgruppen zu gründen und schließlich Maßnahmen oder Projekte zu initiieren. Je nach Art der regionalen Problemlage gab es verschiedene Aufgaben und Aktivitäten für die Regionalen Gesundheitskonferenzen und deren Arbeitsgruppen, um das Ziel einer verbesserten wohnortnahen Gesundheitsversorgung zu erreichen. Dazu gehören u.a. die

- Formulierung von kommunalen Gesundheitszielen
- Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen für die regionale Gesundheitsversorgung
- Vernetzung sowie Intensivierung der Kooperation der regionalen Akteure im Gesundheitswesen (Kooperationsprojekte oder gemeinsame Maßnahmen)
- Verabschiedung von Handlungsempfehlungen, die unter Selbstverpflichtung der Beteiligten umgesetzt werden

Akteure

In dem fachlich kompetenten Gremium der Regionalen Gesundheitskonferenzen sollten alle Vertreter der Einrichtungen zusammenkommen, die vor Ort bei der gesundheitlichen Versorgung eine wesentliche Rolle wahrnehmen. Die Auswahl der entsprechenden Akteure hatte durch die teilnehmenden Regionen zu erfolgen. Das Gremium war mit Vertretern der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsverwaltung, der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, von Sozialversicherungsträgern sowie Vertretern weiterer gemeinnütziger Organisationen der Region zu besetzen. Es wurde allerdings empfohlen, eine Obergrenze von 30 Mitgliedern einzuhalten. In Abbildung 3 werden alle Akteure, die im Allgemeinen für die Gesundheitskonferenzen nach dem Fachkonzept infrage kommen, aufgeführt.

Abbildung 3: Akteure in Gesundheitskonferenzen

Gesundheitspolitik/ Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Mitglieder des zuständigen Stadt-/Landrates und von Gemeinderäten • Gesundheitsamt/Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz • Anlassbezogen Sozial-/Jugendhilfe, Verkehr, Umwelt, Schule, Arbeit etc.
Ambulante Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztekammer/Kreisärzteschaft, Kassenärztliche Vereinigung • Zahnärztekammer • Apothekerkammer • Psychotherapeutenkammer • Heilberufe
Stationäre Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge • Stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Krankenversorgung, ggf. Pflege-/Rehabilitationseinrichtungen, Palliativversorgung
Sozialversicherungsträger	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Krankenversicherung • Gesetzliche Pflegeversicherung, Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaften
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> • Vertreter der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe, Patientenvertreter/-schutz • Wohlfahrtsverbände, Beratungsstellen • Universitäten, Hochschulen, Forschungsinstitute • Weitere wichtige lokale Akteure, Beauftragte und Netzwerke

Aufgaben der Geschäftsstelle

Die einzurichtende Geschäftsstelle repräsentierte die Regionale Gesundheitskonferenz nach außen. Die Geschäftsführer koordinierten und unterstützten die Arbeit der Regionalen Gesundheitskonferenz. Sie bereiteten die Sitzungen vor und nach. Die Geschäftsführer organisierten die Arbeitsgruppen und begleiteten sie inhaltlich. Außerdem waren sie zuständig für den Austausch mit und der Berichterstattung gegenüber dem LGL, für die Zusammenführung und Weitergabe von Informationen und die Öffentlichkeitsarbeit.

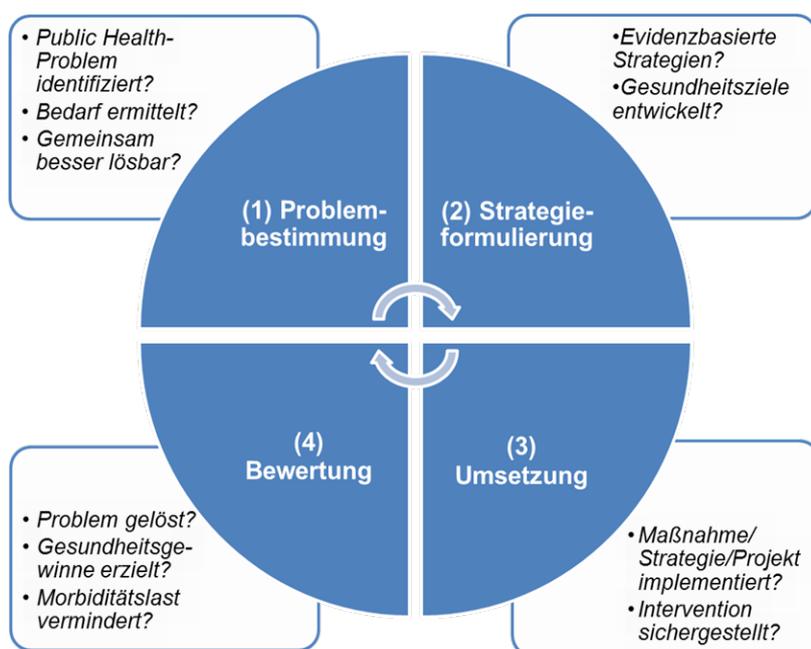
Agenda-Setting

Die Regionalen Gesundheitskonferenzen hatten seitens des Auftraggebers keine konkreten Vorgaben bezüglich der Schwerpunktthemen, da davon auszugehen war, dass die spezifischen Problemlagen vor Ort sehr unterschiedlich aussehen würden. Die Auswahl musste von allen Mitgliedern gemeinsam und in Abhängigkeit von den jeweiligen regionalen Problemkonstellationen getroffen werden. Es war allerdings ein Fokus auf die ambulant-ärztliche Versorgung zu legen. Für die Bearbeitung der gewählten prioritären Gesundheitsthemen sollten Arbeitsgruppen gebildet werden. Die Arbeitsgruppenmitglieder waren von der Regionalen Gesundheitskonferenz festzulegen, wobei zusätzliche externe Fachleute je nach Anlass hinzugezogen werden konnten.

Handlungszyklus

Die untenstehende Abbildung 4 verdeutlicht in Anlehnung an den Public-Health-Action-Cycle, wie die Gremien idealerweise vorgehen sollten. Zuerst gilt es, die regionalen Gesundheitsprobleme zu identifizieren, z. B. mit Hilfe der Gesundheitsberichterstattung. Nach einer Analyse der regionalen Versorgungssituation sollten Gesundheitsziele und evidenzbasierte Strategien entwickelt werden, welche anschließend in Form von Maßnahmen oder Projekten umgesetzt werden sollten. Wichtig ist hierbei die Evaluation und Verlaufsbeobachtung von Projekten und Maßnahmen, deren Ergebnisse auch wieder in eine darauffolgende Problembestimmung einfließen. Hiermit schließt sich der Kreis und das Prozedere beginnt erneut mit der Identifikation der regionalen Gesundheitsprobleme.

Abbildung 4: Handlungszyklus einer Gesundheitskonferenz

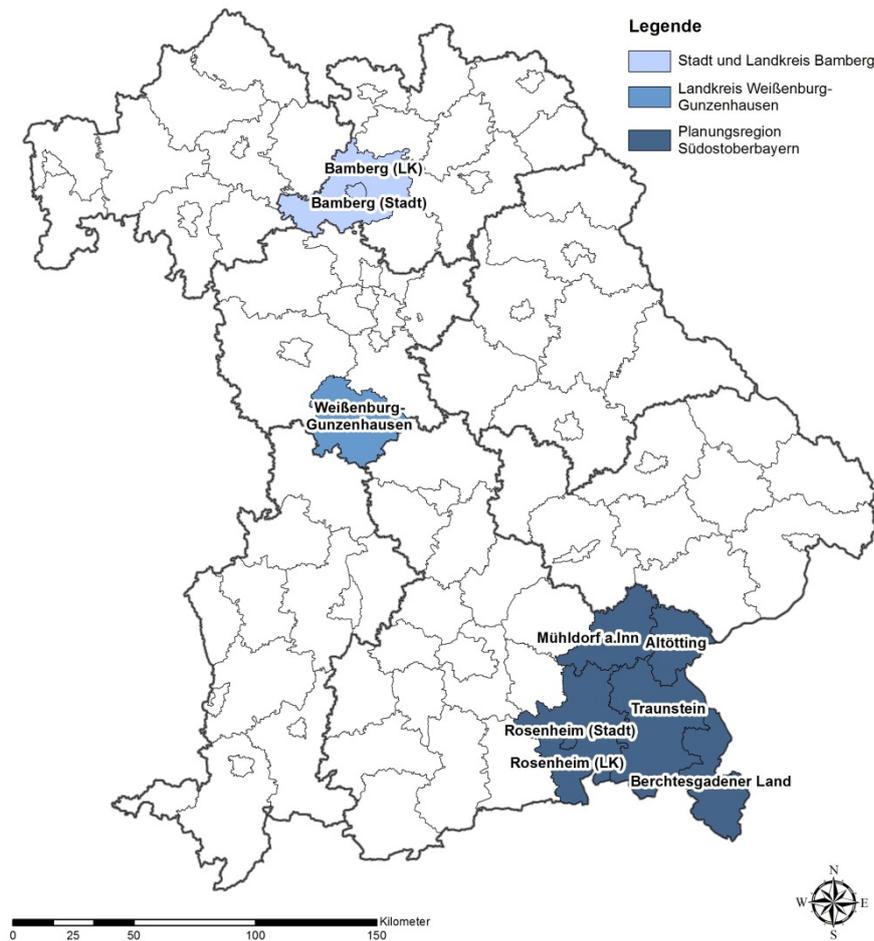


5. Modellregionen Bamberg, Südostoberbayern und Weißenburg-Gunzenhausen

Das Modellprojekt Regionale Gesundheitskonferenzen wurde in drei verschiedenartigen und räumlich getrennten Modellregionen erprobt:

1. Stadt und Landkreis Bamberg
2. Planungsverband Südostoberbayern (Landkreise Mühldorf am Inn, Altötting, Traunstein, Rosenheim, Berchtesgadener Land und kreisfreie Stadt Rosenheim)
3. Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen

Abbildung 5: Modellregionen der Regionalen Gesundheitskonferenzen in Bayern



Erstellt von: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemanalyse (GE6) mit Data & Maps for ArcGis, ©ESRI

Quelle: Landesamt für Digitalisierung, Breitband und Vermessung

Über diese drei Modellregionen wurden somit neun der 96 bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte in drei verschiedenen Regierungsbezirken erreicht (vgl. Abbildung 5). Die drei Modellregionen divergieren in den Raumbezugsgrößen.

Während der Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen alleine eine Gesundheitskonferenz bildete, schlossen sich bei den anderen zwei Modellregionen mehrere Gebietskörperschaften zusammen. Die Stadt Bamberg liegt inmitten des Landkreises Bamberg. Sie bildeten eine gemeinsame Regionale Gesundheitskonferenz. In Südostoberbayern gründeten insgesamt fünf Landkreise und eine kreisfreie Stadt eine Gesundheitskonferenz.

Die drei Modellregionen unterschieden sich erheblich bezüglich der jeweiligen Strukturdaten und Versorgungsindikatoren (vgl. Tabelle 2). Die Modellregionen differieren stark in der Bevölkerungsentwicklung. Für den dünn besiedelten Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen wird ein vergleichsweise hoher Bevölkerungsrückgang prognostiziert. Für die Stadt Bamberg als auch für den Landkreis Bamberg ist ein leichter Bevölkerungsrückgang zu erwarten. Die größte Regionale Gesundheitskonferenz bildete die Planungsregion Südostoberbayern mit insgesamt um die 800.000 Einwohner und einer tendenziellen Bevölkerungszunahme, wobei die einzelnen Stadt- und Landkreise leichte Unterschiede aufweisen und bspw. für den Landkreis Rosenheim der höchste Zuwachs prognostiziert wird. Betrachtet man die Versorgungsindikatoren der Regionen, sind auch hier Unterschiede zwischen den Modellregionen, aber auch innerhalb der Modellregion Bamberg und Südostoberbayern bei den teilnehmenden Gebietskörperschaften festzustellen. Beispielsweise gibt es für die Region Bamberg statistisch insgesamt 525 Einwohner je Arzt in ambulanten Einrichtungen. Dies verteilt sich allerdings auf 257 Einwohner je Arzt im Landkreis und 1.081 in der Stadt. Dagegen hat die Stadt Bamberg eine sehr viel höhere Krankenhausbettendichte mit 14,5 je 1.000 Einwohner im Vergleich zum Landkreis mit 1,7. Die Unterschiede sind zwar innerhalb der Planungsregion Südostoberbayern nicht so groß, aber dennoch nennenswert. Mühldorf am Inn hat die höchste Anzahl an Einwohnern je Arzt in ambulanten Einrichtungen mit 610, während die Stadt Rosenheim mit 243 die niedrigste aufweist. Die Krankenhausbettendichte ist in der Stadt und im Landkreis Rosenheim (mit 10,7 bzw. 10,4 je 1.000 Einwohner) am höchsten. Die Struktur- sowie Versorgungsunterschiede innerhalb der teilnehmenden Gebietskörperschaften sowie zwischen den Modellregionen können die Etablierung der

Gesundheitskonferenzen, ihre Größe und Besetzung der Gremien, aber auch deren Arbeitsweise und die zu behandelnden Themen beeinflussen.

Tabelle 2: Ausgewählte Strukturdaten und Versorgungsindikatoren der Modellregionen zu Projektbeginn

Strukturdaten	Jahr	Regionale Gesundheitskonferenz Bamberg	Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern	Regionale Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen
Gebietskörperschaften		Stadt und Landkreis Bamberg	Landkreise Altötting, Berchtesgadener Land, Rosenheim, Traunstein und Stadt Rosenheim	Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen
Bevölkerung (31.12.2012)	2012	214.621	792.285	92.187
Bevölkerungsveränderung 2011-2031 (in %)	2011	-2,7	1,5	-7,4
Fläche in km ²	2013	1.223	5.225	971
Siedlungsstrukturelle Typen	2013	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen; Stadt Bamberg als Oberzentrum	Ländliche Region (ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und Städtische Kreise)	dünn besiedelter ländlicher Kreis
Versorgungsindikatoren				
Einwohner je Arzt in ambulanten Einrichtungen	2012	525	485	698
Hausärzte: Anteil 60 Jahre und älter (in %)	2010	25,9	27,4	20,6
Krankenhausbettendichte je 1.000 Einwohner	2012	5,9	7,1	4,6

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Daten des Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Laufende Raumbewertung), GBE 2012 Indikator 8.8 und KVB Versorgungsatlas

6. Wissenschaftliche Begleitung und formative Evaluation

6.1 Methodik

Die Erfahrungen und Ergebnisse im Modellprojekt der Regionalen Gesundheitskonferenzen wurden von August 2013 bis Dezember 2014 vom LGL wissenschaftlich begleitet, dokumentiert und formativ evaluiert. Eine formative Evaluation ist meistens erkundend angelegt und wird vor allem bei der Entwicklung und Erkundung neuer Maßnahmen eingesetzt (Bortz & Döring, 2002). Das Ziel der hier durchgeführten prozessbegleitenden Evaluation war, die Ergebnisse der Regionalen Gesundheitskonferenzen zu bewerten und gleichzeitig einen umfassenden Überblick der Strukturen und Prozesse der Gesundheitskonferenzen zu erhalten. Außerdem zielte sie darauf, auch die Perspektive der teilnehmenden Akteure besonders hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der Gesundheitskonferenz und ihrer Einschätzung über die Zielerreichung zu erheben. Dies sind entscheidende Erfolgsparameter für das Fortbestehen und den Erfolg einer Gesundheitskonferenz. Die Evaluation sollte auch der späteren Übertragbarkeit in andere Regionen dienen. Die Erkenntnisse aus der Modellphase sollten vom LGL daher abschließend in einen Handlungsleitfaden zur Unterstützung für weitere bayerische Regionen eingearbeitet werden (vgl. Kapitel 8).

Die Evaluation erfasste die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die für die Evaluation entscheidenden Merkmale werden in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Strukturelle, prozessuale und ergebnisbezogene Merkmale der Evaluation

Strukturelle Merkmale	Prozessuale Merkmale	Ergebnisbezogene Merkmale
<ul style="list-style-type: none"> • Ausgangssituation der Region • Merkmale der Geschäftsstelle • Teilnehmerstruktur der Gremien 	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktion in den Gremien • Arbeitsweise und Verfahren • Moderation und Leitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung und Institutionalisierung der Interventionsinstrumente • Bedarfsanalyse • Erste Ziele/Schwerpunktsetzung • Maßnahmen/Handlungsempfehlungen • Veränderungen auf Versorgungsebene • Monitoring von Gesundheitsindikatoren

Die formative Evaluation erfolgte in einer Triangulation von qualitativen und quantitativen empirischen Methoden. Sie lehnte sich im Evaluationsdesign stark an die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ aus Nordrhein-Westfalen an (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW, 2000; Knesebeck et al, 2001).

Zu Beginn der Modellphase wurde mit einer standardisierten schriftlichen Befragung der Geschäftsstellenleiter die Strukturqualität und der Aufbau der Geschäftsstellen erfasst. Für ein Monitoring der Implementations- und Umsetzungsphase dienen Dokumentenanalysen von vierteljährlichen Fortschrittsberichten, Sitzungsprotokollen der Gesundheitskonferenzen und der Arbeitsgruppentreffen sowie von Sitzungsdokumentationsbögen. Die Befunde wurden ergänzt durch die teilnehmenden Beobachtungen der Evaluatoren an den einzelnen Sitzungen der Gesundheitskonferenzen sowie den kontinuierlichen Austausch mit den Geschäftsstellenleitern.

Um die Perspektive der Akteure zu erfassen, wurde als wichtigstes Evaluationsinstrument am Ende der letzten Sitzung der Gesundheitskonferenzen eine Vollerhebung bei allen Teilnehmern der drei Modellregionen mittels eines teilstandardisierten Fragebogens durchgeführt. Das Erhebungsinstrument beinhaltete 21 Items im Likert-Format mit Statements, deren Zustimmungsgrad auf einer 4-stufigen-Antwortskala abgefragt wurde („trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“ sowie die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“). Neun Items fragten die Einschätzungen der Akteure bezüglich Strukturen und Prozesse und drei Items den Einfluss der Geschäftsstellenleiter, Vorsitzenden und Moderatoren ab. Weitere sieben Einzelitems erfassten Erfolgsparameter der Gesundheitskonferenz aus Sicht der Akteure und zwei den Zufriedenheitsgrad. Außerdem wurde in dem Fragebogen die Zugehörigkeit zu den Hauptakteursgruppen erhoben. Vier offene Fragen gaben die Möglichkeit, positive und negative Faktoren für den Verlauf der Gesundheitskonferenz sowie Verbesserungsvorschläge zu nennen. Der Fragebogen war von den Akteuren anonym zu beantworten und zurückzugeben. Die Rückgabe konnte direkt vor Ort oder auch postalisch erfolgen.

Mittels der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 22 wurden Deskriptions- und Korrelationsanalysen mit den erfassten Daten durchgeführt. Für die Likert-skalierten Items wurden darüber hinaus Mittelwerte berechnet. Es ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass die berichteten Ergebnisse insbesondere auf regionaler Ebene auf kleinen Fallzahlen beruhen. Deswegen wurde auf statistische Tests und die Berechnung von Konfidenzintervallen verzichtet. Die berichteten Unterschiede zwischen den Akteursgruppen oder Regionen sind daher prinzipiell als Hinweise zu betrachten und vorsichtig zu interpretieren.

Im Folgenden werden die zentralen Befunde und Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts der Regionalen Gesundheitskonferenzen berichtet. Zuerst folgt eine Deskription der Implementationsphase sowie die Darstellung der Ergebnisse aus der Teilnehmerbefragung, jeweils zusammenfassend für alle drei Modellregionen. Anschließend wird jede Region individuell vorgestellt, um einen tieferen Einblick in die verschiedenen Gesundheitskonferenzen und deren Entwicklungen geben zu können.

6.2 Monitoring der Implementations- und Umsetzungsphase

Tabelle 4 informiert über die Strukturen der drei Regionalen Gesundheitskonferenzen während der Implementationsphase.

Alle drei Modellregionen haben relativ zügig eine funktionierende Gesundheitskonferenz etablieren können. Durch die Anschubfinanzierung wurde in den drei Regionen die Einrichtung der Geschäftsstellen realisiert und mit der nötigen Infrastruktur bei der kommunalen Selbstverwaltung angesiedelt. Die Geschäftsstellenleiter wurden in Teilzeit beschäftigt und erhielten weitere Unterstützung von Mitarbeitern der jeweiligen Institution. Für Organisation, Planung und Agenda-Setting wurden interne kleinere Steuerungsgruppen gebildet. In der Befragung der Geschäftsstellenleiter werden die Arbeitsbedingungen mit „gut“ bis „sehr gut“ beurteilt. Den Vorsitz der Gesundheitskonferenzen führten die Landräte bzw. der Planungsverbandsvorsitzende. Die Moderation der einzelnen Sitzungen der Gesundheitskonferenzen wurde entweder von den Geschäftsstellenleitern oder den Vorsitzenden bzw. auch in Kombination übernommen. Entsprechend dem Projektplan fanden in der Implementationsphase in allen Regionen jeweils drei Sitzungen der Gesundheitskonferenz statt. In zwei Modellregionen wurde eine Geschäftsordnung verabschiedet.

Tabelle 4: Strukturen der Regionalen Gesundheitskonferenzen

Regionale Gesundheitskonferenz	Bamberg	Südostoberbayern	Weißenburg-Gunzenhausen
Vorsitz	Landrat	Planungsverbandsvorsitzender	Landrat
Ansiedlung Geschäftsstelle	Gesundheitsamt	Planungsverband	Gesundheitsamt
Steuerungsgruppe	ja	ja	ja
Moderation der Sitzungen	Geschäftsstellenleiter	Vorsitzender	Geschäftsstellenleiterin
Geschäftsordnung	ja	nein	ja
Bedarfsermittlung			
a) eigene Befragung	ja	ja	ja
b) Analysen bestehender Daten	ja	ja	ja
Arbeitsgruppen (AG)	1. AG: Künftige Entwicklungen in haus- und fachärztlicher Versorgung 2. AG: Praktisches für haus- und fachärztliche Versorgung 3. AG :Medizinische Versorgung in Pflegeheimen	6 AGs auf Landkreis-/Stadtebene mit identischen Themeninhalten: a) Räumlicher Zuschnitt Versorgungsbereiche b) Bereitschaftsdienst/Notdienst c) Begleitende Maßnahmen auf kommunaler Ebene d) Schnittstelle ambulant/stationär e) Psychotherapeutische Versorgung	1. AG: Ärztliche Versorgung 2. AG: Patienten- und Pflegewegweiser 3. AG: Schnittstellenkommunikation und Überleitung 4. AG: Hospiz- und Palliativversorgung

Die Teilnahmebereitschaft der eingeladenen Akteure der regionalen Gesundheitsversorgung war sehr hoch. So ist es den Regionen gelungen, Vertreter der Kommunalpolitik und Unteren Gesundheitsbehörden, Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung sowie teils Patientenvertreter und Vertreter weiterer gesundheitsbezogener Organisationen für ihre Gremien zu gewinnen. Unterschiede bestanden hinsichtlich der Teilnehmerzahl, welche zwischen den Regionen und auch im Zeitverlauf zwischen den Sitzungen von 17 bis 37 Teilnehmern variierte. Auffallende Fluktuationen gab es aber in der Teil-

nahmebereitschaft nicht. In Südostoberbayern wurden räumlich bedingt die meisten Akteure für die Gesundheitskonferenzen eingeladen, in Bamberg am wenigsten.

Die Bedarfsermittlung zur Identifizierung der regionalen Gesundheitsprobleme erfolgte mehrstufig und variierte in den Regionen. Beispielsweise wurden in eigenen Fragebogenerhebungen unter den eingeladenen Akteuren die Problemlagen vor Ort und die dringlichsten Themen erfasst, die danach in den Sitzungen diskutiert sowie priorisiert wurden. Zusätzlich wurden verschiedene, bereits existierende Daten für die Analysen ausgewertet, z. B. Daten des Ärztlichen Kreisverbands, des Gesundheitsatlas Bayern oder der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Bereits nach den ersten Sitzungen konnten Schwerpunkte für die weitere Arbeit der Gesundheitskonferenzen definiert werden, wobei in allen drei Regionen die ambulante ärztliche Versorgung den Hauptarbeitsschwerpunkt darstellte. Für die Themen wurden entsprechende Arbeitsgruppen gebildet, in denen teilweise weitergehende Bedarfsermittlungen, wie z. B. eine Vollerhebung bei Pflegeheimen bezüglich deren Überleitungsmanagement im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen, stattfanden. In Bamberg gab es insgesamt drei aktive Arbeitsgruppen. Jeweils eine Arbeitsgruppe zu „künftigen Entwicklungen“ und „Praktisches“ der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie eine Arbeitsgruppe, die sich mit dem Thema der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen auseinandersetzte. In Südostoberbayern entsprachen die Arbeitsgruppen den Landkreisen, innerhalb der Arbeitsgruppen wurden wiederum dieselben Themenschwerpunkte bearbeitet. Die Ergebnisse wurden dort am Ende der Modellphase in einer gemeinsamen Resolution zusammengeführt und abschließend an die politischen Entscheidungsträger auf Landes- sowie kommunaler Ebene adressiert (vgl. Anhang 7). Im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen wurden neben der Arbeitsgruppe für die Sicherung der ärztlichen Versorgung noch weitere Arbeitsgruppen zu den Themen Hospiz- und Palliativversorgung, Patienten- und Pflegewegweiser sowie zum Thema Überleitungsmanagement gebildet. Ausführlichere Informationen zu den Aktivitäten und Ergebnissen der Arbeitsgruppen werden weiter unten in den Einzeldarstellungen der drei Regionen gegeben.

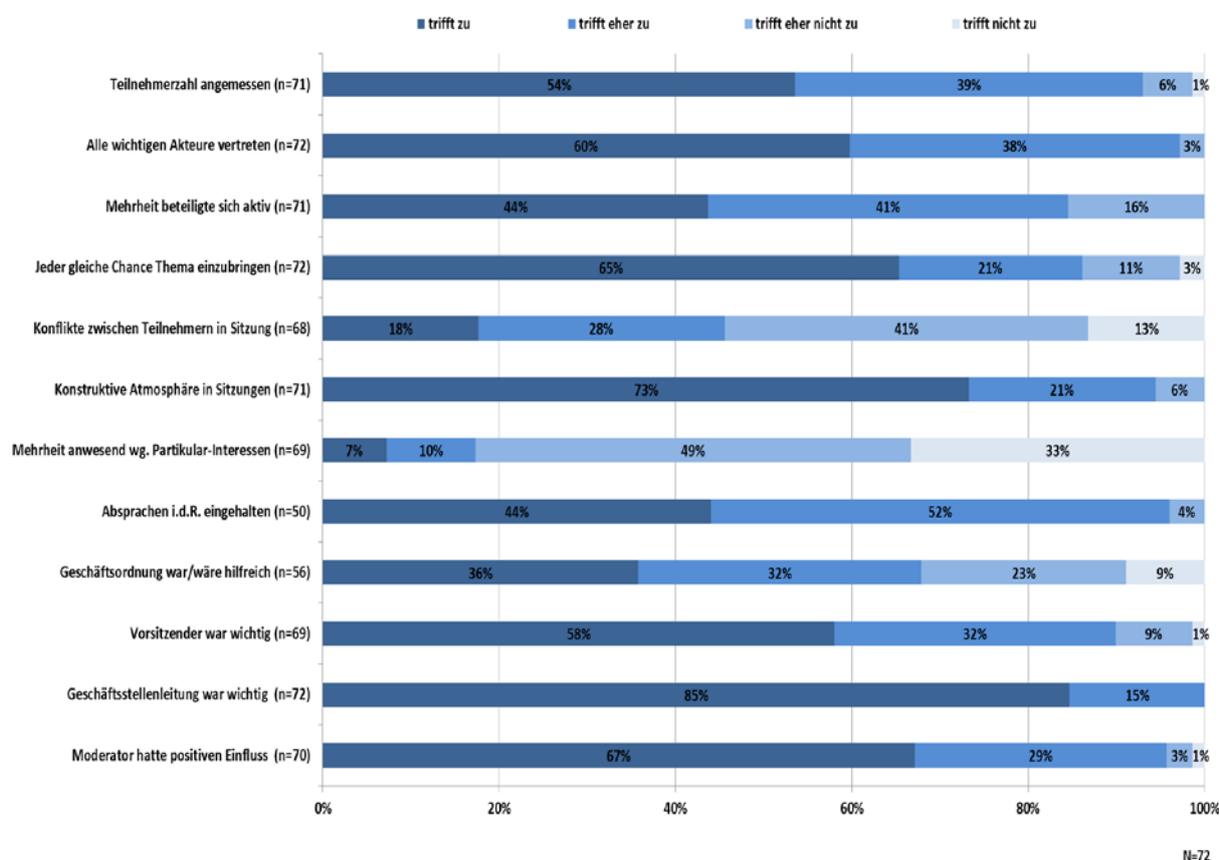
6.3 Ergebnisse der Teilnehmerbefragung der drei Modellregionen

Bei der am Ende der Modellprojektphase durchgeführten Teilnehmerbefragung wurden von insgesamt 80 ausgeteilten Fragebögen 72 beantwortet, so dass sich eine

Rücklaufquote von 90 % ergibt (17 von 17 in Bamberg; 29 von 34 in Südostoberbayern; 26 von 29 in Weißenburg-Gunzenhausen). Die Non-Response bei den einzelnen Items war relativ klein und betrug in der Regel zwischen Null und zwei Teilnehmer. Die Zahl der einzelnen „Weiß nicht“-Antworten lag in der Regel zwischen Null und drei – mit Ausnahme von wenigen Ausreißern. Die nachfolgenden Abbildungen 6-8 zeigen gegliedert in drei Themenblöcken die Zustimmungsggrade der Teilnehmer zu den abgefragten Items auf 100 %-Skalen. Hierzu wurden jeweils nur die Antworten innerhalb der 4-stufigen-Antwortskala einbezogen, fehlende Angaben sowie die Antwort „weiß nicht“ wurden ausgeschlossen. Die Antworten aus den offenen Fragen der Teilnehmerbefragung werden für jede Region einzeln in den drei Regionalberichten in Kapitel 6.4 dargestellt.

Der erste Themenblock (Abbildung 6) umfasst die Struktur- und Prozessindikatoren der Regionalen Gesundheitskonferenzen. Die meisten Befragten empfanden die Teilnehmerzahlen an den Sitzungen als angemessen (54 %) oder eher angemessen (39 %). Die Aussage, dass alle für die gesundheitliche Versorgung bzw. Gesundheitspolitik der Region wichtigen Akteure vertreten sind, traf für 60 % der Teilnehmer zu und für weitere 38 % eher zu. Auch hinsichtlich der Interaktion in den Gremien gelangten die Akteure zu einer positiven Einschätzung. So stimmten 85 % dem Statement zu oder eher zu, dass sich die Mehrheit der Teilnehmer in der Regel aktiv an den Sitzungen beteiligt hat und 86 % der Aussage, dass jedes Mitglied die gleichen Chancen hatte, ein Thema in der Regionalen Gesundheitskonferenz einzubringen. Obwohl insgesamt 46 % der Befragten angaben, dass während der Sitzungen Konflikte zwischen den Teilnehmern deutlich wurden, waren die Sitzungen für 73 % der Akteure in der Regel durch eine konstruktive Atmosphäre gekennzeichnet, für weitere 21 % traf dies eher zu und ausschließlich für 6 % eher nicht. 82 % der Akteure verneinten die Aussage kategorisch oder eher, dass die Mehrheit der Teilnehmer nur erschien, um ihre Partikularinteressen durchzusetzen.

Abbildung 6: Strukturen und Prozesse aus Sicht der Teilnehmer in den drei Modellregionen (4-stufige-Antwortskala)



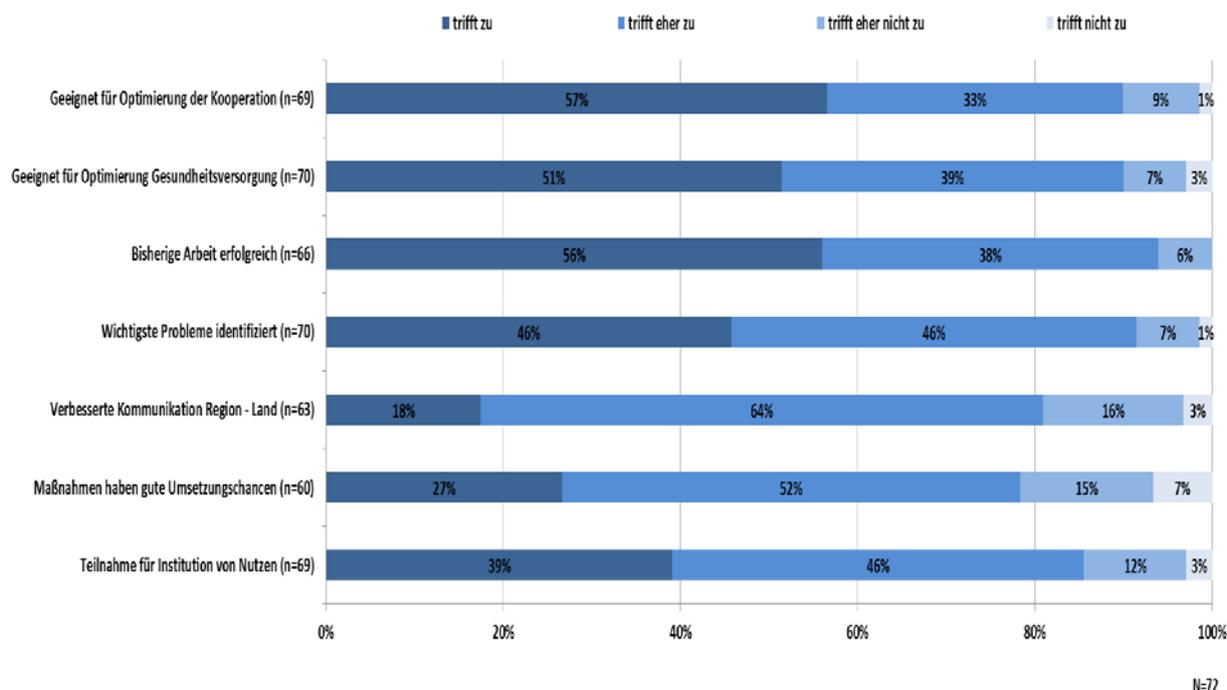
Bei dem Statement, dass erfolgte Absprachen und Zusagen in der Regel eingehalten wurden, gab es einen auffallend hohen Anteil an „weiß nicht“- bzw. fehlenden Angaben (31%). Das könnte darauf hindeuten, dass die Abfrage zu früh für die Beteiligten kam, da Projekte erst gestartet wurden und es noch wenige konkrete Verpflichtungen gab. Von den gegebenen Antworten fielen dennoch insgesamt 96 % auf die beiden Kategorien „trifft zu“ und „trifft eher zu“.

Auch die Frage, ob die Geschäftsordnung hilfreich war bzw. gewesen wäre, wurde von vielen Befragten mit „weiß nicht“ oder gar nicht beantwortet (22 %). Von den übrigen Befragten hielten 68 % eine Geschäftsordnung als hilfreich oder eher hilfreich.

Die Funktionsträger für Vorsitz, Geschäftsstellenleitung und Moderation wurden als bedeutsam für die Regionalen Gesundheitskonferenzen erachtet. Der Geschäftsstellenleiter war für alle Akteure und der Vorsitzende für 90 % wichtig oder eher wichtig für das Funktionieren der Gesundheitskonferenz. Ein ebenfalls hoher Anteil der

Teilnehmer (96 %) stimmte voll oder eher zu, dass der Moderator einen positiven Einfluss auf den Sitzungsverlauf hatte.

Abbildung 7: Erfolgsparameter und Eignung der Gesundheitskonferenzen aus Sicht der Teilnehmer in den drei Modellregionen (4-stufige-Antwortskala)



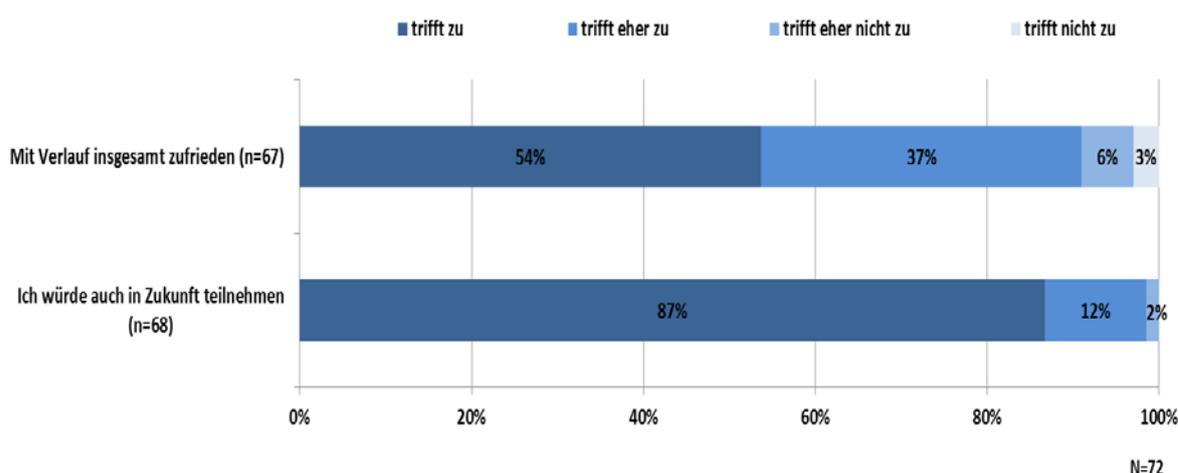
Im zweiten Themenblock (Abbildung 7) werden die Erfolgsparameter aus Sicht der Akteure abgebildet. Sie erlauben Rückschlüsse auf die Realisierungsmöglichkeiten der professions- und organisationsübergreifenden Kooperation im Gesundheitswesen und auf die Eignung der Gesundheitskonferenz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Für 90 % der Befragten traf die Aussage zu oder eher zu, dass die Regionale Gesundheitskonferenz ein geeignetes Steuerungsinstrument zur Optimierung der Kooperation der Akteure auf regionaler Ebene ist. Ebenso hoch war der Anteil der Akteure, der die Regionale Gesundheitskonferenz als Steuerungsinstrument zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung prinzipiell als geeignet oder eher geeignet hält. Die Vertreter der Sozialversicherungen und Leistungserbringer sahen dies aber nicht durchgängig so positiv wie die anderen Akteursgruppen.

Alles in allem wurde die bisherige Arbeit in den Gesundheitskonferenzen von insgesamt 94 % der Akteure als erfolgreich bewertet. Jeweils 46 % stimmten zu bzw. eher zu, dass die wichtigsten Probleme der Region identifiziert wurden. Besonders die Kommunalpolitiker vertraten diesen Standpunkt (73 %). Eine verbesserte Kommuni-

kation zwischen der Region und den Strukturen auf Landesebene sahen 18 % als gegeben und weitere 64 % als eher gegeben an. Auffallend ist, dass vor allem die Vorsitzenden und Geschäftsstellenleiter der Regionalen Gesundheitskonferenzen eine Verbesserung empfanden. Gleichzeitig gab es aber einen hohen Anteil an „weiß nicht“-Antworten.

Von 78 % der Befragten wurde Zustimmung signalisiert, dass die beschlossenen Maßnahmen und Projekte umgesetzt werden konnten bzw. gute Realisierungschancen haben. Allerdings war auch bei diesem Item der Anteil an fehlenden und „weiß nicht“-Antworten erhöht. Die Teilnahme an der Regionalen Gesundheitskonferenz erachteten 85 % als nützlich oder eher nützlich für die jeweils vertretene Institution.

Abbildung 8: Globale Zufriedenheit der Akteure der Gesundheitskonferenzen in den drei Modellregionen (4-stufige-Antwortskala)

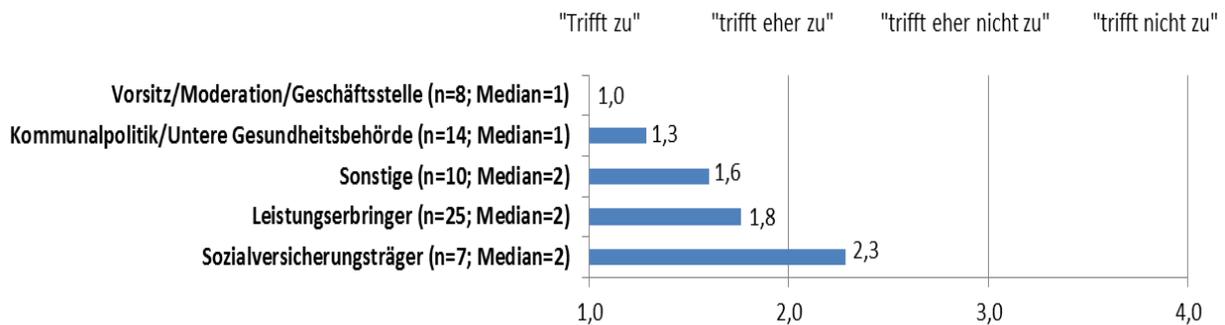


Für eine Fortführung der Regionalen Gesundheitskonferenzen ist die globale Zufriedenheit der Akteure entscheidend und daher auch deren Erfassung im Rahmen der Gesamtevaluation (vgl. Abbildung 8). Mit dem bisherigen Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenzen waren 54 % insgesamt zufrieden und weitere 37 % waren eher zufrieden. Der Grad der Zufriedenheit war in den einzelnen Regionen ähnlich, jedoch gab es Unterschiede zwischen den Akteursgruppen. Während alle Vorsitzenden und Geschäftsstellenleiter sowie alle Vertreter der Kommunalpolitik und Unteren Gesundheitsbehörden mit dem bisherigen Verlauf zufrieden oder eher zufrieden waren, traf das nicht bei allen weiteren Akteuren in diesem Ausmaß zu.

In Abbildung 9 werden die Unterschiede zwischen den Akteursgruppen anhand von Mittelwerten dargestellt (unter der pragmatischen Annahme der Äquidistanz in der

Merkmalsausprägung). Eigenen Angaben zufolge würden 98 % der Akteure auch in Zukunft an den Regionalen Gesundheitskonferenzen teilnehmen oder eher teilnehmen. Die Items der globalen Zufriedenheit aus Abbildung 8 sind mit allen Items zu Erfolgsparameter und Eignung (Abbildung 7) sowie den meisten Struktur- und Prozessindikatoren (Abbildung 6) positiv assoziiert.

Abbildung 9: Zufriedenheit nach Akteursgruppen auf 4-stufiger-Antwortskala (Mittelwerte): „Mit dem bisherigen Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz bin ich insgesamt zufrieden.“



6.4 Regionalberichte zu den drei Modellregionen

Im folgenden Abschnitt wird für jede der drei verschiedenen Regionalen Gesundheitskonferenzen ein Überblick der jeweiligen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse gegeben. Als Basis für den Bericht dienen die einzelnen Fortschritts- und Abschlussberichte, die Teilnehmer- und Geschäftsstellenleiterbefragungen, die Protokolle der verschiedenen Sitzungen sowie der persönliche Austausch mit den Geschäftsstellenleitern.

6.4.1 Regionale Gesundheitskonferenz Bamberg

Die Stadt und der Landkreis Bamberg waren bereits in der Vergangenheit bei der Durchführung von Pilotprojekten aus dem Gesundheitsbereich aktiv. Im Handlungsfeld der Prävention und Gesundheitsförderung war Bamberg z. B. am Projekt „Gesunde Gemeinde / Gesunder Landkreis“ beteiligt. Außerdem wurde die „Gesundheitsregion Bamberg e.V.“ mit dem Qualitätssiegel „Gesundheitsregion Bayern“ ausgezeichnet. Im Rahmen des Modellprojekts der Regionalen Gesundheitskonferenzen stand nun besonders die gesundheitliche Versorgung im Fokus.

6.4.1.1 Geschäftsstelle Bamberg

Die Geschäftsstelle der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg wurde mit Beginn zum 01.08.2013 beim Gesundheitsamt angesiedelt. Das Gesundheitsamt ist sowohl für den Landkreis als auch für die Stadt Bamberg zuständig. Die Geschäftsstellenleitung wurde über einen Werkvertrag an eine externe Agentur weiter vergeben, welche über mehrjährige Erfahrung im Projektmanagement bei unterschiedlichen regionalen Gesundheitsdienstleistern verfügt. Der Geschäftsstellenleiter war von Beruf Arzt, kooptiertes Mitglied des Ärztlichen Kreisverbands Bamberg und Projektleiter der Gesundheitsregion Bamberg, so dass er mit den Gegebenheiten vor Ort vertraut war. Zusammen mit der Abteilungsleiterin aus dem Landratsamt, dem Leiter des Gesundheitsamts Bamberg sowie weiteren Mitarbeitern wurde eine Steuerungsgruppe für die Geschäftsstelle gebildet.

6.4.1.2 Gremium der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg

Für die Auswahl der Teilnehmer wurde in Vorbesprechungen der Steuerungsgruppe eine Liste möglicher Mitglieder diskutiert. Ziel war es, möglichst alle relevanten Akteure in die Gesundheitskonferenz zu bekommen und gleichzeitig die Handlungs-

fähigkeit des Gremiums zu erhalten. Als Kompromiss bei fraglichen Fällen wurde vereinbart, dass bei Bedarf über einen Beschluss neue Mitglieder in das Gremium hinzugeholt werden können. Außerdem wurde beschlossen, dass es in den Arbeitsgruppen die Möglichkeit geben soll, jederzeit externe Experten hinzuzuziehen. Die ausgewählten Teilnehmer wurden persönlich bzw. schriftlich angefragt, ob sie zu einer Teilnahme bereit wären, und bei Interesse zur ersten Sitzung eingeladen. Um eine möglichst hohe Teilnahme zu erreichen, wurden die Sitzungen der Gesundheitskonferenzen jeweils frühzeitig mit einem „Save-the-Date“-Schreiben angekündigt. Zusätzlich wurde durch den Landrat mit einem offiziellen Schreiben zur Sitzung eingeladen. Den Vorsitz der Regionalen Gesundheitskonferenz hatte der Landrat des Landkreises Bamberg. Ab der zweiten Sitzung war der im Zuge der Kommunalwahlen 2014 neu gewählte Landrat der Vorsitzende der Gesundheitskonferenz. Der Wechsel funktionierte reibungslos. Wie für die Modellphase gefordert, wurden insgesamt drei Sitzungen der Regionalen Gesundheitskonferenz durchgeführt. An der letzten Sitzung nahm auch die Bayerische Gesundheitsministerin Frau Melanie Huml teil. Die Sitzungen fanden an folgenden Terminen jeweils von 19-21 Uhr im Landratsamt Bamberg statt:

1. Sitzung: 09.12.2013
2. Sitzung: 27.05.2014
3. Sitzung: 04.12.2014

Im Gremium der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg waren Mitglieder folgender Institutionen / Berufsgruppen vertreten:

- Kommunalpolitik / Untere Gesundheitsbehörde
- Ärztlicher Kreisverband Bamberg
- Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH
- Sozialstiftung Bamberg
- Gesundheitsregion e.V.
- Niedergelassene Hausärzte
- Hebammen
- Facharzt und Mitglied im Zulassungsausschuss KVB
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB)
- Gesetzliche Krankenkasse (AOK, DAK)
- Betriebskrankenkasse (Bosch BKK)

- Patientenfürsprecher Stadt und Landkreis Bamberg
- Pflegedienste
- AWO / Selbsthilfe
- Bayerischer Apothekerverband e.V.
- Psychotherapeuten

Im Zeitverlauf gab es kaum Veränderungen des Teilnehmerkreises. Bei Verhinderungen von einzelnen Personen wurden Vertreter geschickt.

Die offizielle Begrüßung der Sitzungen sowie die Zusammenfassung und Verabschiedung übernahm der Vorsitzende. Die Moderation der Sitzungen lag überwiegend beim Geschäftsstellenleiter. Dieser präsentierte dem Plenum auch die Ergebnisse aus den einzelnen Arbeitsgruppen. Die Regionale Gesundheitskonferenz Bamberg verabschiedete in der ersten Sitzung eine Geschäftsordnung.

6.4.1.3 Bedarfsanalyse Bamberg

Für die Bedarfsanalyse wurde in Bamberg ein mehrstufiges Verfahren angewandt. Zuerst wurde durch die Geschäftsstelle eine Liste möglicher Themen erstellt und Überschneidungen mit anderen Projekten (z. B. Prävention) geklärt. Über eine schriftliche Befragung wurden die möglichen Themenschwerpunkte bei den Mitgliedern der Gesundheitskonferenz eingeholt und die Rückmeldungen ausgewertet. Die genannten Themen wurden strukturiert und sollten anschließend nochmals von den Teilnehmern nach Dringlichkeit und Relevanz gewichtet werden. Aus den erneuten Rückmeldungen ergaben sich folgende Hauptthemen: „Hausärztliche Versorgung“, „Fachärztliche Versorgung“ und „Notfallversorgung“. Zu diesen drei Themen wurden die Mitglieder in einer weiteren Befragung gebeten, ihre persönlichen Einschätzungen über Bedarf, Hintergründe und Erklärungsmodelle zur Diskrepanz zwischen „tatsächlichem“ und „gefühltem“ Bedarf zu geben. Zusätzlich zu den Befragungen der Teilnehmer wurden durch die Geschäftsstelle Berechnungen mit öffentlich zugänglichem statistischem Datenmaterial wie z. B. Geo- und Bevölkerungsdaten oder Daten der KVB und Informationen des Ärztlichen Kreisverbands durchgeführt (vgl. Anhang 3).

Die Ergebnisse der Befragungen sowie der Berechnungen wurden schließlich in der zweiten Sitzung der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg von allen Akteuren

diskutiert. Daraufhin wurden drei verschiedene Arbeitsgruppen gegründet, die nachfolgend kurz beschrieben werden.

6.4.1.4 Arbeitsgruppen in Bamberg

Arbeitsgruppe I „Medizinische Versorgung in Pflegeheimen“

Neben dem Geschäftsstellenleiter waren in der Arbeitsgruppe „Medizinische Versorgung in Pflegeheimen“ noch die Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft, ein niedergelassener Hausarzt sowie ein Patientenfürsprecher des Landkreises vertreten. Die Teilnehmer identifizierten mehrere Bereiche, in denen Verbesserungsbedarf bei der medizinischen Versorgung von Bewohnern in Pflegeheimen besteht. Die zeitliche Verfügbarkeit der jeweiligen Hausärzte und des Pflegepersonals wurde ebenso wie die Koordination der Besuche der niedergelassenen Ärzte bemängelt. Für Neuaufnahmen im ländlichen Raum sei es zunehmend schwerer, einen Hausarzt zu finden. Die Arbeitsgruppe hat daher eine Lösungsstrategie entwickelt, die drei Ansätze in einem Gesamtprojekt vereint: 1. Information, 2. Kooperation und 3. Kommunikation. Durch Information sollen Pflegekräfte geschult und somit unnötige Arztkontakte vermieden werden. Zusätzlich könnten bspw. in Kamingesprächen mit Experten Schwerpunktthemen diskutiert werden. Die Kooperation wird als Herzstück des angedachten Projekts bezeichnet. Der Zusammenschluss von ca. 40 Allgemein- und Fachärzten in einem Verbund soll eine „Rund-um-die-Uhr“-Betreuung ermöglichen. Unzureichende Kommunikation soll über einfache Richtlinien und Kommunikationsstandards verbessert werden.

Arbeitsgruppe II „Künftige Entwicklungen“

Die Arbeitsgruppe „Künftige Entwicklungen“ bestand aus dem Geschäftsstellenleiter und drei Akteuren. Sie vertraten die Sozialstiftung Bamberg, den Bayerischen Apothekerverband und den Ärztlichen Kreisverband. Die Inhalte der Arbeitsgruppe sollten Abschätzungen über zukünftige Entwicklungen in Bezug auf die Versorgungsstrukturen, die Altersstruktur der Ärzteschaft sowie das Berufsbild des Landarztes sein. Die Teilnehmer waren sich einig, dass das Modell „Landarzt als Einzelkämpfer“ in Zukunft nicht mehr aufrechtzuerhalten sein wird. Als Gründe wurden eine veränderte Lebenswirklichkeit und Berufsauffassung, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Arbeitszeitmodelle in Teilzeit sowie planbare Not- und Bereitschaftsdienste aufgeführt. Zudem haben manche Gemeinden nicht mehr genug Einwohner, um einen

finanziell interessanten Praxisbetrieb zu gewährleisten, so dass Praxisübernahmen weniger attraktiv werden. Als Lösungsansatz wurde das Projekt „Zweckverband ärztliche Versorgung“ entwickelt. Modellhaft soll die Machbarkeit der Zusammenarbeit mehrerer Gemeinden bei der Planung einer Gemeinschaftspraxis geprüft werden. Vorbild könnten Zweckverbände z. B. bei der Wasserversorgung sein. Relevante Faktoren wären Lage (Infrastruktur), Organisationsstruktur, Gesellschaftsform, Träger, abgedeckte Fachrichtungen etc. Diskutiert wurden dafür auch die Einrichtung von Fahrdiensten und die Unterstützung bei nicht-ärztlichen Tätigkeiten für Abrechnungen oder Versicherungen.

Arbeitsgruppe III „Praktisches“

In der Arbeitsgruppe „Praktisches“ nahmen sechs Akteure teil. Neben dem Geschäftsstellenleiter waren Krankenkassen, die Sozialstiftung Bamberg, Hausärzte und Psychotherapeuten sowie die Selbsthilfe beteiligt. Die Hauptthemen der Arbeitsgruppe sollten praktische Angelegenheiten wie Terminvergaben und Wartezeiten in Praxen, der Hausarzt als Wegweiser oder die Diskrepanz zwischen „Zahlen und Bauchgefühl“ hinsichtlich Unterversorgung sein. In ihren beiden Treffen wurden von der Arbeitsgruppe hierzu erste Überlegungen und Lösungsansätze entwickelt:

- Projekt „Arzt-Patient-Kommunikation“: ein Schulungsangebot soll neuen und bereits lange aktiven Ärzten soziale Kompetenzen vor allem dahingehend vermitteln, wie man „schlechte Nachrichten“ patientengerecht übermitteln oder mit „schwierigen Patienten“ umgehen kann.
- Projekt „Informationskampagne Sekundärsysteme“: das bereits existierende Angebot von nicht-ärztlichen Helfersystemen in der Ärzteschaft ist oft nicht ausreichend bekannt, weshalb viele Möglichkeiten der Delegation von Aufgaben nicht genutzt werden. Eine Informationskampagne soll hier Abhilfe schaffen, indem z. B. ein Faltblatt mit Hinweisen und Links dem Rundschreiben des Ärztlichen Kreisverbands an die Ärzteschaft mehrmals beigelegt wird.
- Projekt „Zukunftswerkstatt“: nach Abschluss der Arbeitsgruppe soll eine daran anschließende Veranstaltung eingerichtet werden, in der sich interessierte Mitglieder der Regionalen Gesundheitskonferenz und hinzugeladene Experten regelmäßig treffen und neue Ideen diskutiert werden können. Vielversprechende Ansätze können dann zur Ausarbeitung konkreter Projekte wieder an die Gesundheitskonferenz übergeben werden.

- Projekt „Praxis-Workflow“: durch ein vom Ärztlichen Kreisverband vermitteltes Angebot von Hospitationen bei Kollegen mit einer gut funktionierenden Praxisorganisation (vor allem bezüglich Wartezeiten) sollen angehende Praxisinhaber Erkenntnisse für die zukünftige Arbeit erlangen. In einer Art „Startermappe“ könnten die Ergebnisse zusammengefasst und Niederlassungswilligen an die Hand gegeben werden.
- Projekt „TTOM – Telefon Termin Online Manager“: über eine Online-Plattform können angemeldete ärztliche und nicht-ärztliche Versorger schnell und unkompliziert Terminvorschläge für gemeinsame Telefonate vereinbaren.

Von den diskutierten Projekten befindet sich derzeit nur das Projekt „TTOM“ in der Umsetzungsphase.

6.4.1.5 Öffentlichkeitsarbeit Bamberg

Für die professionelle Außenwirkung wurde von der Geschäftsstelle von Anfang an auf ein durchgängiges Marketingkonzept gesetzt und ein eigenes Logo, ein entsprechendes Briefpapier und eine Homepage für die Regionale Gesundheitskonferenz Bamberg (www.gesundheitskonferenz-bamberg.de) entwickelt (vgl. Anhang 4). Auf der Homepage waren auch die Pressemitteilungen zu den jeweiligen Sitzungen der Gesundheitskonferenz abrufbar.

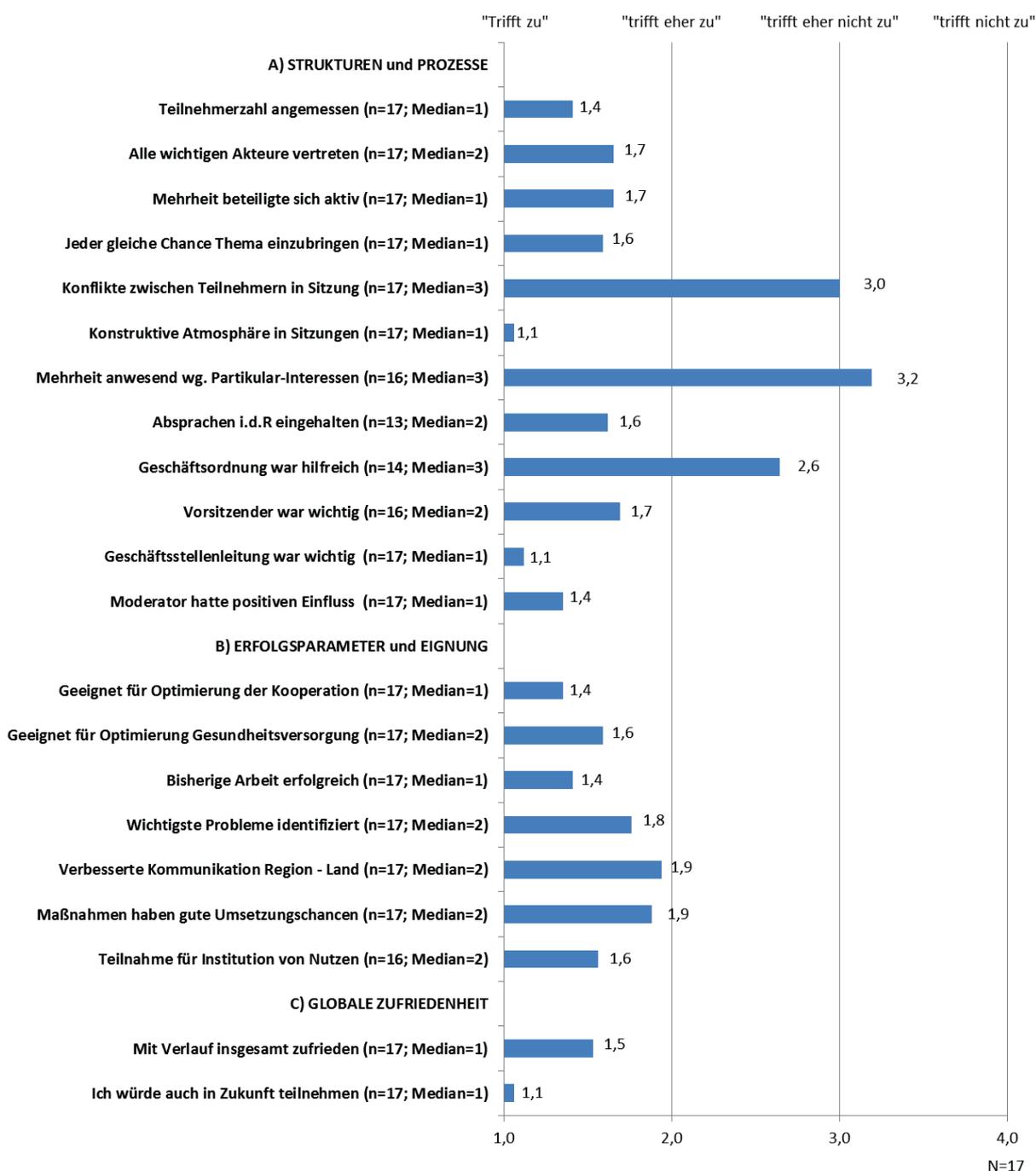
6.4.1.6 Standardisierte Teilnehmerbefragung in Bamberg

In Abbildung 10 wird die Zustimmung der Teilnehmer der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg zu den in der Endbefragung der wissenschaftlichen Begleitung abgefragten Statements separat ausgewiesen. Aufgrund der Limitationen hinsichtlich der Fallzahlengröße werden zusammenfassend die Mittelwerte dargestellt.

Die Ergebnisse der Teilnehmerbefragung waren in den drei Modellregionen relativ ähnlich. Auffällig war in der Modellregion Bamberg das Statement, ob alle wichtigen Akteure im Gremium vertreten waren. Hier liegt der Wert der Zustimmung in Bamberg etwas niedriger als der Durchschnitt. Außerdem wurde die Aussage, dass die Sitzungen in Bamberg von einer konstruktiven Atmosphäre geprägt waren, deutlich häufiger mit „trifft zu“ beantwortet. In Bamberg wurde häufiger als im Durchschnitt aus drei Regionen dem Statement, dass die Regionale Gesundheitskonferenz zur

Verbesserung der Kooperation der Akteure geeignet ist, zugestimmt. Etwas weniger Akteure als der Durchschnitt sahen das Instrument jedoch als geeignet für die Optimierung der Gesundheitsversorgung. Auffallend war ebenso die hohe Bereitschaft, auch zukünftig an der Regionalen Gesundheitskonferenz teilzunehmen.

Abbildung 10: Strukturen, Prozesse, Erfolg, Eignung und Zufriedenheit aus Sicht der Teilnehmer der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg auf 4-stufiger-Antwortskala (Mittelwerte)



6.4.1.7 Einflussfaktoren und Verbesserungspotenzial in der Teilnehmerbefragung in Bamberg

Die folgenden Textkästen zeigen die Antworten der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg zu den offenen Fragen der Teilnehmerbefragung. Die Akteure erachteten vor allem die Kooperationsbereitschaft der Akteure aus verschiedenen Bereichen als positiv für den Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz. Auch die Wichtigkeit der Geschäftsstelle wird hier deutlich. Als entscheidende negative Faktoren werden vor allem die eingeschränkten Regulierungskompetenzen auf der regionalen Ebene sowie die zeitliche Begrenzung für das Modellprojekt gesehen. Letzteres zählt auch zu den Punkten, die zukünftig verbessert werden könnten, so dass die angedachten Projekte und Strukturen mit ausreichenden Zeitläufen weiterentwickelt werden können.

Welcher Faktor wirkte sich am **positivsten** auf den Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz aus?

- Netzwerke, Bereitschaft miteinander zu reden
- Das gut strukturierte Vorgehen vom Geschäftsstellenleiter
- Die ausgeglichene, verbindliche und fachkompetente Sitzungsleitung
- Pers. Gespräch in AG
- Das offene Gespräch ohne Partikularinteressen
- Große Bereitschaft der Akteure zur Kooperation
- Die Mischung, dass Vertreter aus allen Bereichen teilnahmen
- Alle Teilnehmer sind konstruktiv an Lösungen interessiert und gesprächsbereit
- Zusammenspiel aller Akteure
- Koordination der Geschäftsstelle; mit Bündelung der unterschiedlichen Konferenzen
- Unterstützung durch Politik, finanzielle Unterstützung (Geschäftsstelle)
- Gute Moderation, Struktur, Protokolle usw.
- Gute Organisation + Moderation + Kleingruppenarbeit
- Faktische Zwänge zwingen zur Zusammenarbeit
- Arbeitskreise
- Strukturiertes Vorgehen
- Zusammensetzung, angemessene Größe

Welcher Faktor wirkte sich am **negativsten** auf den Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz aus?

- Zeitliche Begrenzung bis Ende des Jahres
- Thematisierung von Partikularinteressen (selten)
- Oft recht komplexe Problemstellungen ohne Zahlen und Daten
- Bei der Problemlösung liegen teilweise die Kompetenzen nicht innerhalb der RGK; z. B. KVB
- Die Schwierigkeit von Terminabsprachen der AGs
- Schwer änderbare Umgebungsbedingungen (z. B. KV) als KO-Kriterium in der Diskussion
- Derzeit noch keine negative Erkenntnis
- Zeit
- Zeitliche Begrenzung der Gesundheitskonferenz
- Die Selbstdarstellungsnöte
- KV ist ein Hemmschuh
- Vorgehensweise nicht immer transparent

Was sollte Ihrer Meinung nach verbessert werden, damit sich der Nutzen der Regionalen Gesundheitskonferenz erhöht?

- Langfristige finanziell gesicherte Geschäftsstelle
- Befragen von örtlichen Vereinen - Organisationen
- Die Arbeit in AGs intensivieren und auf die Umsetzung der Ergebnisse zeitnah drängen
- Netzwerke ausbauen, regelmäßiger Kontakt d. versch. Berufsgruppen
- Noch "häufiger" Diskussion der erarbeiteten Konzepte u. Projektierungen
- Konzentration der Organisationen, z. B. auch hin zu einer Ges-region plus
- Treffen bzw. Konferenzen als Zwischenbilanz
- Ganz konkret: Verbesserungen bei der Koordination, z. B. klare Vereinbarungen bzgl. Protokollweitergabe etc. → hatte sich erst im Lauf der Arbeit gezeigt
- Finanzielle Ausstattung, Bündelung der verschiedenen Aktivitäten
- (Finanzielle) Unterstützung von Einzelprojekten, gesicherte Finanzierung der Geschäftsstelle in der Zukunft
- Weiterführung der begonnenen Strukturierung und Projekte
- Noch thematisch gezielter in Kleingr. Arbeiten, mehr Vertrauen schaffen, dass nicht alles nur Makulatur sein wird
- Noch differenziertere Auswahl der Teilnehmer/innen
- Die Aufteilung der Zulassungsbezirke für Stadt und Landkreis Bamberg
- Klare Ziele - Wer steht bzw. wessen Wohl steht im Mittelpunkt

Gibt es jenseits der abgefragten Punkte noch etwas, das Sie uns gerne mitteilen möchten?

- Konflikt SSB - GKG muss gelöst werden
- Die aufgedeckten Defizite ausbessern, notwendige Ergänzungen umsetzen in "überschaubaren" Rahmen der Region Bamberg. "Taten folgen lassen"
- Frage der Motivation einzelner Versorger in der Region
- Sehr gute und konstruktive Unterstützung durch das LGL
- Mögen die Projekte, die angedacht worden sind nicht im Sand verlaufen. Von Vorteil wäre die rgb weiter laufen zu lassen
- Wichtig wäre, dass gewonnene Erkenntnisse auch umgesetzt werden können
- Gute Idee, die Strukturierung der regionalen Gesundheitsversorgung vor Ort zu lassen
- Das Thema Vernetzung zwischen den Disziplinen im Gesundheitswesen und die Vernetzung ambulant und stationär ist einfach schlecht. Viele Reibungsverluste!
- Die Heterogenität der Teilnehmer beleuchtet Themen von verschiedenen Seiten, was für ein Gesamtbild von Vorteil ist
- Gesundheitsregion Bamberg ist gemeinnützig. Das sollte so bleiben. Bedeutet jedoch Konflikt in Bezug auf Wirtschaftsförderung

6.4.1.8 Resümee des Geschäftsstellenleiters der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg

Die Geschäftsstellenleitung schreibt in ihrem Projektendbericht als Resümee, dass die „Regionale Gesundheitskonferenz Bamberg“ als Erfolg gewertet werden kann und dass sich diese Einschätzung auch mit persönlichen Rückmeldungen aus den Teilnehmerkreisen deckt. Es wird außerdem auf die sehr gute Atmosphäre während der Arbeit in der Geschäftsstelle, in den Arbeitsgruppen und den Sitzungen des Plenums hingewiesen und auf die daraus resultierenden regelmäßigen Gelegenheiten zum interdisziplinären Austausch, welche intensiv genutzt wurden.

6.4.1.9 Zwischenfazit Regionale Gesundheitskonferenz Bamberg

Das insgesamt positiv ausgefallene Fazit der Geschäftsstellenleitung, besonders hinsichtlich der Kooperationsbereitschaft sowie der guten Atmosphäre, wird in der Teilnehmerbefragung am Ende der letzten Sitzung bestätigt. Kritisch anzumerken ist, dass einige Projektideen bereits sehr konkret formuliert, aber noch nicht in die Umsetzung gekommen sind und in Zukunft weiter verfolgt werden müssen. Das Einzelprojekt „TTOM“ ist dagegen bereits finanziell gesichert und die Umsetzung

wurde gestartet. Die Evaluation zeigte, dass die Umsetzungschancen der angedachten Maßnahmen noch etwas kritisch gesehen werden. Es wurde aber deutlich, dass die Akteure es wichtig finden und auch bereit sind, weiter zusammen zu arbeiten, um dann auch weitere Projekte realisieren zu können. Insofern kann der Interventionszeitraum für die Gesundheitskonferenz Bamberg als zu kurz bewertet werden, um die diskutierten Projektskizzen auf der Maßnahmenebene bis zum Ende der Modellphase zu realisieren. Die Aktivitäten sollten in die Gesundheitsregion^{plus} überführt und fortgesetzt werden (vgl. Kapitel 8).

6.4.2 Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern

Der Regionale Planungsverband Südostoberbayern hat sich schon vor der Gründung der Regionalen Gesundheitskonferenz mit dem Thema der ärztlichen Versorgung in der Planungsregion 18 befasst. So legte der Planungsausschuss bereits in seiner Sitzung am 25.11.2010 großen Wert darauf, dass ein Schwerpunkt der künftigen Bemühungen auf die Versorgung mit ärztlichen Diensten im ländlichen Raum gelegt werden soll. Die dauerhafte und nachhaltige Sicherung der ärztlichen Versorgung in den Gemeinden, Städten und Landkreisen der Region Südostoberbayern wird als eine wichtige Zukunftsaufgabe betrachtet. In zahlreichen Recherchen, Schreiben, Gesprächen und Vorträgen (z. B. Bayerischer Landkreistag 14.05.2013 in Altötting; Regionale Versorgungskonferenz 07.08.2014 in Fürstenfeldbruck) hat der Regionale Planungsverband Südostoberbayern auf die Situation aufmerksam gemacht und Verbesserungen für den ländlichen Raum eingefordert. Im Modellprojekt der Regionalen Gesundheitskonferenzen konnte das Thema der gesundheitlichen Versorgung schließlich strukturiert im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten weiter behandelt werden.

6.4.2.1 Geschäftsstelle Südostoberbayern

Die Geschäftsstelle der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern wurde beim Regionalen Planungsverband Südostoberbayern, mit Sitz im Landratsamt Traunstein, angesiedelt. Der damalige Geschäftsführer des Planungsverbands Südostoberbayern und gleichzeitige Leiter des Sachgebiets „Raumordnung, Kreisentwicklung, ÖPNV“ des Landratsamts Traunstein wurde zum 15.09.2013 für den gesamten Projektzeitraum als Geschäftsstellenleitung der Gesundheitskonferenz berufen. Der Stellenumfang betrug in der Regel 19 Stunden pro Woche. Für Vorbereitungen der Sitzungen erhielt der Geschäftsstellenleiter personelle Unterstützung durch weitere Mitarbeiter des Planungsverbands.

6.4.2.2 Gremium der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern

Für das Gremium der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern wurden alle entscheidungskompetenten Vertreter

- der Landkreise und Gemeinden der Planungsregion,
- der Krankenkassen,

- der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns,
- der Bayerischen Krankenhausgesellschaft,
- der Ärztekammer,
- der Staatlichen Gesundheitsämter,
- der ärztlichen Kreisverbände,
- der Kliniken,
- der niedergelassenen Ärzte,
- der Apotheker sowie
- Vertreter aus dem psychotherapeutischen Bereich angesprochen.

Bei der großen Region mit ihren fünf Landkreisen und einer kreisfreien Stadt wurden daher über 60 Akteure für die Gesundheitskonferenzen eingeladen, von denen an den Sitzungen jeweils zwischen 30 und 40 Personen teilnahmen. Es gab somit in der Praxis keine beständigen Mitglieder, sondern eine wechselnde Beteiligung zwischen den Konferenzen. Der Vorsitz der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern lag beim Planungsverbandsvorsitzenden, der gleichzeitig Landrat des Landkreises Traunstein war. Der Vorsitzende übernahm größtenteils auch die Moderation der Sitzungen. Er erhielt Unterstützung durch die Beiträge des Geschäftsstellenleiters, der vor allem die Fortschritte und Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen in den Vollversammlungen vorstellte. In der ersten Sitzung gab es zusätzlich einen Impulsvortrag durch einen Vertreter der KVB. Insgesamt fanden in der Modellphase wie vorgeschrieben drei Sitzungen statt, die jeweils 2-3 Stunden dauerten:

1. Sitzung: 12.12.2013
2. Sitzung: 30.06.2014
3. Sitzung: 16.09.2014

6.4.2.3 Bedarfsanalyse Südostoberbayern

Die Bedarfsanalyse und Themenpriorisierung erfolgte in der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern in mehreren Schritten. Zum einen hat der Planungsverband schon vor Start des Modellprojekts die ärztliche Versorgung erörtert. Weiterhin wurden Datenrecherchen bspw. mit dem KVB-Atlas zur ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich durchgeführt. Mit dem Einladungsschreiben zur ersten Sitzung der Gesundheitskonferenz wurde außerdem eine Vorabfrage zu gewünschten Themen verschickt. Zusätzlich fand eine Fragebogenerhebung bezüg-

lich der ärztlichen Versorgung bei allen Bürgermeistern der beteiligten Gemeinden statt (vgl. Anhang 5). Die Vorüberlegungen, Datenanalysen und Ergebnisse der Themenabfrage wurden in der ersten Sitzung des Gremiums diskutiert. Als Schwerpunkt wurde die ambulante ärztliche Versorgung und ihre Probleme gewählt, wobei jedoch die gesamte Versorgung mit den ambulanten wie stationären Sektoren zu betrachten ist. Aus dem Meinungsbildungsprozess haben sich folgende prioritäre Themenfelder herauskristallisiert:

1. Räumlicher Zuschnitt der Versorgungsbereiche
2. Bereitschaftsdienst / Notdienst
3. Schnittstelle ambulant / stationär
4. Begleitende Maßnahmen auf kommunaler Ebene
5. Psychotherapeutische Versorgung

6.4.2.4 Arbeitsgruppen in Südostoberbayern

Zur Bearbeitung der genannten Themenfelder entsprachen die Arbeitsgruppen den Landkreisen. Sie sollten aus einem Kernteam bestehen, für das jeweils folgende Organisationen / Institutionen eingeladen wurden:

- Ärztlicher Kreisverband des jeweiligen Landkreises
- Leiter der staatlichen Gesundheitsämter der jeweiligen Landkreise
- Leiter der Kliniken in den jeweiligen Landkreisen
- Kreisvorsitzender des Bayerischen Gemeindetags der jeweiligen Landkreise
- Vertreter der Krankenkassen der jeweiligen Landkreise
- Vertreter der Hausärzte
- Vertreter der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Bei Bedarf weitere Akteure

Jede Arbeitsgruppe gab sich einen Sprecher und traf sich ein bis zwei Mal.

6.4.2.5 Ergebnis: gemeinsame Resolution Südostoberbayern

Die drei Vollversammlungen und die verschiedenen Arbeitsgruppen kamen in dem gut einjährigen Prozess zu dem Hauptergebnis, dass trotz des hochkomplexen Systems, vielfältigen Zuständigkeiten und sehr unterschiedlichen Interessenslagen Möglichkeiten bestehen, die medizinische Versorgung besonders im ländlichen Raum zu sichern und zu verbessern.

Eines der wichtigsten Themen für die Region war der räumliche Zuschnitt der Versorgungsbereiche. Es wurde festgestellt, dass die Einteilung der Versorgungsbereiche in Mittelbereiche zwar ein Schritt in die richtige Richtung ist, aber in der Bewertung der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern die Versorgungsbereiche immer noch zu groß und praxisfern sind. Es wurde daher ein in der Region abgestimmter Vorschlag zur Neuabgrenzung erarbeitet. Als Ergebnis des Prozesses der Regionalen Gesundheitskonferenz wurde eine gemeinsame Resolution verabschiedet, in der neben dem Vorschlag für die Mittelbereiche auch die Diskussionsergebnisse der anderen Themenfelder eingeflossen sind. Folgende Ziele stehen dabei im Mittelpunkt:

- Sicherung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung vor allem im ländlichen Raum
- Verhinderung einer Konzentration von medizinischer Versorgung in den Ballungszentren zu Lasten des ländlichen Raumes
- Bedarfsgerechte Regelung der räumlichen Verteilung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte in der Versorgungsplanung
- Schaffung flexibler Möglichkeiten für Kommunen zur Verbesserung ihrer medizinischen Versorgung
- Kooperation von stationärer und fachärztlicher Versorgung mit den niedergelassenen Hausärzten
- Bessere Kommunikation / besserer Informationsfluss zwischen den Akteuren
- Neuregelung des Not- / Bereitschaftsdienstes
- Mehr Ärztinnen und Ärzte für die ambulante Versorgung

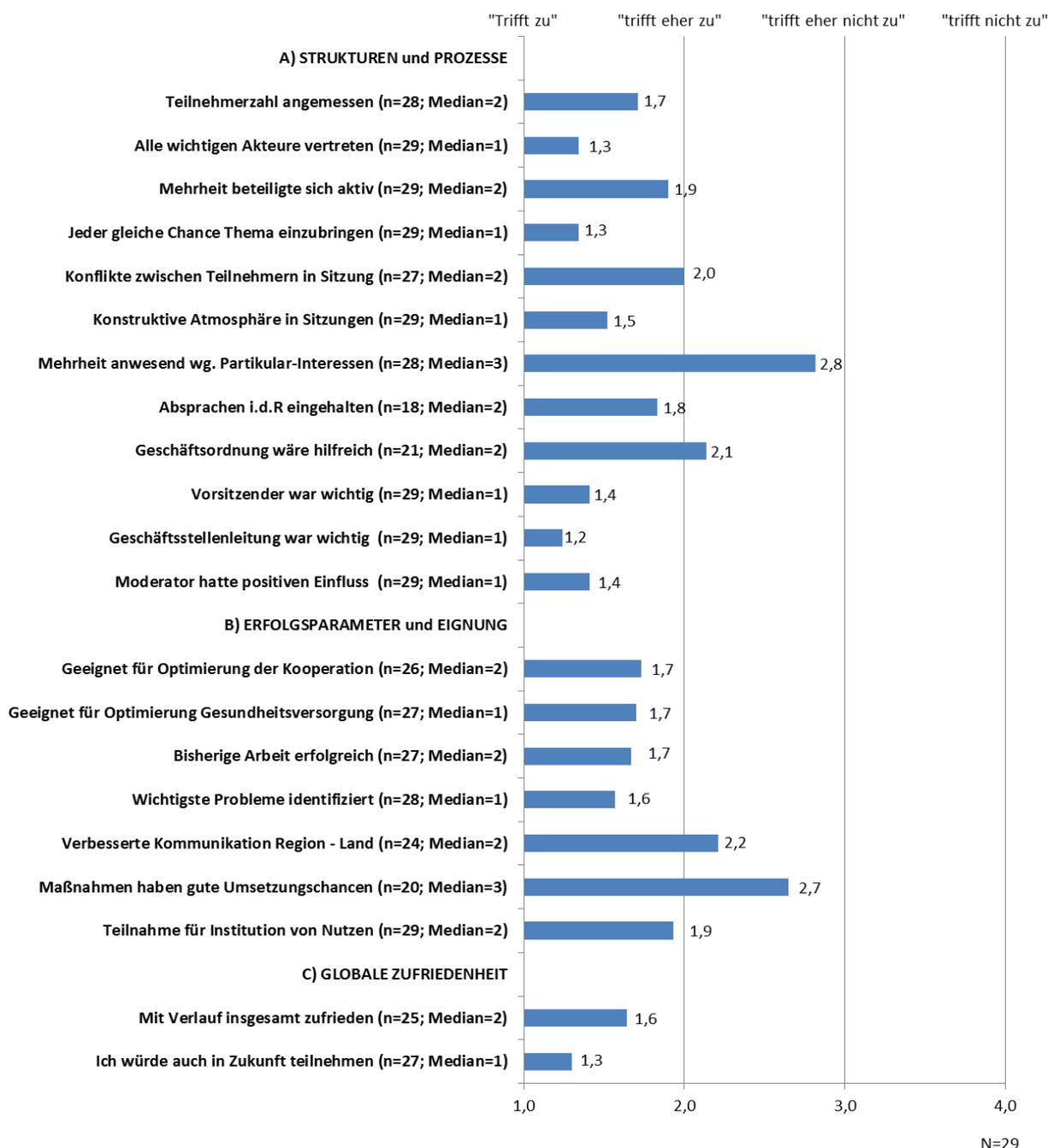
Die Resolution wurde an alle relevanten Entscheidungsträger auf Landes- sowie kommunaler Ebene mit der Bitte um Unterstützung verteilt. Die ausführliche Resolution der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern ist im Anhang 7 zu finden.

6.4.2.6 Standardisierte Teilnehmerbefragung Südostoberbayern

Abbildung 11 zeigt die Zustimmung zu den 21 abgefragten Items der Teilnehmerbefragung der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern anhand von Mittelwerten.

Die Gesundheitskonferenz mit der höchsten Teilnehmerzahl bewertete die Größe des Gremiums etwas kritischer als die anderen beiden Regionen. Der Zustimmungsgrad, dass sich die Mehrheit aktiv beteiligt hat, fiel auch etwas geringer aus. Jedoch waren die Akteure im Verhältnis häufiger der Meinung, dass jeder die gleichen Chancen hatte, ein Thema einzubringen. Im Regionalvergleich gaben die Akteure in Südostoberbayern etwas seltener an, dass die Sitzungen eine konstruktive Atmosphäre hatten. Auch die Erfolgsparameter wurden insgesamt etwas kritischer bewertet, vor allem die Eignung des Steuerungsinstruments zur Verbesserung der Kooperation der Akteure, den Erfolg der bisherigen Arbeit und die Umsetzungschancen der Projekte. Überproportional viele Akteure stimmten aber der Aussage zu, dass die wichtigsten Probleme identifiziert wurden.

Abbildung 11: Strukturen, Prozesse, Erfolg, Eignung und Zufriedenheit aus Sicht der Teilnehmer der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern auf 4-stufiger-Antwortskala (Mittelwerte)



6.4.2.7 Einflussfaktoren und Verbesserungspotenzial in der Teilnehmerbefragung in Südostoberbayern

Die folgenden Textkästen präsentieren die Antworten der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern zu den offenen Fragen der Teilnehmerbefragung. Die Akteure der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern betonen in ihren

Angaben, dass sie vor allem das Zusammenbringen und den Austausch der Akteure als einen wichtigen positiven Faktor für die Gesundheitskonferenz erachten. Aus den Antworten zu den Faktoren, die sich negativ auf den Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz auswirkten, zeichnet sich kein einzelner Faktor als entscheidend ab. Hier werden Rahmenbedingungen wie gesetzliche Vorgaben oder politisches Interesse ebenso wie die Größe des Plenums oder die Ungewissheit über die Fortführung des Prozesses erwähnt. Letzteres spiegelt sich entsprechend auch bei den Verbesserungsvorschlägen, in denen besonders auf die Wichtigkeit einer Fortsetzung der Zusammenarbeit und Ausarbeitung von Maßnahmen verwiesen wird.

Welcher Faktor wirkte sich am **positivsten** auf den Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz aus?

- Persönliches Kennenlernen der Akteure
- Die Nachhaltigkeit und Beharrlichkeit und offene Bereitschaft alle Seiten neutral einzubringen ist durch den Moderator besorgt gewesen
- Kompetenz der TN
- Vielschichtigkeit der Perspektiven
- Erstmals Mitgestaltung
- Erkennen der Bedeutung der medizinischen Versorgung für den Raum
- Aktive Mitarbeit der Beteiligten
- Alle Player an einem Tisch
- Gedankenaustausch zw. Teilnehmern → Identifikation von Problemlagen
- Kommunikation
- Modellregion, Vorstellung endlich Einfluss zu nehmen
- Alle Beteiligten komprimiert an einem Tisch
- Angst vor Versorgungslücken
- Allein schon mal dass sich alle treffen ist schön

Welcher Faktor wirkte sich am **negativsten** auf den Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz aus?

- Ziel "Versorgungsbereich-Zuschnitt" war fest
- Gesetzliche Vorgaben
- Politisches Interesse
- Zu starre bisherige Planungsvorgaben
- Finanzielle Versäulung der Bereiche
- Ungewissheit wie nachhaltig der Prozess weiter betrieben + evaluiert wird
- Zukünftiger Mangel an Ärzten, Mangelverwaltung
- Geringes Interesse der niedergel. Ärzte
- Bgm erst seit 1.5.14 im Amt
- Plenum zu groß
- Partikularinteressen
- Geld ist knapp

Was sollte Ihrer Meinung nach verbessert werden, damit sich der Nutzen der Regionalen Gesundheitskonferenz erhöht?

- Gleichmäßiges Einbeziehen aller Akteure; keine Honorar- oder Kostendiskussionen in der "Planungsphase"
- Forderungen an gesetzl. + KVB Vorgaben zur Änderung / Anpassung an aktuelle Problematik
- Konstruktive Vorschläge
- Verlängerung der Konferenz bzw. Aktualisierung und Ausarbeitung von Details
- Fortsetzung mit klaren Themenbereichen wie z. B. Notfall / Bereitschaft
- Die Selbstverwaltung sollte ihre Umsetzungscompetenz übertragen
- Ergebnisse in konkreten Maßnahmenplan umsetzen und regelmäßig auf regionaler + ministerieller Ebene evaluieren
- Druck auf die Politik, Probleme anzupacken, Allmacht der Krankenkassen reduzieren!
- Chancen auf Umsetzung d. Vorschläge darlegen
- Polit. Würdenträger stärker einbinden
- Kleine Arbeitsgruppen, Bearbeiten einzelner Themen mit den Akteuren
- Wenig Teilnehmer
- Häppchen :)

Gibt es jenseits der abgefragten Punkte noch etwas, das Sie uns gerne mitteilen möchten?

- Praxisorientierung bei alleiniger Anhörung der "Funktionäre" so gut wie nicht vorhanden → Brainstorming besser bei den Ausführenden
- Die Konferenz hat eine Struktur entwickelt, die eine Steuerung zukünftiger Hausärzte ermöglichen soll. Dabei sind noch vordringlicher die Verbesserungen der Rahmenbedingungen um Kollegen in die ländliche Region zu bekommen bzw. in den Hausarztberuf
- Kassenvertreter haben sich völlig rausgehalten u. sind nicht in der Lage einheitliche Statements zu formulieren
- Sehr wichtig wäre es das Modellprojekt fortzusetzen, z. B. Unterregion Reg. 18 testen

6.4.2.8 Resümee des Geschäftsstellenleiters der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern

Im Projektendbericht des Geschäftsstellenleiters wird folgender Mehrwert beschrieben, der durch die Etablierung und Durchführung der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern festgestellt werden konnte:

- Alle Institutionen bzw. Personen, die mit Gesundheit oder ärztlicher Versorgung zu tun haben, kommen ins Gespräch, lernen sich und die jeweiligen Aufgaben kennen
- Ganzheitliche Beleuchtung des Gesundheitswesens und des Gesundheitssystems
- Erhebung des Ist-Standes über die vorhandene Situation in der Region
- Gemeinsame Festlegung von Maßnahmen und Forderungen: Nicht viele, sondern die richtigen Maßnahmen ergreifen
- Gewinnung von Synergien: Bündelung des Wissens, der Zeit und der Finanzen
- Anstoß eines Dialogprozesses über das Gesundheitswesen

6.4.2.9 Zwischenfazit Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern

Der Geschäftsstellenleiter hebt in seinem Projektendbericht als Mehrwert der Gesundheitskonferenz die Vernetzung der Akteure und die daraus entstehenden Synergieeffekte hervor. Zwar erhielt das Item, dass die Regionale Gesundheitskonferenz ein geeignetes Steuerungsinstrument für die Optimierung der Kooperation der

Akteure ist, in der Teilnehmerbefragung etwas weniger Zustimmung als in den anderen beiden Modellregionen, dennoch wird genau dieser Aspekt bei den offenen Fragen häufig als positiver Faktor der Gesundheitskonferenz betont. Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern hatte schon allein durch die Größe der Region eine andere Gremienstruktur als die beiden kleineren Regionen. Die Teilnehmergröße wurde in der Endbefragung auch etwas negativer bewertet als im Durchschnitt. Für die Bearbeitung der Themen wurden die Arbeitsgruppen auf Ebene der Stadt- und Landkreise gebildet. Dies deutet daraufhin, dass der Regionalbezug für eine konkrete Projektarbeit und Umsetzung vor Ort möglicherweise zu groß ist. Für eine elaborierte gesundheitspolitische Stellungnahme, wie sie in Form der Resolution erfolgte, kann der Regionalbezug allerdings geeignet sein. Dies wird durch die Ergebnisse der Befragung gestützt, in der zwar die Umsetzungschancen als schwierig angesehen werden, dafür aber vergleichsweise viele Akteure der Meinung waren, dass die wichtigsten Probleme identifiziert wurden. Das Anspruchsniveau der Zielsetzung der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern ist als verhältnismäßig hoch zu bewerten und die Befragungsergebnisse entsprechend zu relativieren.

6.4.3 Regionale Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen

Der Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen wurde bereits im März 2011 in der Landtagsdrucksache Nr. 16/8133 (Bayerischer Landtag, 2011) als eine Beispielregion für die Herausforderungen des demografischen Wandels namentlich erwähnt. Daher wurden seitens des Landkreises schon Überlegungen angestellt, wie bspw. die Niederlassungsbereitschaft von Ärzten, insbesondere von Allgemeinmedizinerinnen, verbessert werden kann. Die Auseinandersetzung mit der hausärztlichen Versorgung und der gesundheitlichen Versorgung auf der Kreisebene konnte schließlich ab Mitte 2013 durch die Einführung der Regionalen Gesundheitskonferenz intensiviert werden.

6.4.3.1 Geschäftsstelle Weißenburg-Gunzenhausen

Die Geschäftsstelle der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen wurde innerhalb des Landratsamts der Abteilung Gesundheitswesen (Gesundheitsamt) zugeordnet. Für die Leitung der Geschäftsstelle fand eine Ausschreibung statt und konnte personell zum 01.10.2013 besetzt werden. Die Geschäftsstellenleiterin hatte bereits Berufserfahrungen im Gesundheitsbereich. In der Mitte des Jahres 2014 fand ein Personalwechsel in der Geschäftsstelle statt. Als ausgebildete medizinische Fachangestellte und Studentin des M.A. Gesundheitsmanagement war die neue, aus der Region stammende Geschäftsstellenleiterin mit dem örtlichen Gesundheitswesen sehr vertraut. Der Stellenumfang lag bei 20 Stunden pro Woche. Beide Geschäftsstellenleiterinnen erachteten den Stellenumfang aber als zu gering, vor allem in Zeiträumen, in denen vermehrt Arbeitsgruppensitzungen stattfanden. Die Geschäftsstellenleitung stand über den gesamten Projektzeitraum im Kontakt zum Landrat und anderen flankierenden Sachgebieten. In der Steuerungsgruppe waren daher neben der Geschäftsstellenleitung auch die jeweiligen Leiter der Zukunftsinitiative, des Gesundheitsamts und des Regionalmanagements vertreten. Unterstützt wurden sie zusätzlich durch den Vorstand der Klinik Altmühlfranken. Für das Thema der ärztlichen Versorgung wurde außerdem eine externe Projektbegleiterin hinzugezogen. Für den internen Netzwerkaufbau wurde neben den Teilnehmern des Steuerkreises bspw. Kontakt zur Jugendstelle, Gesundheitsförderung, Ehrenamtsbörse oder Kinderschutzstelle gesucht. Außerdem wurde ein Erfahrungsaustausch auch durch den Kontakt zu Geschäftsstellen von Gesundheitskonferenzen in anderen Bundesländern hergestellt. Die Geschäftsstellenleiterin

nahm an diversen Kongressen und Fachtagungen, wie bspw. dem Europäischen Gesundheitskongress in München oder der wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, aktiv teil.

6.4.3.2 Gremium der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen

Die Vorauswahl der Zusammensetzung des Gremiums der Regionalen Gesundheitskonferenz fand durch den Steuerungskreis statt. In der Geschäftsordnung, die sich die Gesundheitskonferenz gegeben hat, wurden die verschiedenen Vertreter der Institutionen und Organisationen festgelegt. Es wurde außerdem bestimmt, dass themenbezogenen Experten ohne Stimmrecht hinzugezogen bzw. neue Mitglieder mit einer Zweidrittel Mehrheit aufgenommen werden können. Ab der zweiten Sitzung wurden auch diejenigen Arbeitsgruppensprecher einbezogen, die ursprünglich keine Mitglieder der Regionalen Gesundheitskonferenz waren, aber aufgrund ihrer Expertise zu den Arbeitsgruppen eingeladen wurden. Das Gremium der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen setzte sich aus Vertretern folgender Institutionen zusammen:

- Kommunalpolitik / Untere Gesundheitsbehörde
- Ärztlicher Kreisverband Südfranken
- Ärzteverein
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
- Zahnärztlicher Bezirksverband Mittelfranken
- Kinder- und Jugendlichentherapie
- Apothekerkammer
- Zentrale Diakoniestation des Diakonischen Werkes Weißenburg-Gunzenhausen e.V.
- Bayerisches Rotes Kreuz
- Caritas Verband
- Klinikum Altmühlfranken
- Gesetzliche Krankenkasse (AOK)
- Evangelischer Krankenverein e.V.
- Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe und Bürgerschaftliches Engagement
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

- Gesundheitsversorgung Migranten
- DVG-Bildungszentrum Gunzenhausen

Den Vorsitz der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen hatte der Landrat inne. Die Moderation der Sitzungen übernahm die Geschäftsstellenleitung, unterstützt durch den Vorsitzenden. In der ersten Sitzung gab es einen Impulsvortrag der KVB über deren Aufgaben und Informationen zur Bedarfsplanung. In einem zweiten Impulsvortrag wurde das seniorenpolitische Gesamtkonzept des Landkreises vorgestellt. Ab der zweiten Sitzung nahmen aber vor allem die Berichterstattung durch die Arbeitsgruppensprecher und die anschließende Diskussion den Hauptteil der Sitzungen ein. In der letzten Sitzung, in der Frau Staatsministerin Melanie Huml persönlich teilnahm, wurden hauptsächlich die vorläufigen Endergebnisse der Arbeitsgruppen dargestellt und Beschlüsse zu den jeweiligen Maßnahmen oder zukünftigen Planungen gefasst.

Insgesamt fanden drei Sitzungen der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen statt, die jeweils ca. zwei Stunden dauerten:

1. Sitzung: 11.12.2013
2. Sitzung: 19.03.2014
3. Sitzung: 22.09.2014

6.4.3.3 Bedarfsanalyse Weißenburg-Gunzenhausen

Für die Bedarfsanalyse wurden verschiedene Verfahren angewandt. Neben einem intensiven Austausch und Informationen der KVB wurden Analysen mit Daten des Gesundheitsatlas Bayern des LGL durchgeführt. Ergänzend zur Einladung für die erste Sitzung wurde auch ein Fragebogen zur Bestimmung der regionalen Gesundheitsprobleme versandt. In diesem wurde der Handlungsbedarf zu verschiedenen aufgeführten Themen in den Bereichen der allgemeinen medizinischen Versorgung, der Gesundheitsversorgung nach Lebensphasen und nach Zielgruppen abgefragt. Die Themen wurden nach hoher, mittlerer und geringer Priorität eingestuft. Die Fragebögen wurden von der Geschäftsstelle ausgewertet und die Themen in eine Rangfolge gebracht (vgl. Anhang 6). Die Ergebnisse wurden in der ersten Sitzung der Gesundheitskonferenz mit den Akteuren diskutiert. Auf Basis der im Vorfeld durchgeführten Bedarfsanalyse wurden dann bereits in der ersten Sitzung vier ver-

schiedene Arbeitsgruppen gegründet, die nachfolgend beschrieben werden. Für eine weiterführende Bedarfsanalyse wurde ein Interviewleitfaden für die vier Arbeitsgruppenthemen entworfen. Die Befragungen erfolgten meist telefonisch, um Erfahrungen auszutauschen, Informationen über bereits erfolgte Maßnahmen zu erhalten und weitere relevante Fachexperten zu gewinnen.

6.4.3.4 Arbeitsgruppen in Weißenburg-Gunzenhausen

Arbeitsgruppe I „Ärztliche Versorgung im Landkreis“

Für die Arbeitsgruppe „Ärztliche Versorgung im Landkreis“ wurden alle niedergelassenen Ärzte des Landkreises eingeladen. Neben interessierten Ärzten waren in der Arbeitsgruppe außerdem der Landrat, die Geschäftsstelle und die KVB vertreten. Moderiert wurden die Sitzungen von einer externen Expertin. Die Arbeitsgruppe konzentrierte sich auf das gesetzte Ziel, Lösungsmöglichkeiten für den zunehmenden Ärztemangel zu finden. Hierzu wurden erste Konzeptideen im Sinne von strukturierten Seminar-, Fort- und Weiterbildungsprogrammen unter der Betreuung einer implementierten Koordinationsstelle entwickelt. Dadurch soll effektiv und langfristig für den Landkreis geworben und die Attraktivität gesteigert werden. Dafür bedarf es nach Ansicht der Arbeitsgruppe neben den Fortbildungsveranstaltungen und passenden Unterkünften auch eines guten Freizeitangebotes, um den medizinischen Nachwuchs von der ländlich geprägten Region begeistern zu können. Angedacht ist auch eine „Ferienakademie“ für Studenten der Humanmedizin in höheren Semestern im Landkreis.

Um die Attraktivität zur Niederlassung auf dem Land zu steigern, war sich die Arbeitsgruppe einig, dass die derzeitige Arbeitsbelastung der Landärzte, die sich hauptsächlich durch die Ableistung von Bereitschafts- und Notdiensten ergibt, reduziert werden muss. Die Arbeitsgruppe entschied sich nach einem Erfahrungsaustausch mit anderen Landkreisen und regen Austausch untereinander gegen die Errichtung einer Bereitschaftsdienstpraxis durch die Ärzteschaft. Stattdessen wurde ein Positionspapier mit Vorschlägen, um die Arbeitsbelastung im Bereitschaftsdienst zu senken, erarbeitet. Dazu gehören u.a., dass mehr Ärzte aus Ballungsräumen für diese Dienste eingesetzt werden, ein Belastungsmaximum anhand einer festen Stundenanzahl festgesetzt wird oder bestimmte Ärzte, wie z. B. Ärztinnen mit Kindern im Alter zwischen 0 und 12 Jahren, komplett freigestellt werden. Dieses

Positionspapier wurde in der letzten Sitzung der Regionalen Gesundheitskonferenz direkt an Staatsministerin Huml sowie weitere Vertreter des StMGP adressiert und sollte über die anwesenden Vertreter der KVB auch deren Vorstand erreichen. Das Positionspapier wurde u.a. im Oktober 2014 im Gesundheitsausschuss des Bayerischen Landkreistags vorgestellt.

Arbeitsgruppe II „Patienten- und Pflegewegweiser“

In der Arbeitsgruppe „Patienten- und Pflegewegweiser“ waren neben der Geschäftsstellenleitung aus dem Landratsamt das Regionalmanagement, die Zukunftsinitiative, der Bereich Soziales und Senioren sowie die Gesundheitsförderung vertreten. Außerdem nahmen Vertreter des Bildungszentrums Gunzenhausen, der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe und Bürgerschaftliches Engagement, des Vereins für Interkulturelle Begegnungen im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen e.V. und die Patientenfürsprecherin des Klinikum Altmühlfrankens an der Arbeitsgruppe teil. Die Arbeitsgruppe hatte drei Schwerpunkte für die Modellphase festgelegt und umgesetzt:

- Neuauflage Seniorenwegweiser:
Der Seniorenwegweiser, der Informationen und Kontaktadressen zum Thema Leben im Alter in der Region Altmühlfranken von 2011 enthielt, wurde aktualisiert. Er ist seit Herbst 2014 in gedruckter Form kostenlos zu erhalten. Er wurde über zentrale Stellen des Landratsamtes verteilt und ist ebenfalls in digitaler Form auf der Homepage des Landratsamtes als Download verfügbar (www.altmuehlfranken.de/soziales/seniorenwegweiser).
- Flyer Entlastungsangebote für pflegende Angehörige:
Der Flyer soll insbesondere einen Überblick von Hilfsangeboten für pflegende Angehörige geben und macht bspw. auf Themen wie Patientenverfügung oder Pflegeberatung aufmerksam. Der gedruckte Flyer wurde an die Mitglieder der Gesundheitskonferenz ausgehändigt und landkreisweit verteilt.
- Virtueller Patientenwegweiser:
Unter www.altmuehlfranken.de/patientenwegweiser können Hilfesuchende nunmehr über die entsprechenden Links wegweisende Informationen zu Kliniken, Ärzten, Zahnärzten, Apotheken und anderen Gesundheitsdienstleistern

des Landkreises einholen. Das Landratsamt wird zukünftig die Daten auf Aktualität hin überprüfen und pflegen.

Arbeitsgruppe III „Schnittstellenkommunikation und Überleitung“

In der Arbeitsgruppe „Schnittstellenkommunikation und Überleitung“ beteiligten sich neben der Geschäftsstellenleitung vor allem Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Zentralen Diakoniestation des Diakonischen Werkes Weißenburg-Gunzenhausen e.V., der AWO und der Pflegedirektor des Klinikums Altmühlfranken als Sprecher der Arbeitsgruppe. Die Arbeitsgruppe beschäftigte sich hauptsächlich mit dem Thema der Verbesserung und Sicherung des Informationstransfers zwischen den am Betreuungs- und Behandlungsprozess beteiligten Organisationen in der Region Altmühlfranken. Die Themen Schnittstellenkommunikation zwischen Haus- und Fachärzten sowie Geriatrische Verbände wurden vorerst vertagt. Man konzentrierte sich auf folgende Schwerpunkte:

- Pflegeüberleitungsbogen der Region Altmühlfranken:
Da kaum Zugang zu geeigneten Daten bestand, entschloss sich die Arbeitsgruppe zu einer eigenen Bedarfserhebung bei den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen mittels eines Fragebogens. Basierend auf den Ergebnissen der durchgeführten Erhebung wurde dann ein „Pflegeüberleitungsbogen der Region Altmühlfranken“ erstellt, der nach den Inhalten bisheriger Pflegeüberleitungsbögen, den bestehenden Anforderungen im Bereich der Demenzversorgung sowie auf Grundlage anerkannter Expertenstandards erarbeitet wurde. Der Überleitungsbogen wurde im Klinikum Altmühlfranken einem Pretest unterzogen. Schließlich wurde der fertige Überleitungsbogen mit einem Schreiben vom Landrat an alle entsprechenden Einrichtungen im Landkreis mit der eindringlichen Bitte zur Verwendung des Bogens ausgegeben. Dieser soll dazu beitragen, dass Informationen standardisiert zwischen den verschiedenen Einrichtungen übermittelt werden, bspw. bei der Einweisung eines Patienten aus dem Pflegeheim ins Klinikum, um Informationsverlusten zwischen stationären und ambulanten Institutionen entgegenzuwirken.
- Pflegeforum der Region Altmühlfranken:
Es wurde beschlossen, ein Pflegeforum ins Leben zu rufen, das als Austausch- und Netzwerkplattform dem gegenseitigen Informationsaustausch der

Pflegenden sowie der am Betreuungs- und Behandlungsprozess Beteiligten dient, gemeinsame Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen initiiert und letztlich die Verwirklichung gemeinsamer Zielsetzungen im Bereich der Pflege unterstützt. Informationen zum Pflegeforum sind auf der Homepage des Landratsamtes und auch in Form eines Flyers erhältlich.

Arbeitsgruppe IV „Hospiz- und Palliativversorgung“

Die Teilnehmerzahl an den Treffen der Arbeitsgruppe „Hospiz- und Palliativversorgung“ variierte im Zeitverlauf, da zwischenzeitlich Experten wie z. B. Verantwortliche aus dem Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung aus anderen Landkreisen mitwirkten. In einem der ersten Treffen der Arbeitsgruppe wurde bspw. auch der Geschäftsführer des Bayerischen Palliativ- und Hospizverbands eingeladen, um die Gruppe zu unterstützen und mögliche Fragen zu klären. Sprecher der Gruppe war der Leiter des Palliativmedizinischen Dienstes des Klinikums Altmühlfranken, weitere Mitglieder waren Vertreter des Hospiz-Vereins Gunzenhausen e.V., des Gesundheitsamtes, der Zentralen Diakoniestation des Diakonischen Werkes Weißenburg-Gunzenhausen e.V. sowie niedergelassene Ärzte. Der Fokus der Arbeitsgruppe lag auf den Handlungsfeldern Etablierung einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), weitere Förderung ehrenamtlichen Engagements, eigene Hospiz-Helfer-Ausbildung im Landkreis und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit. Im Laufe der Arbeitsgruppensitzungen wurde das Thema stationäres Hospizwesen vorerst zurückgestellt, da die große Mehrheit der Bevölkerung zu Hause sterben möchte und laut der Feststellung des früheren Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit rein rechnerisch der Bedarf an stationären Hospiz-Betten im Landkreis lediglich bei 1,5 Betten läge.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt die Einrichtung eines SAPV-Teams, um die Anschlussversorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherzustellen. Da ein wirtschaftlich erfolgreiches SAPV-Team nur in einem Versorgungsgebiet mit etwa 200.000 Einwohnern arbeiten kann, wurde Kontakt zum angrenzenden Landkreis Roth hergestellt, mit dem nun Planungen zur Konzeption und zum Aufbau eines gemeinsamen SAPV-Teams stattfinden. Zusätzlich ist geplant, dass Informationsveranstaltungen für potentielle Träger sowie für Ärzte und Pflegekräfte zur Zusatzqualifizierung organisiert werden.

Die Mitglieder halten es für notwendig, dass der Hospizverein-Gunzenhausen e.V. gestärkt wird. Hierzu wurde an der Schaffung der Fördervoraussetzungen nach § 39a SGB V gearbeitet, um u.a. zwei hauptamtliche Koordinatoren beschäftigen zu können. Zur Gewinnung weiterer ehrenamtlicher Hospizarbeiter wird diskutiert, eine Hospiz-Helfer-Ausbildung im Landkreis anzubieten, um neben kurzen Fahrtstrecken auch eine verbesserte Mitarbeitersichtung und -bindung zu generieren.

6.4.3.5 Öffentlichkeitsarbeit Weißenburg-Gunzenhausen

Um die Öffentlichkeit für die Gesundheitsthemen zu sensibilisieren, fand bereits vor der ersten Sitzung der Regionalen Gesundheitskonferenz ein Pressegespräch statt. Das Modellprojekt wurde außerdem im Herbst 2013 durch die Teilnahme am Gesundheitsforum Altmühlfranken (Messe mit über 40 örtlichen Anbietern der Gesundheitsversorgung) vorgestellt. Zu den einzelnen Sitzungen der Gesundheitskonferenz sowie den Aktivitäten der Arbeitsgruppen wurden weitere Pressemitteilungen veröffentlicht. Ein Internetauftritt wurde im Januar 2014 realisiert (www.altmuehlfranken.de/regionale-gesundheitskonferenz). Hier wurden laufend die Ergebnisse der Sitzungen der Gesundheitskonferenzen und erste Ergebnisse der Arbeit der einzelnen Projektgruppen eingestellt. Der Landrat ließ die Erfahrungen auch in überregionalen Gremien einfließen und stellte vorläufige Ergebnisse des Modellprojekts bspw. beim Bayerischen Landkreistag vor.

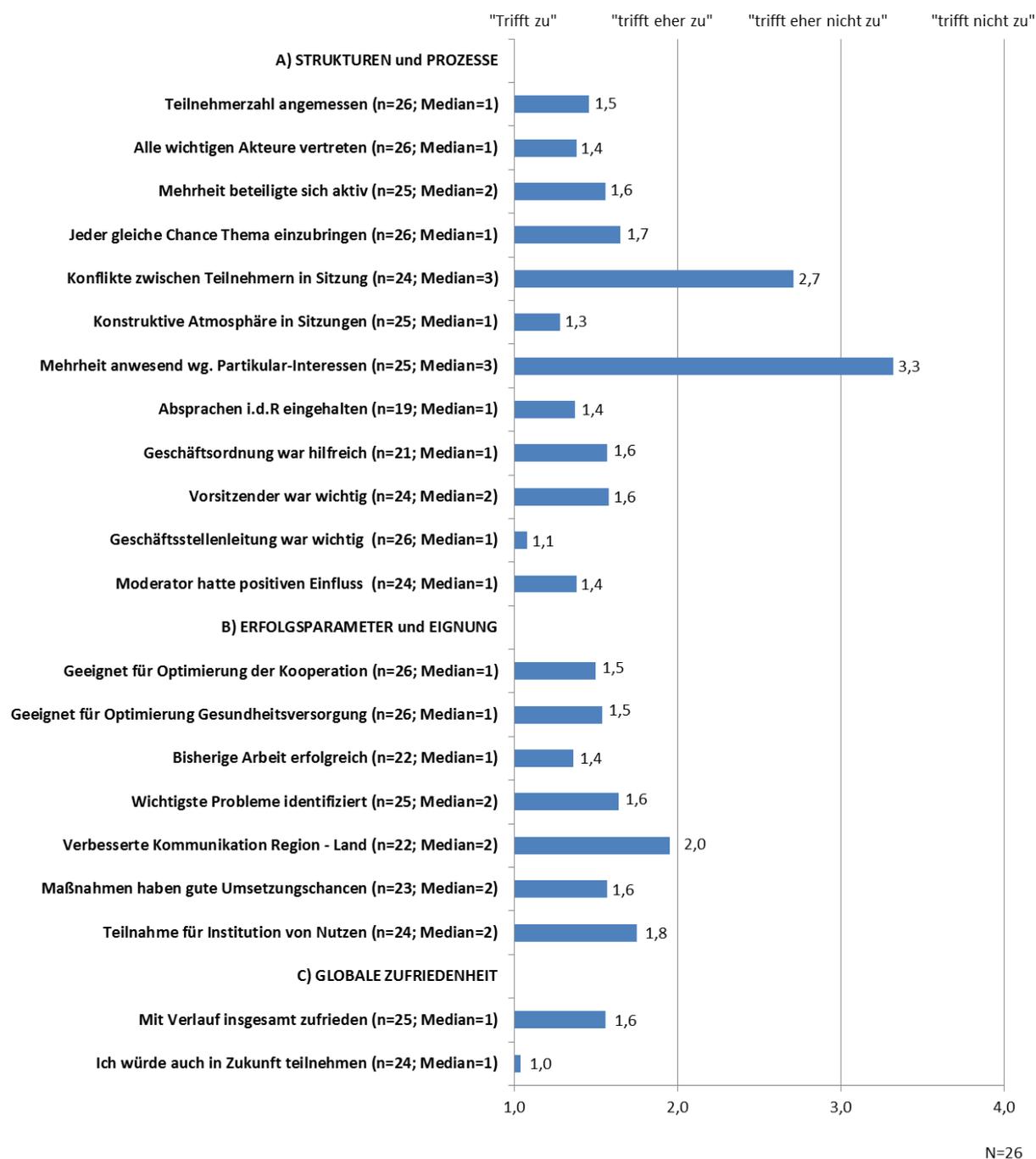
6.4.3.6 Standardisierte Teilnehmerbefragung in Weißenburg-Gunzenhausen

Abbildung 12 visualisiert die Ergebnisse der Teilnehmerbefragung in Weißenburg-Gunzenhausen zu den 21 Items auf der 4-stufigen-Antwortskala anhand von Mittelwerten.

Ähnlich wie in Bamberg gibt es einen hohen Zustimmungsgrad zu der Aussage, dass die Sitzungen in der Regel durch eine konstruktive Atmosphäre gekennzeichnet waren. Auffallend ist der hohe Anteil der Akteure in Weißenburg-Gunzenhausen, die widersprachen, dass die Mehrheit der Akteure nur zu den Sitzungen erschien, um ihre Partikularinteressen durchzusetzen. Außerdem empfanden vergleichsweise viele Teilnehmer, dass die Geschäftsordnung hilfreich war. Die Geschäftsstellenleitung wurde in allen drei Regionen als wichtig für das Funktionieren der Regionalen Gesundheitskonferenz erachtet, in Weißenburg-Gunzenhausen war der Zustimmungsgrad am höchsten. Die Akteure der Regionalen Gesundheitskonferenz

Weißenburg-Gunzenhausen stehen den Umsetzungschancen ihrer Maßnahmen deutlich positiver gegenüber als die Akteure der beiden anderen Modellregionen. Für die globale Zufriedenheit wurden ebenfalls sehr gute Ergebnisse erzielt. So sind insgesamt jeweils 96 % mit dem bisherigen Verlauf zufrieden und würden auch zukünftig wieder an den Gesundheitskonferenzen teilnehmen.

Abbildung 12: Strukturen, Prozesse, Erfolg, Eignung und Zufriedenheit aus Sicht der Teilnehmer der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen auf 4-stufiger-Antwortskala (Mittelwerte)



6.4.3.7 Einflussfaktoren und Verbesserungspotenzial in der Teilnehmerbefragung in Weißenburg-Gunzenhausen

Die folgenden Textkästen listen die Antworten der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen zu den offenen Fragen der Teilnehmerbefragung auf. Als positive Faktoren für den Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz werden von den Akteuren in Weißenburg-Gunzenhausen vor allem die Einrichtung der Geschäftsstelle und deren Tätigkeiten, wie z. B. Organisation und Moderation, ebenso wie das Engagement und die Kooperationsbereitschaft der Teilnehmer genannt. Dennoch werden Partikularinteressen von einzelnen Akteuren als negativer Faktor für den Verlauf der Gesundheitskonferenzen, genauso wie eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten durch feste gesetzliche Rahmenbedingungen betrachtet. Aus den Angaben zu möglichen Verbesserungsvorschlägen zeigt sich, dass die Akteure vor allem Wert auf eine Fortsetzung der Konferenz und der begonnenen Kooperationen und Aktivitäten legen, so dass die Strukturen verstetigt werden können. Zusätzlich wird in den offenen Angaben auch das Thema Prävention angesprochen, das zukünftig mitbehandelt werden sollte.

Welcher Faktor wirkte sich am **positivsten** auf den Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz aus?

- Engagement von einzelnen Akteuren
- Moderation der Arbeitsgruppen + intensive Vorbereitungen
- Überleitung dieses Bogens kann schnell umgesetzt werden
- Steuerung über Landratsamt
- Gruppengröße
- Offene Arbeitsweise in den Arbeitsgruppen
- Kooperationen / Synergieeffekte
- Geschäftsordnung und Moderation
- fachlich gut moderierte Arbeit
- Netzwerk innerhalb Landkreis
- Kooperationsbereitschaft aller Teilnehmer
- Gemeinsame Interessen der Akteure
- Unterstützung durch Ministerium
- Organisation, Strukturen, Moderation
- Hauptamtliches Personal in der Geschäftsstelle inkl. Moderation der Konferenzen und Arbeitsgruppen

- Neutrale Geschäftsstelle
- Notwendigkeit!
- Bestehende Mängel die beseitigt werden sollen
- Wir haben es geschafft, miteinander zu reden

Welcher Faktor wirkte sich am **negativsten** auf den Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz aus?

- Bürokratie
- Partikularinteressen; geringe Kenntnis der Einflussmöglichkeiten und Entscheidungsbefugnisse durch LRA
- Partikularinteressen Einzelner / Gruppen
- Nicht alle Stimmen hatten das gleiche Gewicht
- Koordination der Terminabstimmung der Arbeitsgruppen
- Zu große Arbeitsgruppengrößen
- Keine Aspekte vorhanden
- Persönliche Animositäten und Wechselnotwendigkeit in Geschäftsstelle
- Unklarheit bzgl. rechtlicher Rahmenbedingungen, Fördermöglichkeiten
- Keine, ggf. gesetzliche Regelung
- Systemhemmnisse der Selbstverwaltungsträger bzw. Probleme konnten durch RGK nicht beeinflusst werden!
- Schwer zu beeinflussende Regelwerke (KV, Kassen)
- Einzelinteressen, die nachgereicht werden

Was sollte Ihrer Meinung nach verbessert werden, damit sich der Nutzen der Regionalen Gesundheitskonferenz erhöht?

- Klare Zusammensetzung der RGK; LRA Vertreter begrenzen
- Stärkere Einbindung von rechtlichem Fachwissen, bessere Rückkopplung an die Verbände wie KV, Krankenkassen + Gesundheitsministerium
- Die Teilnahme von privat Personen (1-2)
- Konsequenter an den Themen arbeiten - "dran bleiben"
- Öffentlichkeitsarbeit vor allem durch die beschlossenen Konzepte
- Weiter so
- Fortsetzung mit hoher staatlicher Förderung
- Verlängerung des Arbeitszeitraumes, um mehrere Punkte anzugehen bzw. umzusetzen

- Konkreter Ansprechpartner für Fragen (Finanzierung / Förderung / rechtl. Rahmenbedingungen) im Landkreis / auf Landesebene / StMGP
- Weitergehende Förderung durch Gesundheitspolitik z. B. Abbau ärztl. Überversorgung in Städten, um Ärzte zusätzlich zur Niederlassung am Land zu bewegen
- Zeitrahmen (1 Jahr) war zu kurz, sollte verlängert werden
- Verstetigung der Strukturen und Ressourcen!
- Noch nicht absehbar!
- Evaluation nach 1 Jahr ob Projekte entstanden sind
- Kann ich nicht absehen

Gibt es jenseits der abgefragten Punkte noch etwas, das Sie uns gerne mitteilen möchten?

- Thema Kinder + Prävention wurden nicht berücksichtigt. Liegt es daran das Kinder nicht wählen können?
- Ärztl. Versorgung - schwieriges Thema, klare Ziele Ärzte vorher definieren + trennen: hausärztl. Versorgung, fachärztl. Versorgung; Themenschwerpunkt interdisziplinär
- Prävention richtet sich nicht nur an "Gesundheits- / Krankheits-Akteure" → Erweiterung des Feldes, z. B. um Schulen, Erzieher, Sportvereine, Volkshochschule etc.
- Danke für die Unterstützung
- Grundsätzlich: GUTE IDEE!!

6.4.3.8 Resümee der Geschäftsstellenleiterin der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen

Seitens der Geschäftsstelle wird im Projektendbericht ein positives Fazit bezüglich der Regionalen Gesundheitskonferenz gezogen. Das Modellprojekt generierte schnell externe Schnittstellen der Akteure der Gesundheitsversorgung, aber auch innerhalb des Landratsamtes. Ein persönlicher und reger Austausch konnte binnen kürzester Zeit realisiert und Bestrebungen aus der Vergangenheit wieder aufgegriffen und in eine strukturierte Organisation der Regionalen Gesundheitskonferenz integriert werden.

6.4.3.9 Zwischenfazit Regionale Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen

Das positive Resümee der Geschäftsstelle bezüglich Kooperation und Zusammenkommen empfanden der Teilnehmerbefragung nach auch die Akteure selbst als ent-

scheidenden Mehrwert der Gesundheitskonferenz. Die kurze Phase ohne Geschäftsstellenleitung verdeutlichte die Wichtigkeit dieser Stelle, weil dort alle Informationen zusammengeführt werden. Kurzzeitig war unklar, wer nun Ansprechpartner ist und wer für die Organisation bspw. von Arbeitsgruppentreffen zuständig war. Durch eine rasche Einarbeitung der neuen Verantwortlichen und den bereits aufgebauten Strukturen konnte die Arbeit aber relativ schnell weitergehen. Dass die Arbeit der Geschäftsstelle entscheidend für den Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz ist, kommt auch durch die Teilnehmerbefragung sowohl in den offenen Fragen als auch bei den Item-Abfragen zu Geschäftsstelle und Moderation zum Ausdruck. Eine halbe Stelle wird hier allerdings als zu wenig erachtet. Die Arbeitsgruppen der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen waren bereits relativ weit in der Umsetzung ihrer Vorhaben und kleinere Projekte waren zum Teil sogar bereits abgeschlossen. Entsprechend positiv war demnach auch die Bewertung der Umsetzungschancen der angedachten Maßnahmen. Die Wertschätzung der Akteure bezüglich der Gesundheitskonferenz zeigt sich neben den positiven Ergebnissen in der Teilnehmerbefragung auch in der letzten Sitzung, in der von den Mitgliedern beschlossen wurde, das Gremium und die entsprechenden Vorhaben auch nach Ende des Modellprojekts fortzuführen. Zu diesem Zeitpunkt war noch nicht sicher, ob dem Landkreis durch ein darauffolgendes Förderprojekt weiterhin Mittel für die Geschäftsstelle zur Verfügung stehen würden.

7. Schlussfolgerungen

Das Modellprojekt Regionale Gesundheitskonferenzen hatte zum Ziel, den Bedarf und die Akzeptanz eines solchen Gremiums in drei Modellregionen Bayerns zu erproben. Durch die wissenschaftliche Begleitung sollten Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitskonferenzen bewertet, Hinweise auf Entwicklungspotenziale erkannt und die Übertragbarkeit in weitere Regionen geprüft werden. Für den relativ kurzen Projektzeitraum von rund 18 Monaten wurde daher ein eher deskriptives Evaluationsdesign gewählt.

Für die Diskussion der Ergebnisse ist als Limitation anzumerken, dass der Zugang in das Modellprojekt freiwillig war und die Regionen unter starker Beobachtung der Landesbehörden standen. Dies kann möglicherweise zu einem überdurchschnittlich hohen Engagement der Akteure geführt haben, welches eventuell bei einer Ausweitung im Routinebetrieb nicht in diesem Ausmaß zu erwarten ist. Entsprechend ist auch eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit beim Antwortverhalten in der Teilnehmerbefragung prinzipiell nicht auszuschließen. Die Sicherstellung der Anonymität in der Fragebogenerhebung und die externe Auswertung sollten dem jedoch entgegenwirken.

Allen drei Modellregionen ist es relativ zügig gelungen eine Regionale Gesundheitskonferenz mit Geschäftsstelle zu etablieren und die vorgegebenen drei Sitzungen in der Projektphase durchzuführen. Es wurde fast zeitgleich begonnen, aber im Verlauf unterschiedliche Herangehensweisen und Geschwindigkeiten entwickelt. Am Ende des Interventionszeitraums befanden sie sich auch in verschiedenen Entwicklungsstadien.

Aufbauend auf den Bedarfsermittlungen und den Priorisierungen zeigten sich zwischen den Regionalen Gesundheitskonferenzen Abstufungen in der Problemrelevanz, auf die sich die unternommenen Aktivitäten richteten. Während Südostoberbayern zentral die Bedarfsplanungssysteme fokussierte, wurden in Weißenburg-Gunzenhausen eher gemischte Themen, wie Patientenwegweiser oder der Aufbau eines SAPV-Teams, bearbeitet. Der Fokus in Bamberg lag eher im medizinischen Bereich, dafür weniger auf prioritären Public-Health-Problemen.

Raumbezugsgrößen und Implikationen

Die drei Gesundheitskonferenzen hatten außerdem einen unterschiedlichen Regionalbezug, entsprechend unterschiedlich war auch die Besetzung der Gremien. Es konnten die wichtigsten Akteure für die regionale Gesundheitsversorgung akquiriert werden und es gab keine großen Veränderungen im Zeitverlauf. In der Teilnehmerbefragung wurde bestätigt, dass alle wichtigen Akteure vertreten waren. In Südostoberbayern war durch die verschiedenen Stadt- und Landkreise die Kommunalpolitik jedoch wesentlich stärker vertreten als in den anderen beiden Regionen, in denen dafür andere für die Versorgung wichtige Akteure, wie z. B. Patientenführer oder Vertreter der Selbsthilfe, eingebunden werden konnten. Die Größe der Gremien wurde von den Akteuren in der Endbefragung überall als angemessen betrachtet, wenn auch von den Teilnehmern in Südostoberbayern als größtes Gremium etwas kritischer. Die Richtgröße von 20-30 Personen scheint somit angebracht. Die Größe des Gremiums führte in Südostoberbayern dazu, dass zur Bearbeitung der gesetzten Themen Arbeitsgruppen auf Landkreisebene gebildet wurden. Dies deutet darauf hin, dass zum einen eine ganze Planungsregion zu groß für die Bearbeitung spezieller Probleme und entsprechende Projektarbeit ist, aber zum anderen nicht zu groß für gesundheitspolitische Stellungnahmen wie der elaborierten gesundheitspolitischen Resolution von Südostoberbayern. Dies dürfte auch ein Grund dafür sein, dass in Südostoberbayern die Umsetzungschancen kritischer als in den beiden anderen Regionen gesehen wurden, wo konkretere, teils kleinere Projekte angegangen wurden. Die insgesamt in der Teilnehmerbefragung eher hohen Missing-Quoten bei den Umsetzungschancen der Maßnahmen deuten darauf, dass der Zeitpunkt der Abfrage sehr früh für deren Bewertungen war, da sich einige Projekte erst in der Planungsphase befanden.

Strukturqualität

Als enorm wichtig stellte sich in allen Regionen die Tätigkeit der Geschäftsstellenleitung heraus. Dies zeigte sich vor allem in der Teilnehmerbefragung, in der alle Akteure der Frage nach der Wichtigkeit der Geschäftsstelle einhellig zustimmten und sie auch in den offenen Fragen betonten. Dieses Ergebnis bestätigt die anfangs erwähnten Evaluationsstudien aus NRW (Knesebeck et al., 2001) und Niedersachsen (Brandes, Bregulla & Altgeld, 2014), in denen eine Koordinierungsstelle als ausschlaggebend für eine erfolgreiche Arbeit genannt wird. Bei dem Aufbau einer

Gesundheitskonferenz sollte die Einrichtung einer Geschäftsstelle somit als Grundvoraussetzung dazu gehören. Nach der Einschätzung der Geschäftsstellenleiterinnen aus Weißenburg-Gunzenhausen ist allerdings zukünftig eine Vollzeitstelle für die Arbeit anzuraten. Außerdem unterschieden sich die drei Regionalen Gesundheitskonferenzen in der Anbindung der Geschäftsstelle durch a) Integration im Landratsamt, b) Anbindung an Gesundheitsamt und Amtsleiter und c) Vergabe an Dritte. Durch die Arbeitsplatzeinrichtung im Landratsamt ist eine wesentlich stärkere Einbindung in Verwaltungsprozesse, amtsinterne Zusammenarbeit und Führung durch die Leitungsgremien im Landratsamt zu beobachten. Die Vergabe an Dritte birgt latent die Gefahr, dass mit der Delegation der Aufgaben von den Antragstellern auch in der Tendenz die Verantwortung und das Engagement für den Gesamtprozess mit übertragen werden. Es wird daher in der Vergleichsanalyse eine Einbindung ins Landratsamt als organisatorisch und im Ergebnis tendenziell zielführender als die Vergabe an Dritte erachtet.

Geschäftsordnung

Für die Verwendung einer Geschäftsordnung kann keine allgemeingültige Empfehlung getroffen werden. Die Missing-Quote in der Teilnehmerbefragung war bei diesem Item auffallend hoch und sowohl in Südostoberbayern (ohne Geschäftsordnung) als auch in Bamberg (mit Geschäftsordnung) zeigte die Abfrage keine einheitliche Meinung der Akteure, wohingegen in Weißenburg-Gunzenhausen die Existenz der Geschäftsordnung eher förderlich bewertet wurde.

Prozessqualität

Trotz vereinzelter Konflikte zwischen den Akteuren der Gesundheitskonferenzen, die womöglich eher grundsätzlichen Interessenskonflikten geschuldet waren, herrschte laut der Teilnehmer insgesamt eine konstruktive Atmosphäre in den Sitzungen. Diese positive Einschätzung bezüglich der Atmosphäre wurde auch in der Begleitstudie von NRW (Knesebeck et al., 2001) herausgehoben. Aus Sicht der Akteure standen einzelne Partikularinteressen der anderen Teilnehmer nicht im Vordergrund deren Teilnahme, auch wenn dies von wenigen Befragten als negativer Faktor in den offenen Angaben der Endbefragung erwähnt wurde.

Die bisherigen Evaluationsstudien zeigten als zentrale Ergebnisse eine verbesserte organisations- und professionsübergreifende Zusammenarbeit durch die Gesundheitskonferenzen (Knesebeck et al., 2001; Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2010; Brandes, Bregulla & Altgeld, 2014). Dieses Ergebnis wird durch das Modellprojekt in Bayern bestätigt. In den Regionalberichten der drei verschiedenen Gesundheitskonferenzen wird im Fazit jeweils besonders die Kooperation als Mehrwert betont, da dies vor allem aus der Teilnehmerbefragung sowie dem Austausch mit den Geschäftsstellenleitern hervorgeht. Durch die regelmäßigen Gesundheitskonferenzen kann Vertrauen unter den Akteuren aufgebaut, der Austausch vereinfacht und inhaltliche Positionen oder Sachzwänge der anderen Akteure erfahren werden. Dieser Mehrwert sollte in seiner potentiellen langfristigen Auswirkung nicht unterschätzt werden, auch wenn er kurzfristig anhand quantitativer Daten schwer erfasst werden kann. Die intensivierete Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure kann genutzt werden, um eine Optimierung in der Versorgung zu bewirken und somit langfristig auch zum Ziel einer verbesserten Gesundheit in der Bevölkerung beizutragen.

Die Akzeptanz und Zufriedenheit der Akteure bezüglich des Steuerungsinstruments Gesundheitskonferenzen sind entscheidend, um es langfristig mit Erfolg regional zu etablieren. In der Teilnehmerbefragung zeigte sich, dass die globale Zufriedenheit der Akteure sehr groß ist. Es sind jedoch Unterschiede zwischen den verschiedenen Akteursgruppen zu verzeichnen, da die Zufriedenheit bei Sozialversicherungsträgern und Leistungserbringern unter dem Durchschnitt liegt. Das deckt sich mit NRW, wo auch eine kritischere Einschätzung von ärztlichen Delegierten beobachtet wurde (Wüstenbecker, 2003; Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2009). Die hohe Akzeptanz und Wertschätzung der Regionalen Gesundheitskonferenzen in Bayern kommt auch durch den hohen Anteil von 87 % der Befragten, die einer zukünftigen Teilnahme zustimmten, zum Ausdruck. Dieses Ergebnis wird durch die kontinuierliche Teilnahme der Akteure während der Modellphase und dem in den offenen Antworten dargestellten Streben nach einer Fortführung und entsprechenden Zukunftsplanungen unterstützt. Beispielhaft kann hier die Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen erwähnt werden, in der am Ende der letzten Sitzung gemeinsam eine Fortführung der Konferenz beschlossen wurde und weitere Arbeitsgruppentreffen ohne definitive Zusicherung einer zukünftigen finanziellen Unterstüt-

zung stattfanden. Ein anderes Beispiel stellt die Steuerungsgruppe der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg dar, die das Thema der ärztlichen Versorgung weiter bearbeitete und zusammen mit dem Kommunalbüro für ärztliche Versorgung des LGL einen Workshop über die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum mit interessierten Bürgermeister*innen durchgeführt hat.

Gesamtfazit

Zusammenfassend hat die Modellphase gezeigt, dass sich die Regionalen Gesundheitskonferenzen als Kooperationsinstrument auf der kommunalen Ebene bewährt haben und entsprechend der dargestellten Ergebnisse eine sehr gute Ausgangsplattform für den Austausch, die Koordination und die Steuerung der Akteure im Gesundheitswesen bieten. Als besonders wichtig wird erachtet, eine Geschäftsstelle möglichst in Form einer Vollzeitstelle zur Organisation und Koordination als „Motor“ der Entwicklung einzurichten. Außerdem sollte eine solche Strukturbildung mit sich daraus entwickelnden Projekten langfristig angelegt werden. Dies zeigte sich bereits in den Vorabgesprächen mit möglichen Modellregionen, die aufgrund der kurzen Zeitspanne nicht am Projekt teilnahmen, und wird auch durch die Ergebnisse der Teilnehmerbefragung bestätigt. Das zentrale Ziel der Regionalen Gesundheitskonferenzen, die Gesundheit der Bevölkerung durch eine optimierte wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu verbessern, ist in einer so kurzen Modellphase bei nur wenigen vorhandenen kleinräumigen Gesundheitsdaten und zu erwartenden moderaten populationsbezogenen Effektgrößen durch die Gesundheitskonferenzen kaum adäquat im Erreichungsgrad zu evaluieren. Eine Outcome-Evaluation würde einen wesentlich größeren Zeithorizont und umfassendere Evaluationen der Projekte in den Arbeitsgruppen benötigen. Dennoch wurde in der Modellphase in den Regionen durch die Gesundheitskonferenzen ein großer Output festgestellt, wie z. B. Strukturbildung, Kooperationen, Gründung von vielen Arbeitsgruppen und der Anstoß von Projekten, wie z. B. ein flächendeckendes Patientenüberleitungsmanagement, was als „erfolgsversprechende Intervention“ eingestuft und plausibel langfristig zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung vor Ort und der Bevölkerungsgesundheit führen dürfte. Die Ergebnisse der Teilnehmerbefragung zu Erfolgsparameter und Eignung bestätigen diese Einschätzungen der Evaluatoren auch weitgehend aus der Perspektive der Akteure in den Regionalen Gesundheitskonferenzen.

8. Ausblick: Gesundheitsregionen^{plus}

Angesichts der guten Umsetzungserfahrungen wurde bereits am Ende der Modellphase seitens des StMGP beschlossen, dass der Ansatz der Regionalen Gesundheitskonferenzen tragfähig und wichtig ist. Er sollte daher ausgebaut und ausgeweitet werden. Aufgrund der parallel bestehenden Projekte des StMGP „Gesunder Landkreis - Runde Tische zur regionalen Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitsregionen“ wurde nun ein Gesamtkonzept zur Vernetzung und Koordination auf kommunaler Ebene entwickelt (StMGP, 2015). Das neue Förderprogramm Gesundheitsregionen^{plus} zielt darauf, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern, die gesundheitsbezogene Lebensqualität auch im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen und die wohnortnahe Gesundheitsversorgung und -vorsorge weiterzuentwickeln. Das StMGP stellt für zunächst maximal 24 Gesundheitsregionen^{plus} Finanzmittel von je Region maximal 250.000 Euro bis Ende 2019 zur Verfügung. Zur Strukturbildung einer Gesundheitsregion^{plus} gehören die Einrichtung einer koordinierenden Geschäftsstelle, die Gründung eines Gesundheitsforums als Planungs- und Steuerungsgremium sowie der Aufbau von themenbezogenen Arbeitsgruppen. Alle relevanten regionalen Akteure des Gesundheitswesens unter Vorsitz des Landrats bzw. Oberbürgermeisters sollen in dem Gesundheitsforum vertreten sein. Zentrale Handlungsfelder sind Gesundheitsversorgung und Prävention / Gesundheitsförderung sowie ggf. weitere regionalspezifische Themen. Eine im LGL eingerichtete fachliche Leitstelle stellt den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Gesundheitsregionen^{plus} her (vgl. Anhang 8). Zukünftige Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsregionen^{plus} können in der Perspektive mit staatlichen Förderprogrammen des StMGP verbunden werden.

Die Erfahrungen aus der Modellphase der Regionalen Gesundheitskonferenzen wurden somit in das neue Förderkonzept Gesundheitsregionen^{plus} überführt. Neben einer entsprechend längeren Projektdauer wurden auch die Fördermittel für die Einrichtung einer Geschäftsstelle angehoben, so dass eine Vollzeiteinstellung der Geschäftsstellenleitung ermöglicht wird. Die in den Regionalen Gesundheitskonferenzen geübte Kritik bezüglich des Ausschlusses der Prävention in den Gesundheitskonferenzen wurde damit ebenfalls aufgegriffen und die beiden Bereiche zusammengeführt.

Der ursprünglich geplante Handlungsleitfaden für die Einführung von weiteren Regionalen Gesundheitskonferenzen wurde entsprechend zu einem Leitfaden für das neue Förderkonzept Gesundheitsregionen^{plus} weiterentwickelt.

Die Regionalen Gesundheitskonferenzen Bamberg sowie Weißenburg-Gunzenhausen haben sich nach Abschluss der Modellphase erfolgreich für das Förderprojekt Gesundheitsregionen^{plus} beworben. Sie können somit ihre als Gesundheitskonferenz gestartete Arbeit in den neuen Strukturen und mit fünfjähriger Planungssicherheit fortführen. Eine Kontinuität ist damit gesichert. Aus der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern hat der Landkreis Berchtesgadener Land erfolgreich einen Antrag für eine Gesundheitsregion^{plus} gestellt.

9. Publikationen, Workshops und Vorträge im Rahmen des Modellprojekts

9.1 Publikationen

Holleder A. Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. Gesundheitswesen 2015; 77: 161-167.

Holleder A, Stühler K. Kooperation im Gesundheitswesen: Formative Evaluation des Modellprojekts Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern. Gesundheitswesen 2015 (eingereicht).

9.2 Kongressbeiträge, veranstaltete Workshops und Vorträge

1) *Gemeinsamer Kongress Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) am 20.09.2013 in Marburg:*

Workshop: Gesundheitskonferenzen – ein wichtiges Steuerungsinstrument für die Optimierung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung

- Die Entwicklung der Gesundheitskonferenzen in Deutschland
Holleder A, *Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Nürnberg*
- Erfahrungen aus 20 Jahren Kommunale Gesundheitskonferenzen in NRW am Beispiel Kreis Heinsberg
Feldhoff KH, *Kreis Heinsberg, Gesundheitsamt, Heinsberg*
- Bestandsanalyse nach zwei Jahren Kommunaler Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg (*Arbeitstitel*)
Leykamm B, *Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA BW), Stuttgart*
- Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern: erste Erfahrungen nach Implementierung in ausgewählten Modellregionen
Stühler K, Holleder A, *Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Nürnberg*

2) 50. *Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention am 25.09.2014 in Erlangen*

Workshop: Regionale Gesundheitskonferenzen im kommunalen Gesundheitssystem: Gestalten oder verwalten?

- Gesundheitskonferenzen in Europa: eine Einführung
Hollederer A, *Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Nürnberg*
- Kommunale Gesundheitskonferenz als Planungs- und Steuerungsorgan
Roller G, *Landratsamt/Kreisgesundheitsamt, Reutlingen*
- Evaluationsergebnisse zur Implementierung von Regionalen Gesundheitskonferenzen in drei bayerischen Modellregionen
Stühler K, Hollederer A, *Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Nürnberg*
- Regionale Gesundheitskonferenz Bamberg: Implementierungserfahrungen aus der Sicht einer Modellregion
Strauch W, *Landratsamt, Bamberg*
- Gesundheitskonferenzen und regionale Steuerungsgruppen als Instrumente für eine koordinierte und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung
Richter B, Altgeld T, Brandes S, *Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover*
- Gesundheitskonferenzen und Kapazitätsentwicklung: Positive und negative Einflussfaktoren
Michelsen K, Brand H, *Maastricht University, Maastricht*

3) *Gesundheitskonferenzen als Handlungsansatz für die Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung*

Stühler K

36. Öffentliche Sitzung des EuRegio-Rates der EuRegio Salzburg - Berchtesgadener Land - Traunstein; 06.11.2014.

9.3 *Internetauftritt*

Das Modellprojekt der Regionalen Gesundheitskonferenzen bekam einen eigenen Internetauftritt auf der Homepage des LGL

(www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitskonferenzen), in dem das Konzept dargestellt wird, die Ansprechpartner der Modellregionen aufgeführt sind und weitere Informationen rund um das Modellprojekt zur Verfügung stehen.

10. Danksagung

An dieser Stelle bedanken sich die Autoren dieses Projektberichts ganz herzlich bei allen am Modellprojekt Beteiligten für die intensive, konstruktive und angenehme Zusammenarbeit, vor allem bei den Vorsitzenden, Herrn Landrat a.D. Günther Denzler, Herrn Landrat Johann Kalb, Herrn Landrat a.D. Hermann Steinmaßl und Herrn Landrat Gerhard Wägemann, sowie den Geschäftsstellenleitern der drei Regionalen Gesundheitskonferenzen, Herrn Dr. Martin Diruf, Herrn Hans Zott, Frau Anja Eberl und Frau Nina Silbereisen. Ein besonderer Dank geht an Herrn Timo Deiters für die Erstellung der Karten in den Abbildungen 1 und 5. Der Dank gilt auch den Mitarbeitern des StMGP, Herrn LMR Albert Eicher und Herrn Dr. Florian Pfister, für die sehr gute Kooperation.

11. Literatur

- (1) Bayerischer Landtag. Drucksache 16/8133 vom 29.03.2011. Beschluss des Bayerischen Landtags. Oberfranken als „Modellregion demografische Herausforderungen“. 2011.
- (2) Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). Gesundheitsreport 2/2014. http://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsreport_2014_02.pdf
- (3) Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.). Konzept Gesundheitsregionen^{plus}. Stand 22.01.2015. München: 2015. http://www.stmgp.bayern.de/wirtschaft/gesundheitsregionen/doc/konzept_gesundheitsregionen_plus.pdf
- (4) Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Schlussbericht Projekt: Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG). Berlin: Juni 2010.
- (5) Brand H, Michelsen K. Collaborative governance: the example of health conferences. In: McQueen DV, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M (Ed.). Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2012: 165-184.
- (6) Brandes S, Bregulla I, Altgeld T. Zukunftsregionen Gesundheit. Kommunale Gesundheitslandschaften. Bericht zur Abschlussevaluation. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover: 2014.
- (7) Bortz J, Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3. Aufl. Heidelberg: Springer Verlag; 2002.
- (8) Dudenverlag. Duden online. Suchergebnisse „conferre“. Im Internet: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/conferre>; Stand: 08.04.2015.
- (9) Graber E, Wildner M. Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Berlin: 2011.
- (10) Holleder A. Gesundheitskonferenzen in Europa: eine Einführung. Gesundheitswesen 2014; 76: 556-557.
- (11) Holleder A. Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. Gesundheitswesen 2015; 77: 161-167.

- (12) Holleederer A, Braun GE, Dahlhoff G et al. Memorandum „Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgungsforschung in Bayern aus Sicht der LAGeV“. Gesundheitswesen 2015a; 77: 180-185. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1389915.pdf>
- (13) Holleederer A, Voigtländer S, Wildner W et al. Stand und Potenziale der Versorgungsforschung: Die Perspektive der Akteure in Bayern. Gesundheitswesen 2015b; 77: 186-192. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1367030.pdf>
- (14) Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. Kommunale Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen – Eine Erfolgsgeschichte? Standpunkt Berufspolitik 2009; 14-15.
- (15) Knesebeck O, Badura B, Zamora P, Weihrauch B, Wersé W, Siegrist J. Evaluation einer gesundheitspolitischen Intervention auf kommunaler Ebene – Das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitswesen 2001; 63: 35-41.
- (16) Knesebeck O, Joksimovic L, Badura B, Siegrist J. Evaluation of a community-level policy intervention. Health Policy 2002; 61: 111-122.
- (17) Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten. BKK Gesundheitsreport 2014. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2014.
- (18) Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hrsg. Zukunftsregionen Gesundheit. Kommunale Gesundheitslandschaften. Abschlussbericht 2014. Hannover: 2014.
- (19) McQueen DV, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M (Ed.). Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- (20) Meier B. Gesundheitskonferenzen – Instrumente der Kooperation zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Gesundheitswesen 1995; 57: 645-51.
- (21) Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW, Hrsg. Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu einem Modellvorhaben. Düsseldorf: 2000.

- (22) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Bonn: 2007
- (23) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Bonn: 2009
- (24) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn: 2014
- (25) Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986). Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa 1986. In Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg.). Dokumente zur Gesundheitsförderung. Mainz: Sabo-Verlag; 1993.
- (26) Wüstenbecker M. Kommunale Gesundheitskonferenzen im Urteil ärztlicher Delegierter. Westfälisches Ärzteblatt. 8/2003: 11.
- (27) Zamora P. Möglichkeiten, Grenzen und Perspektiven einer Optimierung der gesundheitlichen Versorgung durch Kommunalisierung von gesundheitsbezogenen Steuerungs- und Managementprozessen. Dissertation. Universität Bielefeld; 2002.

12. Tabellen und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Unterstützung der Gesundheitskonferenzen auf kommunaler bzw. regionaler Ebene durch die Bundesländer.....	13
Tabelle 2: Ausgewählte Strukturdaten und Versorgungsindikatoren der Modellregionen zu Projektbeginn	23
Tabelle 3: Strukturelle, prozessuale und ergebnisbezogene Merkmale der Evaluation	24
Tabelle 4: Strukturen der Regionalen Gesundheitskonferenzen	27
Abbildung 1: Verbreitungsgrad der Gesundheitskonferenzen in Deutschland (Stand 2014)	11
Abbildung 2: Projektplan für die Modellphase der Regionalen Gesundheitskonferenzen.....	17
Abbildung 3: Akteure in Gesundheitskonferenzen.....	19
Abbildung 4: Handlungszyklus einer Gesundheitskonferenz.....	20
Abbildung 5: Modellregionen der Regionalen Gesundheitskonferenzen in Bayern ..	21
Abbildung 6: Strukturen und Prozesse aus Sicht der Teilnehmer in den drei Modellregionen (4-stufige-Antwortskala)	30
Abbildung 7: Erfolgsparameter und Eignung der Gesundheitskonferenzen aus Sicht der Teilnehmer in den drei Modellregionen (4-stufige-Antwortskala).....	31
Abbildung 8: Globale Zufriedenheit der Akteure der Gesundheitskonferenzen in den drei Modellregionen (4-stufige-Antwortskala)	32
Abbildung 9: Zufriedenheit nach Akteursgruppen auf 4-stufiger-Antwortskala (Mittelwerte): „Mit dem bisherigen Verlauf der Regionalen Gesundheitskonferenz bin ich insgesamt zufrieden.“	33

Abbildung 10: Strukturen, Prozesse, Erfolg, Eignung und Zufriedenheit aus Sicht der Teilnehmer der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg auf 4-stufiger-Antwortskala (Mittelwerte)	40
Abbildung 11: Strukturen, Prozesse, Erfolg, Eignung und Zufriedenheit aus Sicht der Teilnehmer der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern auf 4-stufiger-Antwortskala (Mittelwerte)	50
Abbildung 12: Strukturen, Prozesse, Erfolg, Eignung und Zufriedenheit aus Sicht der Teilnehmer der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen auf 4-stufiger-Antwortskala (Mittelwerte)	64

13. Anhang

Anhang 1: Muster-Geschäftsordnung einer Regionalen Gesundheitskonferenz

Anhang 2: Titelblatt Evaluationsbogen Teilnehmerbefragung

Anhang 3: Bedarfsermittlung in der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg

Anhang 4: Logo und Homepage der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg

Anhang 5: Bedarfsermittlung in der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern – Befragung der Bürgermeister

Anhang 6: Bedarfsermittlung in der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen

Anhang 7: Resolution der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern

Anhang 8: Flyer Fachliche Leitstelle Gesundheitsregionen^{plus}

Anhang 1: Muster-Geschäftsordnung einer Regionalen Gesundheitskonferenz

„Muster – Geschäftsordnung“

Regionale Gesundheitskonferenz „Name Gebietskörperschaft“ (RGK)

Präambel

Die Regionale Gesundheitskonferenz ist ein Instrument, das als Plattform für Austausch, Koordination, Kooperation, Management und Steuerung der Akteure der Gesundheitsversorgung in der Region XY dient. Sie bietet eine Struktur, um größere Verantwortung für die Planung und Gestaltung des Gesundheitswesens in der Region wahrzunehmen.

Die Regionale Gesundheitskonferenz der Region XY beruht auf den Grundsätzen der Freiwilligkeit und der Selbstverpflichtung. Die Eigenständigkeit der Mitglieder bleibt unberührt.

§ 1 Ziele und Aufgaben

(1) Das Ziel der Regionalen Gesundheitskonferenz ist generell die Optimierung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung. Die Regionale Gesundheitskonferenz zielt auf die Identifikation von etwaigem lokalen Versorgungsbedarf, drohender Unterversorgung und Qualitätsdefiziten in der Gesundheitsversorgung, sowie auf die Erschließung von Synergieeffekten durch Vernetzung und auf die Intensivierung der Kooperation der regionalen Akteure im Gesundheitswesen.

Die Regionalen Gesundheitskonferenzen tragen dazu bei, die vorhandenen Angebote besser auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abzustimmen. Sie dienen auch dem Transfer zwischen Land und Kommunen als Frühwarnsystem bei Entwicklungen von Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Sie fördern darüber hinaus zwischen den Kommunen die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

(2) Als fachlich kompetentes Gremium berät sie gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf regionaler Ebene und entwickelt Verbesserungsvorschläge für die Region. Je nach Art des behandelten Prob-

lems und der Arbeitszusammenhänge hat die Regionale Gesundheitskonferenz ein breites Spektrum an Arbeits- und Ergebnisformen zur Verfügung:

- Entschlüsseungen zu regional prioritären Versorgungsthemen
- Handlungsempfehlungen
- Stellungnahmen für die regionale Bedarfsplanung
- Formulierung von Regionalen Gesundheitszielen
- Kooperationsprojekte oder gemeinsame Maßnahmen
- Evaluationen und Verlaufsbeobachtungen von Projekten oder Maßnahmen
- Informationsvermittlung und Fachveranstaltungen etc.

§ 2 Mitgliedschaft

(1) Die Regionale Gesundheitskonferenz setzt sich aus Vertretern von öffentlich-rechtlichen Institutionen der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsverwaltung, der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, aus Sozialversicherungsträgern sowie aus Vertretern weiterer gemeinnütziger Organisationen der Region zusammen².

(2) In der Regionalen Gesundheitskonferenz sind im Einzelnen vertreten³:

Kommunalpolitik und untere Gesundheitsbehörde

1. Oberbürgermeister bzw. Landrat
2. Leiter Gesundheitsamt

Repräsentanten der ambulanten und stationären Versorgung

3. Vorsitzender des ärztlichen Kreisverbandes
4. Regionalbeauftragter Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
5. Regionalbeauftragter Bayerische Zahnärztekammer/Kreis Zahnärzteschaft, Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
6. Vertreter Apothekerkammer
7. Vertreter Psychotherapeutenkammer

² Eine Obergrenze von ca. 30 Mitgliedern ist empfehlenswert

³ Bitte nicht Zutreffendes streichen

8. Vertreter Heilberufe (anlassbezogen Pflege, Hebammen, Ergo-
/Physiotherapie, Logopädie)

9. Vertreter Bayerische Krankenhausgesellschaft

Sozialversicherungsträger

10. Gesetzliche Krankenkasse

Vertreter von Arbeitsgemeinschaften

11. Patientenvertreter und gesundheitsbezogene Selbsthilfe

Weitere Mitglieder

(3) An der Regionalen Gesundheitskonferenz nimmt jeweils ein von den teilnehmenden Institutionen und Einrichtungen ernannter Vertreter bzw. dessen Stellvertreter teil.

(4) Jedes Mitglied hat eine Stimme. Im Falle einer Verhinderung geht das Stimmrecht auf den Stellvertreter über.

(5) Zusätzlich zu den festen Mitgliedern können themenbezogenen Experten ohne Stimmrecht zeitweilig hinzugezogen werden.

(6) Neue Mitglieder können mit einer 2/3 Mehrheit vorgeschlagen und aufgenommen werden.

§ 3 Vorsitz und Geschäftsführung

(1) Den Vorsitz der Regionalen Gesundheitskonferenz führt der Oberbürgermeister/Landrat. Der Vorsitzende leitet die Sitzungen.

(2) Die Geschäftsführung der Regionalen Gesundheitskonferenz und ihrer Arbeitsgruppen obliegt der Geschäftsstelle der Regionalen Gesundheitskonferenz, die bei der unteren Gesundheitsbehörde eingerichtet ist.

§ 4 Geschäftsstelle

(1) Die Geschäftsstelle vertritt die Regionale Gesundheitskonferenz nach außen. Sie koordiniert und unterstützt die Arbeit der Regionalen Gesundheitskonferenz durch Organisation, Vor- und Nachbereitung der Sitzungen, sowie durch Organisation und inhaltliche Begleitung der Arbeitsgruppen.

- (2) Die Geschäftsstelle gilt als Ansprechpartner für alle Mitglieder und als Koordinierungsstelle zwischen der Regionalen Gesundheitskonferenz und ihren Arbeitskreisen. Dies beinhaltet u.a. die Zusammenführung von Informationen und deren Weitergabe sowie die Öffentlichkeitsarbeit.
- (3) Die Geschäftsstelle stellt den Kontakt zu anderen Netzwerken und Landesgremien her. Sie bringt ggf. Stellungnahmen und Beschlüsse in zuständige Landesgremien wie nach §90a SGB V ein.
- (4) Die Geschäftsstelle steht im Austausch mit dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL).

§ 5 Sitzungen

- (1) Die Sitzungen der Regionalen Gesundheitskonferenz sollen mindestens einmal jährlich stattfinden.
- (2) Die Regionale Gesundheitskonferenz wird mindestens 28 Tage vor Sitzungstermin schriftlich durch die Geschäftsstelle einberufen. Ein nächster Termin kann auch jeweils in der stattfindenden Sitzung vereinbart werden. Einladungen mit Tagesordnung und ggf. weiteren Beratungsunterlagen erfolgen spätestens 14 Tage vor der Konferenz durch die Geschäftsstelle.
- (3) Vorschläge zur Tagesordnung müssen spätestens 21 Tage vor dem Sitzungstermin bei der Geschäftsstelle eingegangen sein. Die Regionale Gesundheitskonferenz behält sich vor, die Tagesordnung zu Beginn der Sitzung zu genehmigen bzw. zu verändern.
- (4) Im Falle einer Verhinderung benachrichtigen die Teilnehmer rechtzeitig ihre Stellvertreter sowie die Geschäftsstelle.
- (5) Die Regionale Gesundheitskonferenz ist nicht öffentlich. Über Ausnahmen entscheidet die Regionale Gesundheitskonferenz.
- (6) Über die Sitzungen werden Protokolle angefertigt und anschließend von der Geschäftsstelle an alle Mitglieder versandt.

§ 6 Beschlussfähigkeit und Abstimmung

- (1) Die Regionale Gesundheitskonferenz ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder anwesend ist.
- (2) Jedes anwesende Mitglied hat eine Stimme.
- (3) Entscheidungen, Stellungnahmen sowie Handlungsempfehlungen bedürfen der 2/3 Mehrheit der anwesenden Mitglieder und gleichzeitig dem Einvernehmen aller Mitglieder, die eine Institution vertreten, welche von der Umsetzung betroffen ist.

§ 7 Selbstverpflichtung

Die Teilnehmer unterstützen die Arbeit der Regionalen Gesundheitskonferenz und verpflichten sich, im Rahmen ihrer Kompetenzen und Zuständigkeiten auf die Umsetzung verabschiedeter Handlungsempfehlungen hinzuwirken und im Rahmen ihrer Institution alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu nutzen. Sie verpflichten sich zusätzlich, die Ergebnisse der Regionalen Gesundheitskonferenz zeitnah in Ihre eigene Institution zu tragen.

Ein Aufwendersatz für Reisekosten und die für die Regionale Gesundheitskonferenz eingebrachte Arbeitszeit findet nicht statt, vielmehr trägt jedes Mitglied seine angefallenen Kosten selbst.

§ 8 Arbeitsgruppen

- (1) Die Regionale Gesundheitskonferenz kann nach Bedarf Arbeitsgruppen für die Bearbeitung der gewählten Themen bilden. Die Mitglieder sind die für den Themenbereich Zuständigen und werden auf der Regionalen Gesundheitskonferenz festgelegt. Es können zusätzlich externe Fachleute hinzugezogen werden.
- (2) Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wählen mit einfacher Mehrheit einen Arbeitsgruppenleiter, welcher auch der Sprecher der Arbeitsgruppe ist, die Ergebnisse in der Regionalen Gesundheitskonferenz vorträgt und im regelmäßigen Austausch mit der Geschäftsstelle steht.

- (3) Innerhalb der Arbeitsgruppe sollen Programme bzw. Handlungsempfehlungen zu den jeweiligen Problemstellungen entwickelt werden. Über die Sitzungen werden Protokolle angefertigt. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen werden auf der Regionalen Gesundheitskonferenz vorgestellt und beraten.

§ 9 Änderung der Geschäftsordnung

- (1) Änderungen der Geschäftsordnung können von jedem ständigen Mitglied eingebracht werden.
- (2) Änderungen der Geschäftsordnung bedürfen einer 2/3 Mehrheit.

§ 10 Inkrafttreten

Die Geschäftsordnung tritt mit Beschlussfassung der Regionalen Gesundheitskonferenz in Kraft.

Anhang 2: Titelblatt Evaluationsbogen Teilnehmerbefragung

107/2014

Fragebogen für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Regionalen Gesundheitskonferenzen in Bayern

Rückgabe an:

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und
Lebensmittelsicherheit (LGL)
z.H. Frau Karina Stühler
Schweinauer Hauptstr. 80
90441 Nürnberg

Dieser Fragebogen richtet sich an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Regionalen Gesundheitskonferenzen. Ihre Meinung ist uns wichtig! Sie dient der Evaluation der Modellphase und der Weiterentwicklung des Konzepts der Regionalen Gesundheitskonferenz für das Land Bayern. Die Aussagekraft der Ergebnisse hängt wesentlich von der Mitarbeit aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab. Wir würden uns daher freuen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und den Fragebogen ausfüllen. Die Beantwortung der Fragen erfordert ca. 5-10 Minuten. Die Befragung ist anonym und die Ergebnisse werden später nach Gruppen ausgewiesen. **Vielen Dank!**

Ausfüllhinweise

Beantworten Sie bitte alle Fragen und kreuzen Sie bei jeder Frage nur eine Antwortmöglichkeit an. Die Fragen beziehen sich auf Ihren Gesamteindruck aller Sitzungen der Regionalen Gesundheitskonferenz, an denen Sie teilgenommen haben. Sollten Sie zwischen zwei Antwortalternativen schwanken, so entscheiden Sie sich bitte für diejenige, die Ihres Erachtens am ehesten zutrifft. Bitte setzen Sie das Kreuz in das zutreffende Kästchen (☒).

Welcher Akteursgruppe gehören Sie (am ehesten) an:

- Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung
- Sozialversicherungsträger
- Vorsitz / Moderation / Geschäftsstelle
- Kommunalpolitik / Untere Gesundheitsbehörde
- Sonstige

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL),
Sachgebiet Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemanalyse (GE 6),
Schweinauer Hauptstr. 80, 90441 Nürnberg; Tel: 09131 6808 2917, Fax: 09131 6808 2905
karina.stuehler@lgl.bayern.de

Anhang 3: Bedarfsermittlung in der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg

Folgende Inhalte zur schriftlichen Befragung der Mitglieder der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg sind dem Projektendbericht des Geschäftsstellenleiters entnommen.

Ergebnisse Versorgungsbedarf

Im Rahmen des mehrstufigen Verfahrens zur Festlegung der „Fokusthemen Bedarfsanalyse“ durch die Mitglieder der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg wurden unter Berücksichtigung des Auftrags der Regionalen Gesundheitskonferenz innerhalb der Geschäftsstelle eine Liste möglicher Themen erarbeitet und eine erste Klärung von Überschneidungen durch andere Projekte (z. B. Pflege, Prävention) durchgeführt. Über eine schriftliche Befragung wurden mögliche Themenschwerpunkte bei den Mitgliedern der Gesundheitskonferenz eingeholt und alle Rückmeldungen ausgewertet. Die Mitglieder erhielten die Aufgabe einer Gewichtung der in eine strukturierte Form gebrachten Themenschwerpunkte nach Dringlichkeit und Relevanz.

Es wurden alle 19 Mitglieder angeschrieben, woraufhin 15 Rückmeldungen (79%) eingingen. Es erfolgte eine Korrektur von invertierten Wertungen, die Verwechslung konnte telefonisch geklärt werden. Folgende drei Hauptthemen wurden gewählt: „Hausärztliche Versorgung“ (Score* 30/31), „Fachärztliche Versorgung“ (Score 42/44) und „Notfallversorgung“ (Score 51/42). (*Anm.: Der Score errechnet sich aus der Summe der jeweiligen Rangfolge - je kleiner der Wert, desto höher die Wichtigkeit / Relevanz, s. auch Abbildung 003).

Zu den Ergebnissen („Hausärztliche Versorgung“, „Fachärztliche Versorgung“ und „Notfallversorgung“) wurde um eine Rückmeldung mit persönlichen Einschätzungen über Bedarf, Hintergründen und Erklärungsmodellen der Diskrepanz zwischen „tatsächlichem“ und „gefühltem“ Bedarf gebeten.

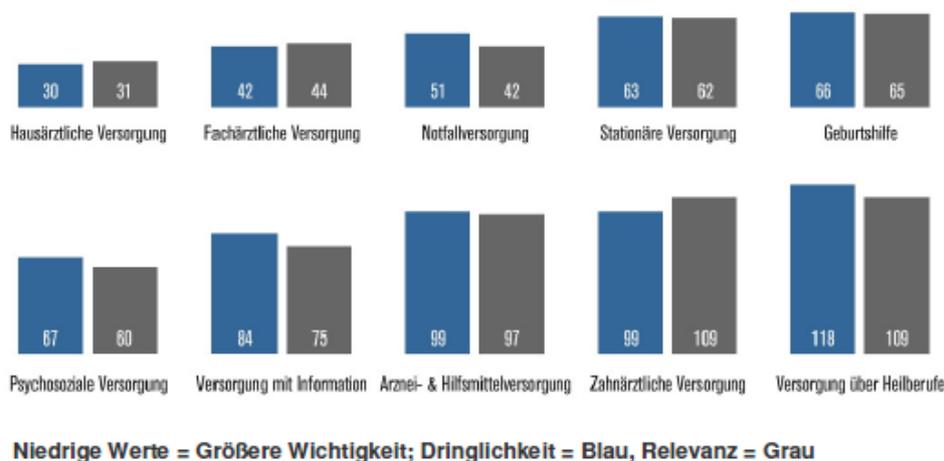


Abbildung 003: Auswertung „Themen Bedarfsanalyse“

Es wurden alle 19 Mitglieder angeschrieben, woraufhin 11 Rückmeldungen (58%) eingingen. Dabei wurde die hausärztliche Versorgung als derzeit grundsätzlich noch gut eingeschätzt. Es ergeben sich zum heutigen Zeitpunkt lediglich regional Probleme (z. B. Burgwindheim). Teilweise wurden weite Wege zum Arzt moniert. Zum Ausdruck gebracht wurde die Sorge um die künftige Versorgung durch altersbedingtes Ausscheiden – auch hier teils mit konkretem regionalem Bezug (z. B. Ebrach). Für die künftige Entwicklung müssen auch veränderte Lebensentwürfe der kommenden Ärztegeneration Berücksichtigung finden. So seien Praxisnachfolger künftig teilweise nur noch in Teilzeit tätig oder die „Landärztliche Einzelpraxis“ wird als Auslaufmodell wahrgenommen. Gerade für den älteren, wenig mobilen Patienten sei das abnehmende Angebot an Hausbesuchen problematisch. Auch habe sich das Anspruchsniveau der Patienten gewandelt, so ergebe sich besonders ein gefühlter Bedarf zu „ungünstigen Zeiten“ (Wochenende oder außerhalb typischer Sprechzeiten). Nicht unterschätzt werden dürften Unterschiede in der „gefühlten“ Behandlungsqualität zwischen den Praxen: durch die ungleichmäßige Patientenverteilung ergeben sich lange Wartezeiten bei „beliebten Ärzten“, wo hingegen die Statistik eine ausreichende Versorgung zeige.

Bei der fachärztlichen Versorgung wurden im Allgemeinen lange Wartezeiten beklagt. Im Speziellen betrafen einige Rückmeldungen eine konkrete regionale Unterversorgung (z. B. Östlicher Landkreis: Frauen-, Augen- und Kinderarzt). Auch

werden Probleme bei der ambulanten fachärztlichen Notfallversorgung (z. B. HNO, MKG, Dermatologie, Neurologie und Radiologie) benannt. Neben der in Vorgesprächen oft als schwierig beschriebenen Sicherstellung der allgemeinärztlichen Behandlung von Heimbewohnern wurde bei einer Rückmeldung auch insbesondere auf einen Mangel bei der neurologischen Versorgung verwiesen.

In Bezug auf die Notfall-Versorgung befasst sich mehrere Rückmeldungen mit der Notwendigkeit einer Unterscheidung von „echten“ und „gefühlten Notfällen“. Ähnlich der hausärztlichen Versorgung stand hier die Angst vor langen Wegen (insbesondere bei älteren, wenig mobile Patienten) im Vordergrund.

Anhand von Berechnungen der Geschäftsstelle aus öffentlich zugänglichem statistischem Datenmaterial und aktuellen Informationen des ärztlichen Kreisverbands Bambergs wurde die häufig von der KV propagierte Überversorgung im Raum Bamberg in Frage gestellt. So besteht nach KV Angaben bundesweit eine sog. „Verhältniszahl für alle Planungsbereiche“ von „ein Hausarzt je 1.671 Einwohner“. Diese Verhältniszahl kann sich durch bestimmte Faktoren (wie z. B. demographische Verteilung) ändern. Die angepasste Verhältniszahl liegt für den Mittelbereich Bamberg bei 1.712. Legt man die 113 aktiv im hausärztlichen Bereich tätigen Kollegen und 214.600 Einwohner zu Grunde, so ergibt sich eine Verhältniszahl von 1:1.900, woraus sich auf eine real existierende Unterversorgung schließen lässt. Es wurde die Bevölkerungsdichte in den einzelnen Gemeinden analysiert, die Hausarzt-dichte und daraus resultierend eine sog. Heat-Map erstellt, welche die tatsächlichen Praxisadressen auf der Landkarte zeigt. Anhand dieser Grafik werden nochmals die schwach versorgten Gebiete deutlich. Die örtliche Ungleichverteilung wurde von der Geschäftsstelle wie auch von den Teilnehmern als „erstes Problem“ bezeichnet. Als „zweites Problem“ wurde die zu erwartende Entwicklung in naher Zukunft benannt und illustriert. 2004 betrug das Durchschnittsalter der Hausärzte im Raum 53 Jahre. Laut KVB Versorgungsatlas betrug der Anteil an Kollegen über 60 Jahre 2010 25,9%; der bayernweite Wert liegt bei 23%. Eine nicht weiter besetzte Praxis in der Stadt würde für die darin versorgten Patienten einen „gefühlten Bedarf“ auslösen, wird die einzige Praxis in einem weiten Landstrich nicht weiter geführt, entsteht eine deutliche Versorgungslücke.

Anhang 4: Logo und Homepage der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg

Logo:



Homepage: www.gesundheitskonferenz-bamberg.de

Impressum | Kontakt | Datenschutz

(rgb) regionale gesundheitskonferenz bamberg

startseite news über die (rgb) geschäftsstelle mitglieder downloads kontakt

neigkeiten

Pressemittteilung 02.07.14 08:00
"Die Regionale Gesundheitskonferenz Bamberg (rgb) nimmt ihre Arbeit auf"

2. Sitzung der (rgb) 27.05.14 19:00
Die zweite Sitzung der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg fand am 27.05.2014 statt.

1. Sitzung der (rgb) 09.12.13 19:00
Am 9.12.2013 fand die erste Sitzung der (rgb) im Landratsamt Bamberg statt. Unter Leitung von Herrn...

willkommen

Willkommen auf den Internetseiten der Regionalen Gesundheitskonferenz Bamberg, kurz "(rgb)".

Mitte 2013 wurden vom Bayerischen Gesundheitsministerium drei Regionen ausgewählt, versuchsweise so genannte „Regionale Gesundheitskonferenzen“ einzurichten. Eine dieser Modellregionen sind Stadt und Landkreis Bamberg. Die Regionale Gesundheitskonferenz Bamberg (rgb) hat die Aufgabe, Probleme in der gesundheitlichen Versorgung zu erkennen, zu analysieren und Projekte zur Verbesserung der Situation anzustoßen. Als beratendes Gremium versteht sie sich als Ideengeberin für die verschiedenen Berufsgruppen des Gesundheitswesens, Politik und Verwaltung.

„Wichtig für das Funktionieren der Konferenz ist, dass wir möglichst viele unterschiedliche Berufsgruppen aus den Gesundheitsbereichen der Region an einem Tisch haben.“ meint Dr. Martin Diruf, Ansprechpartner der beim Landratsamt Bamberg angesiedelten (rgb)-Geschäftsstelle. „So profitieren wir zum einen von dem enormen Erfahrungsschatz der einzelnen Mitglieder, zum anderen werden die Beschlüsse der Konferenz gemeinsam getragen. Dies ist dann besonders für die Umsetzung späterer Projekte wichtig.“

Aufgaben der (rgb)

Hauptaufgabe der (rgb) ist die Ermittlung des Versorgungsbedarfs. Dabei steht aber nicht die Erhebung von statistischen Zahlen im Vordergrund, vielmehr sollen konkrete Probleme im Alltag angegangen werden. Ein wichtiges Beispiel ist die Versorgung durch Hausärzte im ländlichen Raum: Da in vielen Statistiken Stadt und Landkreis Bamberg zusammengefasst betrachtet werden, ergibt sich auf dem Papier eine leichte Überversorgung. Während die Stadt Bamberg tatsächlich noch über vergleichsweise viele aktive Hausärzte verfügt, muss man in manchen Landkreismunicipalitäten inzwischen schon lange Wege auf sich nehmen, um einen Hausarzt zu erreichen. Wenn nun nur ein einziger dieser Landärzte altersbedingt in Ruhestand geht und sich kein Nachfolger für seine Praxis findet, steht die betreffende Gemeinde vor einem echten Problem.

Natürlich benennt das genannte Beispiel keine gänzlich neue Entwicklung. Zahlreiche Versuche wurden schon unternommen, um hier Lösungen zu finden. Neu ist jedoch, dass sich Vertreter und Vertreterinnen aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens, wie Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker, Kliniken, Heilberufe und Patienten, gemeinsam an einen Tisch setzen und ihren jeweils eigenen Blickwinkel mit einbringen. So wird es möglich, ausgetretene Pfade zu verlassen und neue, kreative Ideen zu diskutieren.

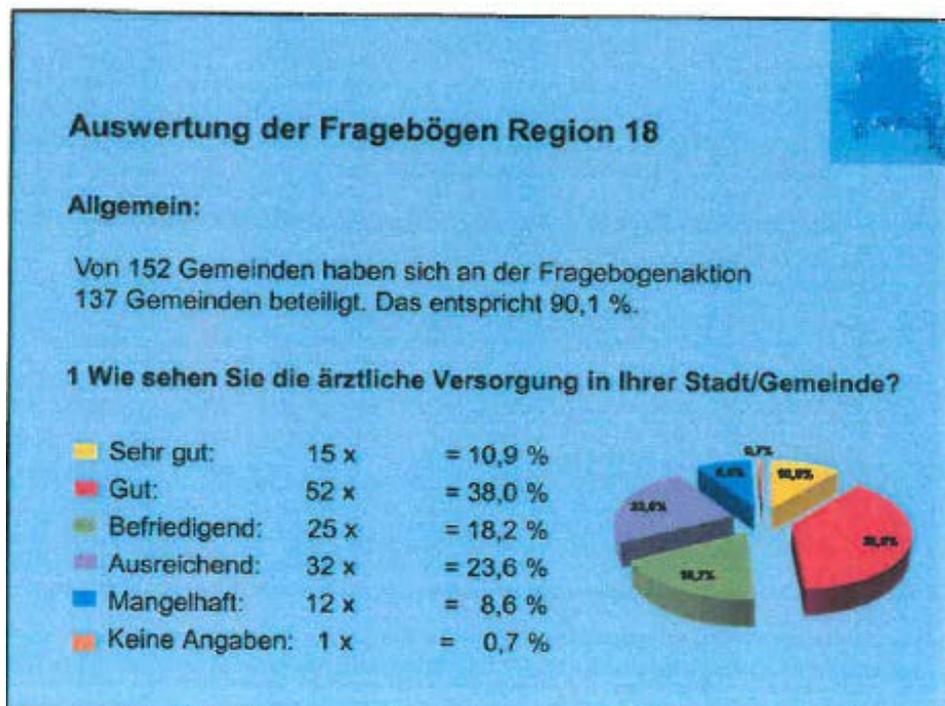
Gefördert durch:
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

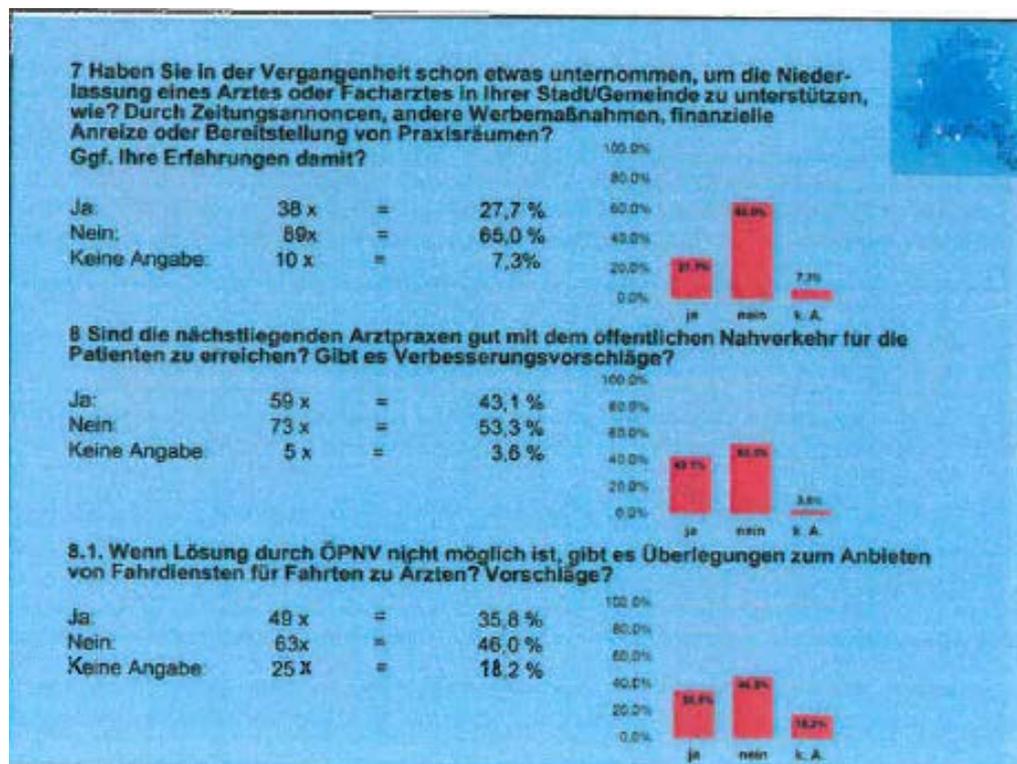
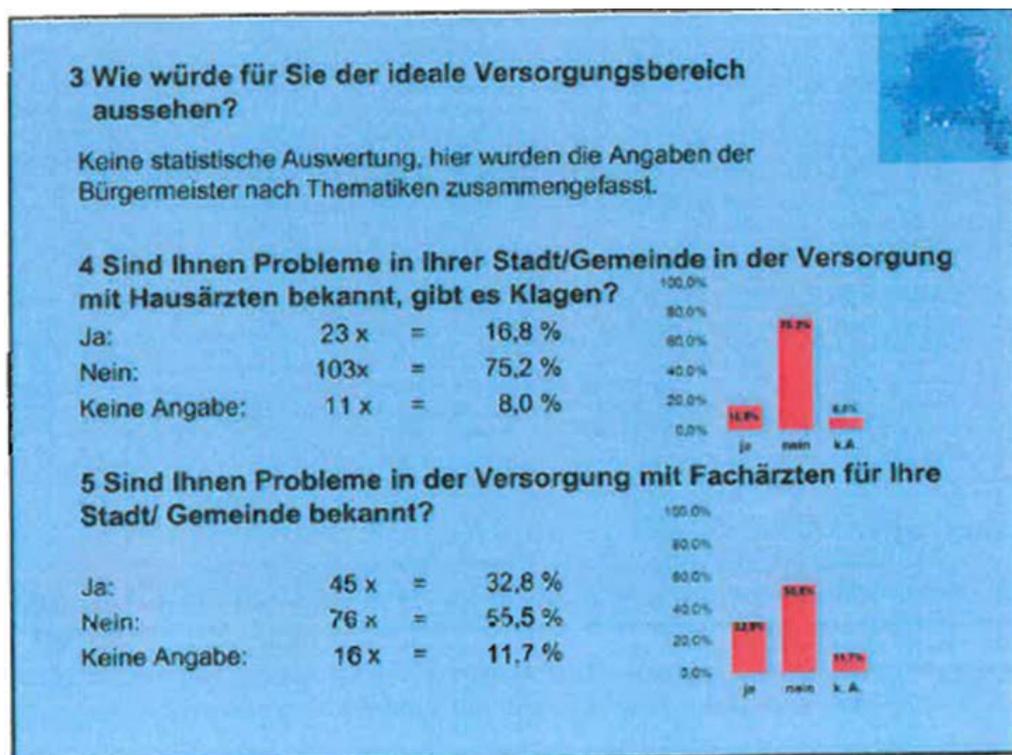
Projektbetreuung und Evaluation durch:
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

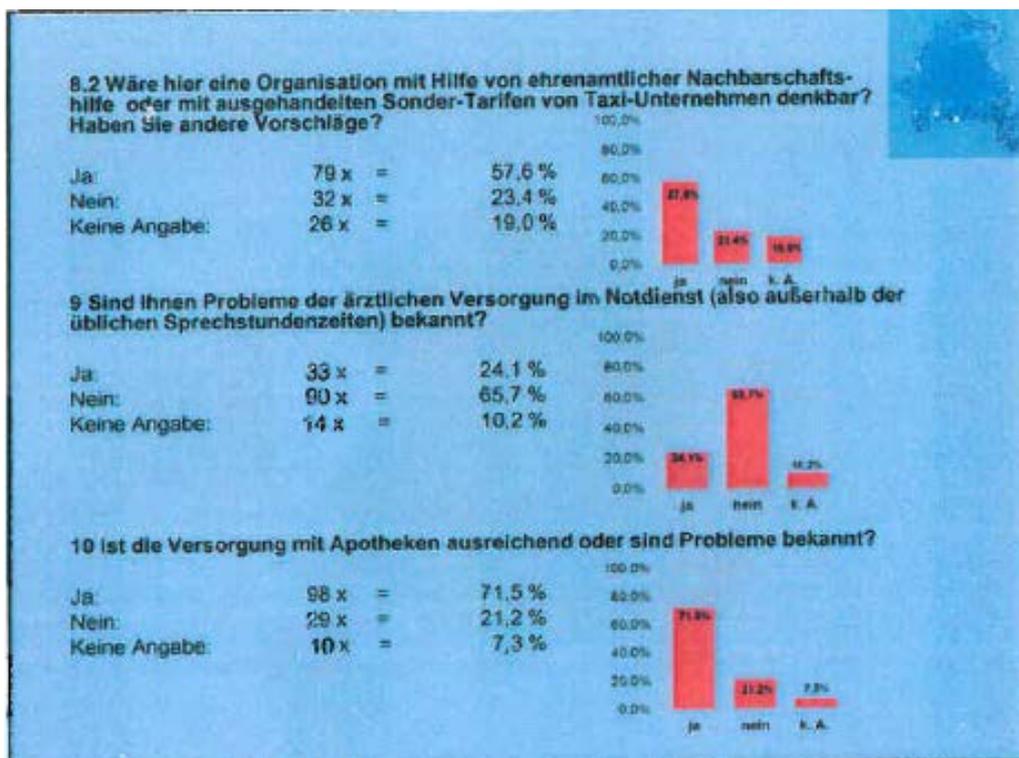
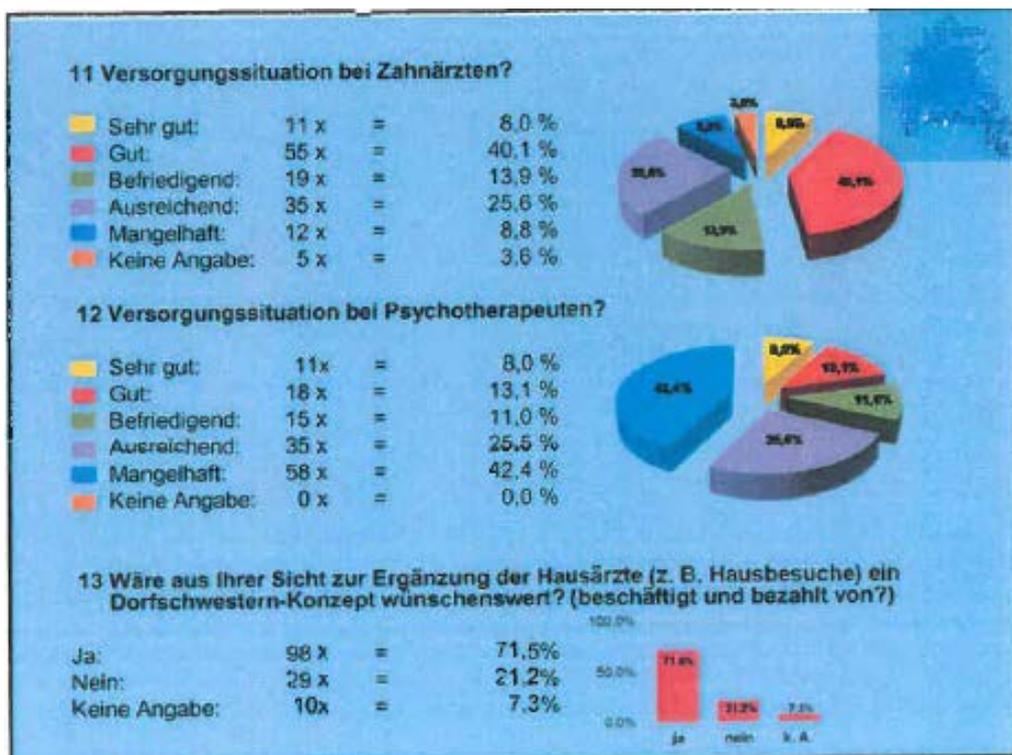
regionale gesundheitskonferenz bamberg
c/o HD/med. medical IT / BodyMe! ocean GBR
Hauptstr. 28
96047 Bamberg

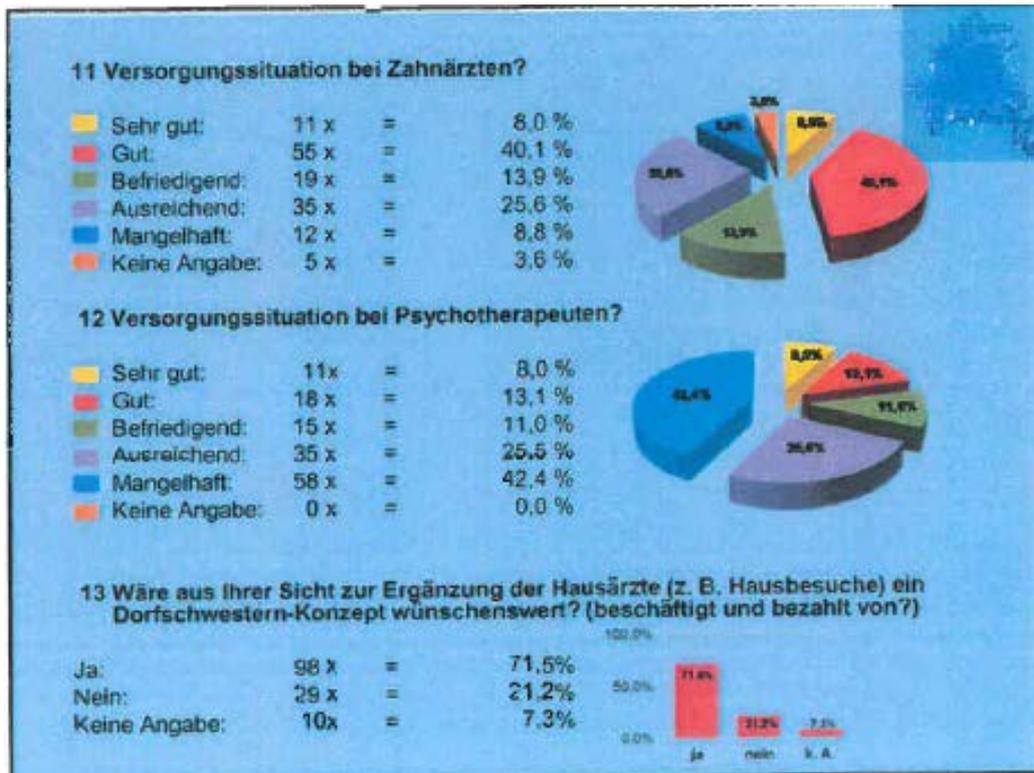
*Anhang 5: Bedarfsermittlung in der Regionalen Gesundheitskonferenz
Südostoberbayern – Befragung der Bürgermeister*

Ausgewählte Ergebnisse aus der Befragung der Bürgermeister der Region 18, die der Geschäftsstellenleiter in der zweiten Sitzung der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern den Teilnehmern präsentierte.









Anhang 6: Bedarfsermittlung in der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen

Ergebnisse der Mitgliederbefragung zur Themenpriorisierung und dazugehörige Begründungen, welche von der Geschäftsstellenleitung in der ersten Sitzung der Regionalen Gesundheitskonferenz Weißenburg-Gunzenhausen vorgestellt wurden.

Rangfolge	Thema	Begründung
1.	Medizinische Versorgungsdefizite oder drohender Ärztemangel	a) Nachfolge von Apotheken unsicher b) Praxisnachfolge in vielen Fällen nicht gesichert c) keine Zeit für Patientengespräche d) fehlende Haus- und Fachärzte e) kaum Hausbesuche möglich f) lange Wartezeiten
2.	Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung	a) Kommunikation verbessern b) Anschlussversorgung ungenügend
3.	Kooperation der Gesundheitsberufe	a) Kinderärzte in Bereitschaftsdienst einbeziehen b) Ärztenetzwerk (Herr Hopp) wieder aktivieren c) mehr Kooperation der Ausbildungsstätten d) seit vielen Jahren schwierig e) Schnittstellen vernetzen
3.	Patienteninformation, Patientenorientierung	a) Infoportal: wer macht was? b) Zeit fehlt für Patientengespräch c) Beratungsstellen bieten genügend Angebote
4.	Palliativversorgung und Hospizwesen	a) Palliativversorgung ab 1.4.2014 durch Klinik gesichert b) Hospizbetten fehlen c) Förderung der stationären und ambulanten Palliativversorgung notwendig
5.	Medizinisch-Soziale Versorgung älterer Menschen	a) bessere Transparenz der Hilfeleistungen b) Kosten- und Zeitdruck bei Pflegepersonal abbauen c) Zeit für Menschlichkeit schaffen d) alternative Wohnformen schaffen e) Seniorenbörse, Nachbarschaftshilfe

		<p>f) wenig Pflegekooperation zwischen den „alten“ Landkreisen</p> <p>g) mehr ehrenamtliche Helfer in der Betreuung</p>
6.	Kinder- und Jugendgesundheit	<p>a) Kinderpsychologen und -orthopäden anwerben</p> <p>b) Ernährungs- und Bewegungsangebote ausweiten</p> <p>c) Angebote für Eltern ausdehnen</p> <p>d) chronische Erkrankungen beginnen immer früher (Psyche, Übergewicht, Diabetes)</p>
6.	Selbsthilfe	<p>a) mehr Kooperation</p> <p>b) mehr Angebote für ADHS-Kinder, für Essgestörte</p> <p>c) zu wenig Gesundheitspräventions-Angebote</p> <p>d) mehr Stärkung der Selbsthilfe</p>

Anhang 7: Resolution der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern

Resolution der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern

Präambel

Die Region Südostoberbayern ist mit knapp 800 000 Einwohnern und etwa 5 000 km² nach den Regionen München und Nürnberg die größte Region mit ländlichen Räumen und zentralen Städten. Durch ihre Randlage in Bayern ist eine eigenständige, flächendeckende medizinische Versorgung für die Bevölkerung von größter Bedeutung.

Dem Verfassungsrang für gleichwertige Lebensverhältnisse und Arbeitsbedingungen in ganz Bayern, in Stadt und Land, wird man nur gerecht, wenn auch eine nachhaltige Sicherung der medizinischen Versorgung in allen Teilen unserer Region erfolgt.

Der Regionale Planungsverband Südostoberbayern widmet sich im Rahmen der „Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern“ umfassend der medizinischen Versorgung. Dabei soll das Wohl der Bürger als Patienten im Focus der Bemühungen stehen.

In diesem Zusammenhang haben die Kliniken in der Region Südostoberbayern eine herausragende Bedeutung für die Versorgung des ländlichen Raums:

- Sie gewährleisten eine hochwertige Akutversorgung.
- Sie halten die Notfallbereitschaft vor; sind 24 Stunden an 365 Tagen verfügbar.
- Sie stehen für die Ausbildung des medizinischen Personals zur Verfügung.

Mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege hat der Verband die Initiative ergriffen und sich schwerpunktmäßig mit der ambulanten ärztlichen Versorgung und ihrer Probleme beschäftigt, wobei jedoch die gesamte Versorgung, ambulant wie stationär, betrachtet wurde. Dabei sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Sicherung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung vor allem im ländlichen Raum
- Verhinderung einer Konzentration von medizinischer Versorgung in den Zentren, zu Lasten des ländlichen Raumes
- Bedarfsgerechte, räumliche Verteilung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte durch eine entsprechende Versorgungsplanung.
- Stärkung der Kommunen bei der Verbesserung ihrer medizinischen Versorgung
- Kooperation von stationärer und fachärztlicher Strukturen mit den niedergelassenen Hausärzten
- Bessere Kommunikation / besserer Informationsfluss zwischen den Akteuren zu Gunsten der Patienten.

- Neuregelung des Not- / Bereitschaftsdienstes (ambulant/stationär/Bereitschaftspraxen)
- Mehr junge Ärztinnen und Ärzte sollen für die ambulante Versorgung von ländlichen Strukturen gewonnen werden.

In den Sitzungen und Arbeitsgruppenbesprechungen sowie in Gemeindebefragungen wurde herausgearbeitet, dass trotz des hochkomplexen Systems mit vielen Querverbindungen, vielfältigen Zuständigkeiten und sehr unterschiedlichen Interessenslagen, Möglichkeiten bestehen, die medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu sichern und zu verbessern. Die Ergebnisse haben exemplarischen Charakter und können auch auf andere Regionen in Bayern angewendet werden.

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern erlässt als Ergebnis der gemeinsamen Arbeit folgende Resolution:

I. Räumlicher Zuschnitt der Versorgungsbereiche

Um eine möglichst sinnvoll verteilte, hausärztliche Versorgung langfristig sicher zu stellen, sind die Versorgungsbereiche in ihrem Zuschnitt insbesondere mit den Kriterien Bevölkerungsdichte und Siedlungsstruktur, lokale Besonderheiten sowie die Topografie zu berücksichtigen und entsprechend kleinräumig zu gestalten.

Der Vorschlag zur räumlichen Neugestaltung der Versorgungsgebiete ist der beiliegenden Karte zu entnehmen.

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern fordert:

- die Vorschläge für die Bedarfsplanung zu übernehmen und zu berücksichtigen; außerdem
- wenn sich bereits ein Versorgungsmangel abzeichnet, sollte man niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte nach Kräften unterstützen und vorhandene Restriktionen entsprechend flexibel handhaben (siehe Anlage 2 „allgemeine Forderungen“).
- die Verhältniszahl (Arzt / Einwohner) regional flexibler und praxisorientierter zu handhaben.

II. Bereitschaftsdienst / Notdienst

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern appelliert

- an die KVB, mit den betroffenen Gemeinden und den Hausärzten die Dienstgebiete für sie neu zu regeln (z.B. auf Landkreisebene) und dabei regionale Besonderheiten zu beachten. Die bisherigen Dienstgebiete sind in der Fläche zu groß und die diensthabenden Ärzte dafür in der Regel zu wenig.
- Daher müssen diese Dienste für Ärztinnen und Ärzte attraktiver gestaltet und finanziell besser honoriert werden.
- an die Kommunen, einen entsprechenden Fahrdienst für diese Dienste anzubieten.
- an die Krankenhäuser und die KVB, die Versorgung der Bevölkerung im Notdienst durch Etablierung von Notfallpraxen an Kliniken zu sichern.

III. Koordination und Kooperation von ambulant und stationär

Künftig soll zugunsten einer fachlich orientierten Versorgung der Patienten eine noch bessere Vernetzung im Bereich der Schnittstelle ambulant / stationär angestrebt werden.

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern appelliert deshalb an

- die Krankenkassen und Krankenhausträger, eine ambulante Versorgung auch in stationären Einrichtungen bei bestimmten fachlichen Notwendigkeiten zuzulassen. Eine Kassenzulassung für stationäre Einrichtungen ist zu erwägen.
- die KVB, die „Konferenz Schnittstelle ambulant / stationär“ wieder zu beleben.
- alle beteiligten Seiten, die bisherige, starre Trennung zwischen stationär und ambulant aufzubrechen. Dies gilt vor allem für den Bereich der Finanzierung. In diesem Zusammenhang wird vorgeschlagen, Versorgungszentren an Krankenhäuser anzubinden.
- Für die Notfallversorgung braucht es einen Verbund der stationären und ambulanten Einrichtungen, die jeweils ausreichend finanziert sind.
- alle beteiligten Seiten, den Informationsaustausch zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich zu verbessern. (z.B. können digitale Technologien wie standardisierte Emails verwendet werden)
- alle beteiligten Seiten, die Organisation und Trägerschaft dieser neuen Einrichtungen systemübergreifend und lösungsorientiert zu diskutieren und zu realisieren.
- Die stärkere Einbindung der Facharztpraxen in die Notfall- und Bereitschaftsdienste ist zu prüfen.

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern appelliert deshalb insbesondere an den Gesetzgeber, die Kliniken, die Bayerische Krankenhausgesellschaft, die Hausärzte, die KVB, die Krankenkassen und die Kommunen, innovative Versorgungsstrukturen auf dem Land aber auch an den Klinikstandorten zu entwickeln.

IV. Maßnahmen auf kommunaler Ebene

Auch die Kommunen haben die Möglichkeit und Pflicht, durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen zur flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung beizutragen (siehe Anlage 3 „gesetzliche Vorgaben“).

Hiervon sollten sie im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit auch Gebrauch machen. Dies ist – wie aus unserer Umfrage bei den Gemeinden der Region 18 hervorgeht – in Teilbereichen schon geschehen.

Jetzt geht es darum, die Möglichkeiten der Kommunen noch besser auszuschöpfen. Neben der Erhöhung des Problembewusstseins bei den Bürgermeister, sollte vor allem die Einbindung und Mitbestimmung der Kommunalverwaltung in den Prozess der med. Versorgung verstärkt werden.

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern appelliert deshalb an die Landkreise, Städte und Gemeinden, alle in ihrem Zuständigkeitsbereich zur Verfügung stehenden Möglichkeiten im Rahmen der Daseinsvorsorge zu nutzen und diese auch in ihren Gremien zu beschließen und umzusetzen. Dazu zählen insbesondere:

Marketingmaßnahmen für die Anwerbung von (Haus-)Ärztinnen und Ärzten

- Werbung innerhalb und außerhalb Bayerns für Standort Südostoberbayern, zur Anwerbung junger Ärztinnen und Ärzte.
- Workshop mit Medizinstudenten / innen z.B. an Universitäten zur Analyse der Erwartungen an das Berufsleben als Hausarzt in einer Gemeinde.
- Erstellung eines Servicepakets (z.B. Angebote und Hilfestellungen der Kommune) zur Anwerbung junger Ärzte / Ärztinnen.

Strukturelle / organisatorische Maßnahmen

- Stärkung der lokalen Infrastruktur und Steigerung der Lebensqualität (Arbeitsplätze, Wohnen, Versorgung, Verkehr, Bildung, Kultur und Sport, Freizeit, lebenswerte Umwelt)
- Betriebswirtschaftliche Unterstützung junger Ärzte / Ärztinnen z.B. durch Ausgliederung der Personalwirtschaft, zentrales Management in der Kommune bzw. durch einen externen Dienstleister.
- Schaffung familienfreundlicher Einrichtungen zur Kinderbetreuung mit entsprechenden Öffnungszeiten (Vereinbarkeit von Familie und Beruf).
- Unterstützung und Weiterentwicklung bei Strukturen, die der Entlastung der Hausärzte und zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung dienen. Besonderes Augenmerk ist hierbei auf das bereits existierende Modell „Verah“ (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis) zu legen. Dieses Modell sollte in Ausbildung und Finanzierung gefördert werden. Wo diese Versorgungsform in Ermangelung einer Hausarztpraxis nicht möglich ist, kann die Einführung einer Gemeindegeschwester hilfreich sein.
- Mobilität für die Patienten durch ÖPNV (flexible Bedienungsformen), Fahrdiensten u. ä.
- Kommune als Betreiber einer Arztpraxis / Arzt als Beschäftigter der Kommune.

Investitionsmaßnahmen

- Bereitstellen von Investitionshilfen.
- Hilfestellung bei Immobiliensuche für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte.
- Bereitstellen von Immobilien (evtl. leerstehende Gebäude in Ortsmitte etc.).

Stärkung der Kommunen

Darüber hinaus sollten die Kommunen, im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge, stärker in die Planung des Gesundheitswesens vor Ort eingebunden werden.

Es sollte für die kreisangehörigen Städte und Gemeinden möglich sein, Arztsitze zu kaufen und auch mit Nachbargemeinden zusammen zu betreiben (Zweckverbände oder Genossenschaften), evtl. auch Praxisgemeinschaften.

Es ist zu prüfen, ob man den Kommunen die Möglichkeit eröffnet, ähnlich der stationären Versorgung auch die ambulante Versorgung zu organisieren. Dabei sollten auch Facharztpraxen möglich sein.

V. Psychotherapeutische Versorgung

Die Regionale Gesundheitskonferenz appelliert an

- die KVB / Krankenkassen / Landesausschuss / Gemeinsamen Bundesausschuss, im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung die Bedarfsplanung zu überprüfen, da auch in formal überversorgten Gebieten in der Realität nicht ausreichend Therapieplätze zur Verfügung stehen.
- die KVB / Krankenkassen / Landesausschuss / Gemeinsamen Bundesausschuss, mehr Niederlassungsmöglichkeiten zu realisieren.
- die Beteiligten, wirksame Maßnahmen zu ergreifen, um so lange Wartezeiten (= zusätzliche berufliche Ausfallzeiten) auf einen Therapiebeginn zu verhindern. Diese Wartezeit (in ländlichen Kreisen bis zur Erstberatung ca. 12 Wochen Wartezeit, auf einen Therapieplatz muss 24 Wochen gewartet werden) sollte verringert werden. Dies ist besonders bei Patienten, die aus einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik entlassen wurden und eine unmittelbare Weiterbehandlung benötigen, wichtig.
- an alle Beteiligten, den Möglichkeiten einer Psychotherapie mehr Aufmerksamkeit und Wertschätzung entgegenzubringen (man beachte den Anstieg der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen).

Neben diesen Schwerpunktthemen gibt es allgemeine Forderungen, die als Anlage zu dieser Resolution aufgelistet sind. Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern unterstützt diese Forderungen.

Traunstein, 16.09.2014

Hermann Steinmaßl

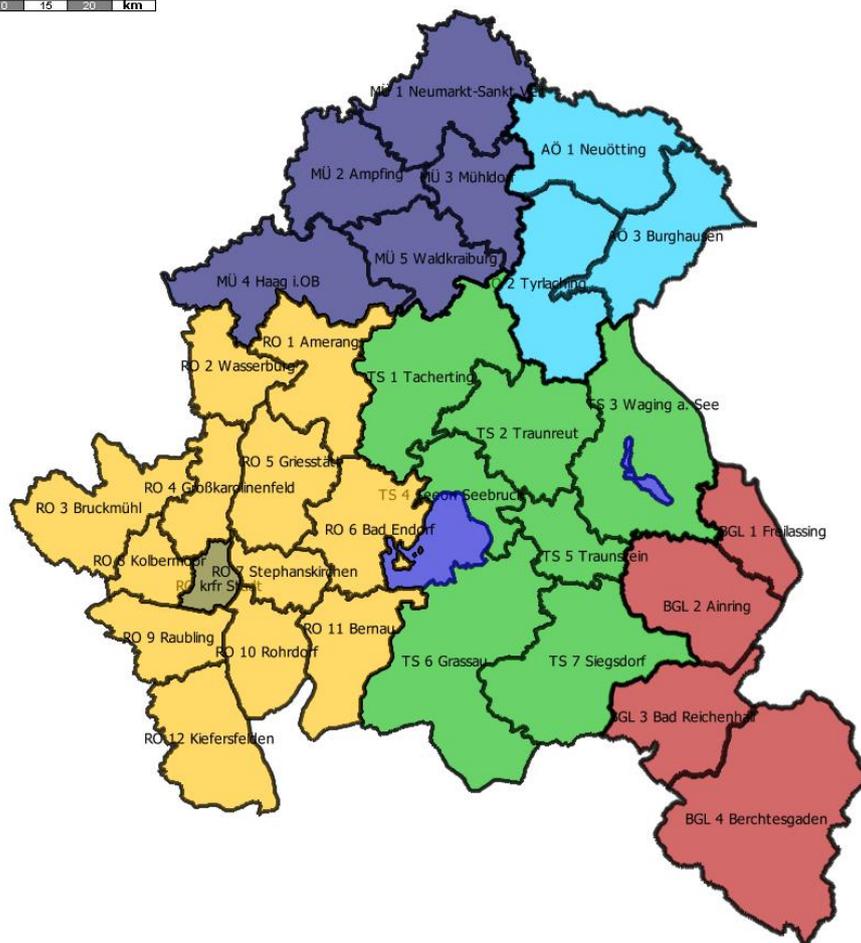
Landrat a.D. des Landkreises Traunstein und Vorsitzender der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern

Erwin Schneider

Landrat des Landkreises Altötting und
Vorsitzender des Regionalen
Planungsverbandes Südostoberbayern

Anlage 1: Karte der Versorgungsbereiche für die Region Südostoberbayern

5 10 15 20 km



Kriterien für Versorgungsbereiche:

- Größe: ca. 15.000 - max. 30.000 Einwohner
- Möglichst kompakte Ausdehnung
- Ausdehnung max. 20-30 km
- Erreichbarkeit mit dem ÖPNV berücksichtigen
- Die Versorgungsbereiche sollten innerhalb der Landkreisgrenzen gebildet werden
- Bisherige gewachsene, räumliche Verbindungen und gewohnte Orientierungen in der Bevölkerung sollten berücksichtigt werden
- Die Topografie sollte beachtet werden
- Prinzip: von standortorientierter zu erreichbarkeitsorientierter Versorgung
- Die Altersstruktur der Bevölkerung sollte berücksichtigt werden
- Die Bevölkerungsdichte bzw. Siedlungsstruktur sollte berücksichtigt werden

Versorgungsbereiche: Einwohner und Gemeinden

Landkreis Altötting:

- AÖ 1: 25 934 EW Pleiskirchen, Töging, Winhöring, Reischach, Erlbach, Perach, Neuötting.
AÖ 2: 36 982 EW Tyrlaching, Feichten, Kirchweidach, Halsbach, Garching, Unterneukirchen, Kastl, Tüssling, Teising, Altötting.
AÖ 3: 40 028 EW Burgkirchen, Burghausen, Mehring, Emmerting, Haiming, Stammham, Markt.

Landkreis Berchtesgadener Land:

- BGL 1: 28.122 EW Freilassing, Laufen, Saaldorf – Surheim.
BGL 2: 28.282 EW Ainring, Anger, Piding, Teisendorf.
BGL 3: 21.423 EW Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain, Schneizlreuth.
BGL 4: 24.097 EW Schönau, Ramsau, Bischofswiesen, Berchtesgaden, Marktschellenberg.

Landkreis Mühldorf am Inn:

- MÜ 1: 14.112 EW Egglkofen, Neumarkt-St. Veit, Niedertaufkirchen, Niederbergkirchen, Lohkirchen, Zangberg, Oberbergkirchen, Schönberg.
MÜ 2: 16.256 EW Ampfing, Heldenstein, Rattenkirchen, Obertaufkirchen, Schwindegg, Buchbach.
MÜ 3: 34.037 EW Erharting, Töging am Inn, Mettenheim, Mühldorf am Inn
MÜ 4: 18.382 EW Maitenbeth, Haag, Kirchdorf, Reichertsheim, Gars am Inn, Unterreit, Rechtmehring.
MÜ 5: 31.581 EW Oberneukirchen, Taufkirchen, Jettenbach, Aschau am Inn, Waldkraiburg.

Landkreis Rosenheim und Stadt Rosenheim

- RO 1: 12.145 EW Soyen, Amerang, Babensham, Eiselfing.
RO 2: 23 422 EW Albaching, Edling, Wasserburg am Inn, Pfaffing, Ramerberg.
RO 3: 33.136 EW Bruckmühl, Tuntenhausen, Feldkirchen-Westerham.
RO 4: 15.394 EW Großkarolinenfeld, Schechen, Rott am Inn.
RO 5: 14.785 EW Griesstätt, Schonstett, Halfing, Söchtenau, Prutting, Vogtareuth.
RO 6: 28.512 EW Bad Endorf, Höslwang, Eggstätt, Gstadt, Breitbrunn, Prien, Rimsting, Chiemsee.
RO 7: 15.470 EW Stephanskirchen, Riedering.
RO 8: 35.125 EW Kolbermoor, Bad Aibling.
RO 9: 18.764 EW Raubling, Bad Feilnbach.
RO 10: 15.021 EW Neubeuern, Samerberg, Nußdorf am Inn, Rohrdorf.
RO 11: 15.007 EW Bernau, Frasdorf, Aschau im Chiemgau.
RO 12: 20.086 EW Brannenburg, Flintsbach, Oberaudorf, Kiefersfelden.
RO 13: 59.935 EW Stadt Rosenheim.

Landkreis Traunstein

- TS 1: 18.612 EW Tacherting, Engelsberg, Kienberg, Obing, Pittenhart, Schnaitsee.
TS 2: 39.331 EW Trostberg, Palling, Traunreut, Altenmarkt an der Alz.
TS 3: 25.227 EW Tittmoning, Fridolfing, Kirchanschöring, Petting, Waging a. S., Wonneberg, Taching a.S.

TS 4: 9.183 EW	Seeon-Seebruck, Chieming.
TS 5: 24.435 EW	Traunstein, Nußdorf, Surberg.
TS 6: 33.993 EW	Grassau, Unterwössen, Reit im Winkl, Schleching, Marquartstein, Übersee, Grabenstätt, Vachendorf, Unterwössen, Bergen.
TS 7: 19.199 EW	Siegsdorf, Inzell, Ruhpolding.

Anlage 2: Allgemeine Forderungen

Hier appelliert die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern an alle Beteiligten:

- Der initiierte Informationsaustausch insbesondere zwischen KVB, dem Regionalen Planungsverband Südostoberbayern mit seinen Gemeinden, Städten und Landkreisen sowie weiterer relevanter Akteure aus dem Gesundheitsbereich und dem zuständigen Ministerium sollte auch weiterhin aufrecht erhalten bleiben und man regt deshalb regelmäßige Informationsgespräche, wie z.B. einen Runden Tisch zwischen den o.g. Institutionen an.
- Thema Bürokratieabbau: ein nur sehr schwer greifbarer und abstrakt gebliebener Begriff (dem Thema ja immanent), der aber sehr häufig als große Belastung von den niedergelassenen Ärzten genannt wurde und auch als starker Faktor für niedrige Attraktivität des Hausarztberufes identifiziert wurde. Trotzdem gilt es hier weiter nach konkret umsetzbaren Möglichkeiten zu suchen und dies dann auch zügig umzusetzen. Eine Arbeitsgruppe speziell für dieses Thema sollte eingerichtet werden, welche weiter an diesem Problem arbeitet. Vorgeschlagen wird als Gegenmaßnahme die Regionalisierung und Dezentralisierung der Finanzierung.
- Häufige Reformen und Gesetzesänderungen im Gesundheitsbereich verringern die Planungssicherheit für angehende Ärztinnen und Ärzte. Eine Lebens- und Berufsplanung ist so nur schwer kalkulierbar. Vorgeschlagen wird die hausarztzentrierte Versorgung, die bereits zwischen Hausärzterverband und Krankenkassen existiert, auszubauen und zu fördern. Diese ermöglicht Anreize für Hausärzte direkt in Bayern. Außerdem bietet sie die Möglichkeit spezifische Schwerpunkte für die medizinische Versorgung innerhalb Bayerns zu setzen.
- Die heterogenen Strukturen Deutschlands bzw. von Bayern müssen in der Versorgungsplanung berücksichtigt werden (ungleiche Verteilung in der Einwohnerdichte, sozioökonomische Faktoren, Topografie, wirtschaftliche Faktoren, demografische Entwicklung).
- Die Attraktivität sowie das Ansehen des Hausarztberufes muss gesteigert werden. Dies kann nur gelingen, wenn auch die Vertreter der Ärzteschaft (KBV) selber und der Bundespolitik positiv über die Berufstätigkeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sprechen und informieren.
- Das System der Fallpauschalen bzw. Punktesysteme ist zu unflexibel und bevorzugt finanziell die Gerätemedizin. Hier sollte eine Einzelfallwürdigung in Betracht gezogen werden, um eine Nachvollziehbarkeit der Kosten und eine Orientierung an den Patientenbedürfnissen zu ermöglichen.
- Die Regresspflicht (insbesondere bei Budgetüberschreitung oder Medikamentenverordnung) gestaltet das Berufsbild des Hausarztes sehr unattraktiv und sollte abgeschafft werden.

- Ein Zuschlag für Landärzte kann die Mehrbelastungen für ihr Budget ausgleichen (dies ergibt sich durch mangelnde Verteilung der Behandlungskosten auf viele Ärzte, wie dies in der Stadt der Fall ist).
- Der Abwanderung junger Mediziner sollte entgegengewirkt werden. Hier sollte man Arbeitsbedingungen schaffen, die die allgemeine, gesellschaftliche Entwicklung widerspiegeln und die für ein attraktives Lebensumfeld sorgen, das alle Bedürfnisse hochqualifizierter Arbeitskräfte befriedigen kann (Familienfreundlichkeit, Lebensqualität durch Freizeit-, Kultur- und Sportmöglichkeiten, Arbeitsplätze für Familienangehörige, Einkaufsmöglichkeiten, gut ausgebaute Infrastruktur und ÖPNV sowie neue Arbeitszeitmodelle, s. auch Thema 4).
- Die Zusammenarbeit und Kommunikation über Systemgrenzen hinweg sollte verbessert werden. Regelmäßige Gespräche sollten als fixer Bestandteil des Informationsaustausches über die Dauer der Regionalen Gesundheitskonferenz hinaus etabliert werden. Hier wird im Besonderen auf die Pläne innerhalb der sog. Gesundheitsregion plus ab 2015 verwiesen.
- Die Arbeitsstrukturen ändern sich (Generation Y, work-lifetime-balance), vor allem junge Ärztinnen, welche in Zukunft die Mehrheit der Ärzteschaft bilden werden, möchten im Team und zeitlich flexibel arbeiten (allgemeiner Trend hin zu Gemeinschaftspraxen, Filialpraxen, MVZ usw.).
- Die medizinische Versorgung sollte nicht privaten, gewinnorientierten Trägern überlassen werden.
- Die Bedürfnisse behinderter Menschen, welche oft auch besonders häufig medizinische Leistungen in Anspruch nehmen müssen, sollen bei der Bedarfsplanung im Gesundheitswesen berücksichtigt werden.
- Das unternehmerische Risiko eines niedergelassenen Hausarztes sollte honoriert werden (Vergleich zu Klinikarzt).
- Der Wunsch eines eigenen Vertreters der Ärzte (siehe Beispiel: reg. Vorstandsbeauftragter der KVB, Hr. Dr. Kofler Rosenheim) bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für die Landkreise Altötting, Traunstein und Berchtesgadener Land wurde geäußert.
- Es sollte möglich werden, Filialpraxen einzurichten, mit der Anstellung von Ärzten in Voll- und Teilzeit durch den KV-Vertragsarzt.

Grundsätzlich müssen mehr Medizinerinnen und Mediziner in die ärztliche Versorgung der Menschen integriert werden!

Beim Thema Aus- und Weiterbildung von Ärzten ergeben sich folgende Forderungen:

- Die Einstiegshürde in Form des Numerus Clausus muss abgesenkt werden.
- Im Moment gibt es in Bayern nur 2 Lehrstühle mit der Fachrichtung Allgemeinmedizin. Hier müssen mehr Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen werden.
- Medizinstudentinnen und -studenten müssen Perspektiven im Bereich der hausärztlichen Tätigkeit eröffnet werden. Hier kann als sehr positives Beispiel das Projekt „Land in Sicht“ der BVMD in Zusammenarbeit mit der KVB genannt werden (Stipendium für die vorgeschriebene Famulatur bei Ärzten in der Fläche).

- Die jährliche Fortbildungspflicht für selbstständige Ärztinnen und Ärzte ist wegen dem großen Zeitaufwand dafür ein Problem. Weiterbildung ist natürlich sehr wichtig, hier muss jedoch eine für die Ärzte verträglichere Lösung gefunden werden.
- Die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte an die Erfordernisse der ambulanten medizinischen Versorgung sind anzupassen (z. B. Ausbau der Lehrstühle für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten, Einführung eines Pflichtquartals für Allgemeinmedizin). Die Ärzte sollten bereits im Krankenhaus während Praktikumszeiten die Möglichkeit erhalten, sich zum Allgemeinarzt weiterzubilden. (siehe hier: Dillinger Konzept für die Ausbildung von Hausärzten).
- Gründung von Weiterbildungs-Verbänden bzw. Weiterführung / Übertragung von Modellen wie InnDoc (Landkreis Mühldorf) auf weitere Landkreise.
- Wertschätzung und finanzielle Unterstützung von Lehrpraxen, die junge angehende Mediziner in den Praxen aufnehmen. Jeder angehende Arzt muss auch in einer Praxis einen Kurs absolvieren, der im Universitätslehrplan vorgeschrieben ist. Inzwischen darf das sogenannte Praktische Jahr (PJ) auch in besonders qualifizierten Praxen absolviert werden. Diese Praxen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Förderung und Bindung des medizinischen Nachwuchses in unserer Region.

Anlage 3: gesetzliche Vorgaben

Gerade einer flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten Versorgung mit Haus- und Fachärzten in zumutbarer Entfernung kommt im ländlichen Raum eine besondere Bedeutung zu. Staat, Kommunen, einschlägige Organisationen und Verbände sowie die Öffentlichkeit sind hier gleichermaßen betroffen.

- Die Förderung und Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse und Arbeitsbedingungen in ganz Bayern, in Stadt und Land haben Verfassungsrang (Art. 3, Abs. 2 Satz 2 der Bayerischen Verfassung). Die Rolle der Gemeinden und Städte in der Gesundheitsversorgung wird in Art. 83, Abs. 1 geregelt.
- Darüber hinaus schreibt das Landesentwicklungsprogramm Bayern als Zielvorgabe in 1.1.1 (Z) vor, dass in allen Teilräumen gleichwertige Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen oder zu erhalten sind. Hierfür sollen insbesondere die Grundlagen für eine bedarfsgerechte Bereitstellung und Sicherung von Arbeitsplätzen, Wohnraum sowie Einrichtungen der Daseinsvorsorge und zur Versorgung mit Gütern geschaffen oder erhalten werden.

Die Versorgung der Einwohner in der gesamten Region (also nicht nur urban geprägte Teile) muss im Zentrum der Bemühungen stehen. Dies gibt das Sozialgesetzbuch V vor.

Anhang 8: Flyer Fachliche Leitstelle Gesundheitsregionen^{plus}

Unterstützung durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)

Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit hat eine Fachliche Leitstelle zur Beratung und Unterstützung von Gesundheitsregionen^{plus} eingerichtet. Aufgaben dieser Stelle sind:

- Anlaufstelle zur Beratung und Unterstützung der Gesundheitsregionen^{plus}
- Unterstützung des Informations- und Erfahrungsaustausches zwischen Gesundheitsregionen^{plus}
- Fachlich-konzeptionelle Grundlagen für die Umsetzungspläne
- Wissenschaftliche Begleitung
- Zusammenführung der Evaluationsaktivitäten
- Antragsbearbeitung und -bewilligung

Förderung durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Die Bayerische Staatsregierung fördert die Einrichtung von Geschäftsstellen der Gesundheitsregionen^{plus}.

Die Zuwendung wird in Form einer Projektförderung als Anteilfinanzierung in Höhe von bis zu 70 % der förderfähigen Ausgaben – höchstens in Höhe von 50.000 € je Jahr – gewährt.

Zuwendungsempfänger sind

- bayerische Landkreise,
- bayerische kreisfreie Städte,
- Zusammenschlüsse von Landkreisen und/oder kreisfreien Städten in Bayern.

Weitere Informationen zur Förderung und den Fördervoraussetzungen finden Sie unter:
www.lgl.bayern.de/gesundheitsregionenplus

Fachliche Leitstelle im LGL

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Bayerisches Haus der Gesundheit
Karina Stühler
Schweinauer Hauptstraße 80
90441 Nürnberg

E-Mail: gesundheitsregionplus@lgl.bayern.de
Telefon: 09131 6808-2917
Internet: www.lgl.bayern.de/gesundheitsregionenplus

www.lgl.bayern.de

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Eppeneuther Weg 43, 91056 Erlangen
Internet: www.lgl.bayern.de
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
Bildnachweis: Fotolia.com © Bundesdesign
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Stand: Mai 2010
© LGL, alle Rechte vorbehalten
Gedruckt auf Papier aus 100 % Altpapier

Dieses Druckwerk wird teilweise im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Es darf weder von den Parteien noch von Interessenten, wie Verbands- und Zirkelverbänden, für Werbezwecke oder für andere Zwecke zur Verfügung gestellt werden. Die für Landesregierung, Ministerium- und Landesparlament, Staatskanzlei zu spenden sowie zur Herstellung der Verleihung auf Veranstaltungsbüchern, in Informationsmaterial, bei Fächern sowie bei Einzel- Auftritten und Auftritten einzelner Ministerien, Informations- oder sonstigen Veranstaltungen zu verwenden ist ohne Zustimmung der Bayerischen Staatsregierung nicht zulässig. Die Verwendung der Bayerischen Staatsregierung Logos, die in diesem Dokument enthalten sind, ist ohne schriftliche Genehmigung der Bayerischen Staatsregierung nicht zulässig. Die Bayerische Staatsregierung ist nicht für die Inhalte der auf dem Internet veröffentlichten Informationen verantwortlich. Die Bayerische Staatsregierung ist nicht für die Inhalte der auf dem Internet veröffentlichten Informationen verantwortlich. Die Bayerische Staatsregierung ist nicht für die Inhalte der auf dem Internet veröffentlichten Informationen verantwortlich.



Gesundheitsregionen^{plus}

BAWERYEN DIRECT ist ein Online-Ordnungssystem zur Bayerischen Staatsregierung. Unter Telefon 09131 6808 oder der E-Mail service@lgl.bayern.de erhalten Sie stichwortorientierte und detaillierte Auskunft zu allen Themen und Dienstleistungen, die Ihnen im Zusammenhang mit der Bayerischen Staatsregierung wichtig sind.

**Fachliche Leitstelle
Gesundheitsregionen^{plus}**

LGL

Konzept – Gesundheitsregionen^{plus}

Regionale Netzwerke zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung

Die Zielsetzungen der Gesundheitsregionen^{plus} sind:

- Entwicklung passgenauer Lösungen unter Berücksichtigung der örtlichen Besonderheiten
- Regionale Netzwerke zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und der Optimierung der Gesundheitsversorgung
- Mehr Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen durch verbesserte Vernetzung der Präventions- und Versorgungsangebote sowie der Akteure
- Zielgerichtete sektorenübergreifende Zusammenarbeit vor Ort durch geeignete Kommunikations- und Koordinationsstrukturen

Kommunikation und Kooperation der regionalen Akteure des Gesundheitssystems sind entscheidend

Die Kommunikation und Kooperation der regionalen Akteure des Gesundheitssystems sind entscheidend. Regionale Gesundheitsnetze unterstützen durch entsprechende Strukturen das Zusammenspiel der Akteure, erleichtern den Austausch von Informationen und fördern akteursübergreifende Abstimmungsprozesse. Sie fördern damit auch die Eigenverantwortung der Kreise und Kommunen, erweitern die Handlungsmöglichkeiten vor allem im kommunalen Gesundheitsmanagement u.a. durch bessere Einbindung der Kommunen.

Handlungsfelder

Die Gesundheitsregionen^{plus} sollen sich vorrangig den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Gesundheitsversorgung widmen.

Aufbau Gesundheitsregionen^{plus}

Gesundheitsregionen^{plus} stützen sich auf ein Gesundheitsforum als zentrales Leitungs- und Steuerungsgremium. Daneben werden für die beiden Haupthandlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsversorgung Arbeitsgruppen eingerichtet. Außerdem wird zur Unterstützung der gesamten Tätigkeiten eine Geschäftsstelle betrieben.



Das Konzept Gesundheitsregionen^{plus} finden Sie unter:
http://www.stmgp.bayern.de/wirtschaft/gesundheitsregionen/doc/konzept_gesundheitsregionen_plus.pdf

Akteure

An den Gesundheitsregionen^{plus} sollen Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalpolitik und alle, die vor Ort bei der gesundheitlichen Versorgung und Prävention eine wesentliche Rolle spielen, mitwirken.

Räumliche Ausdehnung

Eine Gesundheitsregion^{plus} soll nicht kleiner als ein Landkreis oder eine kreisfreie Stadt sein. Wünschenswert sind Zusammenschlüsse von Landkreisen. Kreisfreie Städte sollen in der Regel zusammen mit dem Umland eine Gesundheitsregion^{plus} bilden, da hier oftmals starke Mitversorgereffekte bestehen.

Fördervoraussetzungen

- Einrichtung von Gesundheitsforum, Arbeitsgruppen und Geschäftsstelle
- Verpflichtende Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsversorgung
- Jährlich ein Umsetzungsplan mit Maßnahmen in angemessenem Umfang
- Berücksichtigung des jeweiligen Schwerpunktthemas des Bayerischen Gesundheitsministeriums bei Prävention
- Antragstellung beim Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

LGL

www.lgl.bayern.de

LGL

Weitere Informationen unter www.lgl.bayern.de/gesundheitsregionenplus

**Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de

91058 **Erlangen**
Eggenreuther Weg 43

85764 **Oberschleißheim**
Veterinärstraße 2

80538 **München**
Pfarrstraße 3

97082 **Würzburg**
Luitpoldstraße 1

91126 **Schwabach**
Rathausgasse 4

90441 **Nürnberg**
Schweinauer Hauptstraße 80