Artikel online veröffentlicht: 10.10.2023

Der Beitrag von Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen zu regionaler Planung und Steuerung im Gesundheitswesen – ein Überblick auf Ebene der Bundesländer

The contribution of health conferences and health regions to regional planning and management in health care: an overview at the federal states level

OPEN ACCESS

Autorinnen/Autoren
Gunnar Geuter[1], Till Beiwinkel[1], Lea Oesterle[2], Maren Reyer[3], Malte Bödeker[1], Marius Haack[2], Steffen Scriba[2], Maren Preuss[2]

Institute
1 Sachgebiet GP3: Bayerische Gesundheitsagentur, Gesundheitsversorgung, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Nürnberg, Germany
2 Fachteam Kommune und Gesundheit, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V., Hannover, Germany
3 Abteilung 7 Landesgesundheitsamt, Referat 74 Gesundheitsplanung, Gesundheitsförderung und Prävention, Versorgung, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Stuttgart, Germany

Schlüsselwörter
Gesundheitsregion, Gesundheitskonferenz, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Vernetzung, Planung, Steuerung

Key words
health region, health conference, public health service, networking, planning, management

Artikel online veröffentlicht 10.10.2023

Bibliografie
Gesundheitswesen 2024; 86: 67–86
DOI 10.1055/a-2098-3496
ISSN 0941-3790
© 2023. The Author(s).
This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commecial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)
Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse
Gunnar Geuter
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, GP3, Schweinauer Hauptstr. 80
90441 Nürnberg
Germany
gunnar.geuter@lgl.bayern.de

ZUSAMMENFASSUNG

Die Weiterentwicklung ressort- und sektorenübergreifender Koordination und Kooperation wird im deutschen Gesundheitswesen seit Langem gefordert. Über den Öffentlichen Gesundheitsdienst sind in vielen Bundesländern in den vergangenen Jahren Netzwerke zu gesundheitsbezogenen Themen auf regionaler Ebene, sogenannte Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen, gebildet worden. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zu regionaler Planung und Steuerung in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsversorgung sowie Pflege, indem sie Akteure auf kommunaler Ebene vernetzen und gesundheitsbezogene Aktivitäten zu einem regionalen Gesamtansatz weiterentwickeln. Die vorliegende narrative Übersichtsarbeit wurde unter Mitwirkung von Expertinnen und Experten aus mehreren Bundesländern erarbeitet und hat zum Ziel, eine Übersicht über die Merkmale, Themenschwerpunkte und Ergebnisse von Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen zu geben. Zudem werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Bundesländern sowie deren landesseitige Flankierungs- und Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen von Förderprogrammen und gesetzlichen Grundlagen dargestellt. Es zeigt sich, dass Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen in einer Vielzahl der Landkreise und kreisfreien Städte bzw. auf Bezirksebene der Stadtstaaten zu finden sind, oft bereits langjährig bestehen und auf Basis bisheriger Evaluationen positive Wirkungen auf die regionale Zusammenarbeit über die Res-

sort-, Sektoren- und Berufsgrenzen entfalten. Sie bearbeiten ein breites Themenspektrum lokaler Bedarfe und Problemlagen mit dem Ziel, Schnittstellen und Synergien zu nutzen sowie bestehende Herausforderungen in der regionalen Versorgung und Vorsorge der Bevölkerung zu begegnen. Neben dem Aufbau von Netzwerkstrukturen, der Erhebung gesundheitlicher Bedarfe und der Entwicklung von Strategien entwickeln sie vielfältige konkrete Kooperationsprojekte zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung vor Ort. Abschließend wird die Bedeutung einer gemeinwohlorientierten, kommunalen Planungs- und Steuerungsfunktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes angesichts zukünftiger Herausforderungen im Gesundheitswesen diskutiert und Empfehlungen zu den Rahmenbedingungen beim Aufbau von Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen sowie deren zukünftiger Weiterentwicklung abgeleitet.

ABSTRACT

Demands for increased health care coordination and cooperation have been raised for a long time in Germany. Over the past years, the public health services in the federal states have initiated networks at the regional level dealing with health-related topics, namely health conferences and health regions. In the areas of health promotion and prevention, health care services and nursing care sector, these networks make an important contribution to regional planning and management by setting up networks among relevant municipal players and developing a more comprehensive approach. This narrative review, worked out in collaboration with experts from the German federal states, aims to present an overview of the characteristics, key topics and results of health conferences and health regions. Furthermore, we describe differences and similarities between the approaches in the federal states as well as the respective supporting measures in the context of funding programmes and the legal basis. The results show that health conferences and health regions are established in a great number of administrative districts in the federal states. There have been many health conferences and health regions since years and, according to the evaluations, show positive impacts on regional cooperation across departmental, sectoral and professional boundaries. They deal with a wide range of topics related to local needs and problems aiming to use synergies and meet challenges in the regional provision of healthcare and prevention measures. Besides building network capacities, the assessment of local needs and the development of strategies, health conferences and health regions also initiate numerous local cooperation projects to improve the health of the population. Against the background of expected future challenges that will have to be faced by the public health services, we finally discuss the significance of regional planning and management functions of the public health services. We also we provide some recommendations related to the conditions for setting up health conferences and health regions and discuss their future development.

1. Hintergrund

Auf die Gesundheit in der Bevölkerung wirken zahlreiche Einflussfaktoren sowohl auf individueller, sozialer, umweltbezogener und gesellschaftlicher Ebene [1, 2]. Es bedarf im Sinne von „New Public Health“ Anstrengungen vieler Politik- und Gesellschaftsbereiche, um das Ziel einer möglichst guten Gesundheit in der Bevölkerung zu erreichen. Im deutschen Gesundheitswesen verteilen sich die Zuständigkeiten zudem auf eine Vielzahl an Akteuren, Politikfelder und Ebenen der Raumordnung [3]. Zielorientierte Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung setzen – insbesondere an Schnittstellen zwischen einzelnen Ressorts und Sektoren – u. a. gelingende Koordination und Kooperation voraus. Hieran mangelt es jedoch noch häufig. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen forderte bereits mehrfach insbesondere eine verbesserte Koordination sowie eine verbesserte regionale Abstimmung aller an der gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung beteiligten Akteure und Berufsgruppen sowie eine stärkere Einbindung der kommunalen Ebene [4–6]. Gerade der kommunale Öffentliche Gesundheitsdienst kann maßgebliche Interessensgruppen vor Ort einbeziehen, um bestmögliche Gesundheit für alle zu erreichen. Dazu kann er, angepasst an die örtlichen Verhältnisse, regionale Netzwerkstrukturen bilden, um lokale Bedarfe und Problemlagen in der Bevölkerung zu erkennen, Handlungsbedarfe abzuleiten und steuernd und koordinierend kooperative Lösungswege zu erarbeiten und umzusetzen [vgl. 7]. Die Bedeutung einer interessenneutralen, gemeinwohlorientierten und sozialkompensatorischen kommunalen Planungs- und Steuerungsfunktion für die Entwicklung einer regional koordinierten Gesundheitsversorgung wird vielfach konstatiert, wie etwa bei der Entwicklung des Präventionsgesetzes [8], im Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst [7] oder im Rahmen des ÖGD-Paktes [9].

Als Antwort auf die beschriebenen Herausforderungen sind in einigen Bundesländern auf Kreis- oder Bezirksebene (d. h. auf Ebene der Landkreise, kreisfreien Städte, Kreisregionen bzw. Bezirke der Stadtstaaten) verankerte, gesundheitsbezogene Netzwerkstrukturen entstanden, die unter „Gesundheitskonferenz“ oder „Gesundheitsregion“ firmieren – teilweise mit Zusätzen wie „*Kommunale* Gesundheitskonferenz“, „Regionale Gesundheitskonferenz“ oder „Gesundheitsregion^{plus}“ [3, 10–13]. Sie bestehen zum Teil bereits langjährig und haben sich in Evaluationen als funktionierende Kooperationsstrukturen erwiesen, die eine verbesserte Koordination unter den regionalen Netzwerkpartnern und somit Synergieeffekte innerhalb der Strukturen von Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsversorgung erzielen [14–19]. Die hier angesprochenen Netzwerke sind dabei – trotz teils gleichlautender Bezeichnung – aufgrund divergierender Konzeption und räumlicher Zuschnitte von den ebenfalls regional verankerten, aber primär gesundheitswirtschaftlich geprägten Gesundheitsregionen [20] zu unterscheiden. Ebenso heben sie sich ab von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen [21] oder großräumiger zugeschnittenen Gesundheitskonferenzen [vgl. z. B. 18; S.53–54]. Zudem sind sie aufgrund ihres „Gesamtansatzes“ zu un-

terscheiden von Ansätzen, deren Fokus z. B. im Kern auf einzelne Handlungs- oder Themenfelder gerichtet ist und die sich damit jeweils auf Ausschnitte des Gesamtsystems beziehen – ohne den Beitrag der nachfolgend exemplarisch aufgeführten gesundheitsbezogenen Netzwerke auf regionaler bzw. kommunaler Ebene zu relativieren. Zu nennen sind hier u. a. das Gesunde Städte-Netzwerk [22], der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle" [23], Pflegekonferenzen [24] bzw. Ansätze, bei denen eine entsprechende Förderkulisse auf bestimmte, z. B. deprivierte Regionen abzielt wie die Strukturförderung im GKV-Bündnis [25].

Kriterien der im vorliegenden Beitrag zentral diskutierten Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen sind demgegenüber v. a.

- Umsetzung auf Kreis- (Flächenländer) bzw. Bezirksebene (Stadtstaaten),
- Einrichtung unter Initiative bzw. Beteiligung des öffentlichen Sektors, Gemeinwohlorientierung, Anbindung an oder Einbindung der unteren Gesundheitsbehörden,
- Bearbeitung eines breiten Themenspektrums in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung/Prävention, Gesundheitsversorgung sowie Pflege,
- Bemühungen, die auf kommunaler Ebene häufig unverbundenen, nebeneinander bestehenden, teilweise sektorierten und ressortierten, gesundheitsbezogenen Netzwerk- und Gremienstrukturen unter einem „Dach" zu integrieren bzw. zu einem „Gesamtkonzept" [12] weiterzuentwickeln,
- Netzwerkkoordination im Sinne von Geschäfts- oder Koordinationsstellen,
- Mitwirkung von Vertreterinnen und Vertretern möglichst aller, regional relevanten Gruppierungen und Institutionen.

Der vorliegende Beitrag bietet eine Übersicht über entsprechende Gesundheitskonferenzen bzw. Gesundheitsregionen in Deutschland. Berücksichtigt werden dabei insbesondere diejenigen Ansätze, die obligatorisch auf Basis einer Rechtsgrundlage flächendeckend etabliert sind bzw. solche Ansätze, bei denen aktuell allen Kreisen und kreisfreien Städten in den jeweiligen Bundesländern eine entsprechende Struktur- oder Projektförderung zugänglich ist. Ziel ist, den Stand der Praxis sowie aktuelle Entwicklungen von Gesundheitskonferenzen und -regionen als Instrument regionaler Planung und Steuerung im Gesundheitswesen zu erfassen, deren Aufgaben, Gemeinsamkeiten und unterschiedliche Schwerpunktsetzungen herauszuarbeiten sowie zentrale Merkmale der Strukturen aber auch Grenzen der Vernetzung zu diskutieren. Schließlich werden Empfehlungen für den Auf- und Ausbau sowie die Weiterentwicklung entsprechender regionaler Gesundheitsnetzwerke abgeleitet. Überblicksartig wird dabei auch auf „verwandte" Gesundheitsnetzwerke eingegangen, die ebenso zur Vernetzung im regionalen Gesundheitswesen beitragen, sich inhaltlich und strukturell aber – noch stärker als die hier näher betrachteten Gesundheitskonferenzen und -regionen – auch innerhalb der Bundesländer unterscheiden.

2. Methodik

Um den Stand der Praxis sowie die aktuellen Entwicklungen von Gesundheitskonferenzen und -regionen in den Bundesländern narrativ zusammenzutragen, wurden wissenschaftliche Publikationen sowie graue Literatur, Gesetzestexte, Richtlinien und Internetressourcen der Länder genutzt. Auf dieser Basis erstellten die beteiligten Co-Autorinnen und Co-Autoren in einem interaktiven Prozess einen tabellarischen Erhebungsbogen zu den strukturellen, rechtlichen und thematischen Merkmalen von Gesundheitskonferenzen und -regionen: Erhoben wurden Angaben zu Gremien, Verortung, regionaler Netzwerkkoordination, Rechts- bzw. Finanzierungs-/Fördergrundlagen sowie Zielen, Aufgaben- und Themenschwerpunkten in den Handlungsfeldern Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Pflege. Der Erhebungsbogen wurde genutzt um zusätzlich zu den oben beschriebenen Quellen Selbstauskünfte der zuständigen Landesämter oder Landesvereinigungen bzw. -zentralen für Gesundheit einzuholen. In drei Fällen wurden Selbstauskünfte (zusätzlich) von den zuständigen Landesministerien bzw. der zuständigen Landesbehörde bereit gestellt. Basierend auf den so vorliegenden Informationen identifizierten die Co-Autorinnen und Co-Autoren relevante Merkmale für Gesundheitskonferenzen und -regionen. Anschließend wurden die Merkmale in Übersichtstabellen überführt. Die Tabellen wurden dann von den Co-Autorinnen und Co-Autoren befüllt. Auf diesem Weg wurden die Auskünfte aus den Bundesländern mit gesetzlich verankerten bzw. landesseitig geförderten Gesundheitskonferenzen und -regionen eingeholt. Die Informationen der „verwandten" regionale Gesundheitsnetzwerke wurden mit den oben genannten zuständigen Stellen narrativ zusammengetragen und abgestimmt. Ausgewählte Ergebnisse wurden anlässlich der 10. Jahrestagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen am 19. April 2023 vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse werden in den ▶ **Tab. 1–3** präsentiert. Die Tab. dienen als Grundlage für die Diskussion der Ansätze.

3. Stand und aktuelle Entwicklungen von Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen in den Bundesländern

Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsregionen und verwandte regionale Gesundheitsnetze sind in einer Vielzahl der Landkreise und kreisfreien Städte (bzw. auf Bezirksebene in Stadtstaaten) in Deutschland etabliert. Ihre Verbreitung, Zielsetzungen und Funktionen unterscheiden sich nach der jeweiligen Ausgestaltung sowie durch gesetzliche Vorgaben oder finanzielle und ideelle Förderungen der Bundesländer.

Legt man den oben aufgeführten Kriterienkatalog zu Grunde, sind Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen in sieben Bundesländern auf Kreis- (Flächenländer) bzw. Bezirksebene (Stadtstaaten) zu finden. Vier dieser Bundesländer haben Gesundheitskonferenzen gesetzlich verankert, drei fördern Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen auf Kreisebene. In den neun weiteren Bundesländern wurden verwandte regionale Gesundheitsnetze identifiziert (siehe ▶ **Abb. 1**).

3.1 Gesetzlich verankerte Gesundheitskonferenzen

3.1.1 Nordrhein-Westfalen: Kommunale Gesundheitskonferenzen

Als erstes Bundesland wurden in **Nordrhein-Westfalen** Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK) mit Inkrafttreten des Geset-

▶ **Tab. 1** Zentrale Merkmale gesetzlich verankerter bzw. landesseitig geförderter Gesundheitskonferenzen und -regionen in den Bundesländern

	Baden-Württemberg	**Bayern**	**Berlin**	**Hamburg**	**Hessen**	**Niedersachsen**	**Nordrhein-Westfalen**
Bezeichnung	Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)	Gesundheitsregion^{plus}	Bezirkliche Gesundheitskonferenz	Gesundheitskonferenz auf Bezirksebene	Kommunale Gesundheits- und Präventionskonferenz	Gesundheitsregion	Kommunale Gesundheitskonferenz/KKAP[1]
Anzahl	39	62	11	7	11[2]	30	▪ 53 Kommunale Gesundheitskonferenzen ▪ 53 KKAP[1] ▪ Davon 10 zusammengelegt
Gebietskörperschaften / Kooperationsmodelle	▪ 44 von 44 Kreisen und kreisfreien Städten ▪ Darunter fünf gemeinsame KGK von Land- und Stadtkreisen sowie eine freiwillige KGK[3]	▪ 79 von 96 Kreisen und kreisfreien Städten ▪ Darunter 13 gemeinsame Gesundheitsregionen-^{plus} von Landkreisen / kreisfreien Städten	11 von 12 Bezirken	7 von 7 Bezirken	11 von 26 Kreisen und kreisfreien Städten	▪ 38 von 46 Kreisen und kreisfreien Städten ▪ Darunter fünf Kooperationsmodelle zwischen Landkreisen / kreisfreien Städten	53 von 53 Kreisen und kreisfreien Städten
Einführung	2009 Landesgesundheitskonferenz seit 2015	2015	2006 Landesgesundheitskonferenz seit 2004	2001	2021	2014	▪ 1998 Kommunale Gesundheitskonferenz; 2014 KKAP[1] Landesgesundheitskonferenz seit 1991
Grundlage	Landesgesetz	Förderprogramm[4]	Landesgesetz	Landesgesetz	Förderprogramm	Förderprogramm	Landesgesetz
Bezeichnung	▪ Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsgesetz – LGG) vom 17. Dezember 2015 ▪ Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern und Akteuren ist im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG) vom 17. Dezember 2015 geregelt	Richtlinie zur Förderung von Gesundheitsregionen-^{plus} (GRplusFöR) vom 15. November 2019	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz – GDG) vom 25. Mai 2006	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG vom 18. Juli 2001)	Richtlinie zur Förderung der gesundheitlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Räumen vom 01.01.2021	Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen (Richtlinie Gesundheitsregionen) vom 1. Januar 2021	▪ Kommunale Gesundheitskonferenzen: Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 25. November 1997 ▪ KKAP[1]: Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen – APG NRW) vom 2. Oktober 2014
Zeitraum	Dauerhaft	Zunächst bis 31. Dezember 2022 in Kraft[4]	Dauerhaft	Dauerhaft	Zunächst bis 31. Dezember 2025 in Kraft	Zunächst bis 31. Dezember 2025 in Kraft	Dauerhaft

▶ **Tab. 1** Fortsetzung.

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Hamburg	Hessen	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen
Höhe der Fördersumme (Art der Finanzmittel)[5]	-	Anteilsfinanzierung im Rahmen eines Festbetrags in Höhe von max. 50.000 € p. a. für Personal- und Sachausgaben der Geschäftsstelle (Landesmittel)	-	-	Anteilsfinanzierung im Rahmen eines Festbetrags in Höhe von max. 45.000 € p. a. für Personalausgaben der Geschäftsstelle (Landesmittel)	Anteilsfinanzierung von max. 90 % (in Sonderfällen 95 %) und max. 20.000 € p. a. zur Strukturbildung/regionales Budget (z. B. Sachkosten, Personalkosten) und zur Umsetzung regional wirkender Versorgungsprojekte in Höhe von bis zu 80.000 € pro Projekt (Landesmittel und Mittel von Kooperationspartnern)	–
Netzwerkkoordination	Geschäftsstelle	Geschäftsstelle	Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OE QPK)	Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM)	Koordinierungsstelle	Koordinierungsstelle	Geschäftsstelle
Ansiedlung	Gesundheitsamt oder Landratsamt (Stabsstelle), Rathaus (Linienstelle)	Vorranging im Gesundheitsamt, auch im Hauptamt des Landratsamts bzw. bei der Stadtverwaltung möglich (z. B. als Stabsstelle oder im Bereich Stadt- bzw. Kreisentwicklung)	Als Stabstelle der für Gesundheit zuständigen Stadträtinnen und Stadträte der Bezirke und Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, neben dem Gesundheitsamt	Überwiegend in den Fachämtern Gesundheit der Bezirke	Gesundheitsamt, Landratsamt, Rathaus, Kreisausschuss, Stabstelle Gremien und Behördenleitung bei Landrätin/ Landrat	Vorrangig im Gesundheitsamt, selten an den Sozialämtern und in sieben Gesundheitsregionen als Stabsstelle in der Kommunalverwaltung	Gesundheitsamt
Hauptgremium	Plenum	Gesundheitsforum	Bezirkliche Gesundheitskonferenzen	Gesundheitskonferenzen	In Abhängigkeit von dem Anstellungsverhältnis bzw. der kommunalen Struktur vor Ort	Regionale Steuerungsgruppe	Kommunale Gesundheitskonferenz Kommunale Konferenz Alter und Pflege
Vorsitz durch Oberbürgermeister bzw. Oberbürgermeisterin/Landrätin bzw. Landrat	Ja	Ja	Für Gesundheit zuständige(r) Stadträtin/ Stadtrat	Keine Angabe	Variierend[6]	Ja	Teilweise[7]
Sitzungsturnus	Mindestens einmal jährlich	Mindestens einmal jährlich	Jährlich oder niedrigerer Turnus	Keine Angabe	Variierend	Mindestens einmal jährlich	Mindestens einmal jährlich

▶ **Tab. 1** Fortsetzung.

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Hamburg	Hessen	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen
Arbeitsinhalte	Beschlussfassung zu Themen, Initiierung von Arbeitsgruppen	Zentrales Management- und Steuerungsinstrument (insb. Erhebung von Bedarfen, Priorisierung und Beschlussfassung zu Themen sowie Abgabe zur Bearbeitung in Arbeitsgruppen)	öffentliche Veranstaltungen für i. d. R. professionelle Akteure / Multiplikatoren	Keine Angabe	Strategische und praktische Gestaltung des Netzwerkes, Initiierung von Koordinierungsgruppen, Maßnahmen, Informationscharakter, Austausch	Lenkende Funktion, für die inhaltliche Ausrichtung der Arbeit zuständig (erfasst zusammen mit der Koordinierungskraft die Ausgangssituation, definiert zentrale Ziele und Handlungsfelder, bildet und koordiniert Arbeitsgruppen, sichtet und entscheidet über Projektentwürfe und schlägt diese für eine mögliche Förderung auf Landeseben vor, plant regionale Konferenzen)	Zentrales Management- und Steuerungsinstrument (insb. Erhebung von Bedarfen, Priorisierung und Beschlussfassung zu Themen sowie Abgabe zur Bearbeitung in Arbeitsgruppen)
Kooperationen	▪ Auf Basis „Gesetz zur sozialräumlichen Gestaltung von Pflege- und Unterstützungsstrukturen – Landespflegestrukturgesetz (LPSG)“ können seit 2019 im Zuständigkeitsbereich eines Stadt- oder Landkreises eine oder mehrere Kommunale Pflegekonferenzen nach § 8a Abs. 3 SGB XI eingerichtet werden. ▪ Viele Kommunale Pflegekonferenzen (KPK) sind noch im Aufbau, teils werden KPK in KGK integriert. Sofern es thematisch erforderlich ist, müssen sich KPK und KGK abstimmen. Dort, wo KPK bereits eingerichtet sind, ist der Austausch in der Regel geregelt (KPK in KGK integriert oder Sitz im jeweils anderen Gremium). ▪ Austausch mit Kommunalen Suchtbeauftragten ist institutionalisiert (Sitz im jeweils anderen Gremium)	▪ Kooperationen bestehen zu vielen weiteren Gremien innerhalb und außerhalb der kommunalen Verwaltungsstrukturen. ▪ Landkreise und kreisfreie Städte können nach dem „Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG)“ Pflegekonferenzen als regionale Ausschüsse nach § 8a Abs. 3 SGB XI initiieren und einrichten. Diese befinden sich zurzeit im Aufbau. Eine Ansiedlung bei der Gesundheitsregion^{plus} kann dabei laut Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege wünschenswert sein, um eine enge Verzahnung der Aktivitäten zu gewährleisten, Synergieeffekte zu heben und Doppelstrukturen zu vermeiden.	Je nach Bezirk unterschiedlich: Z. B. Gesundheitspartnerschaft mit der AOK-Nordost, Kooperationen mit Frühen Hilfen, Bezirklichem Pflegetisch, Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstellen (SEKIS)	▪ Das Hamburgische Landespflegegesetz (HmbLPG §2 (4)) ermöglicht den Bezirken die Einrichtung von Pflegekonferenzen (HmbGDG §6(3)). Die bezirklichen Gesundheits- und Pflegekonferenzen werden als partizipatives Instrument genutzt um aktuelle Fragen und Entwicklungen mit Bürgerinnen, Bürgern, lokalen Akteuren zu reflektieren. ▪ Auf Stadtteilebene z. B. als Partner der Lokalen Vernetzungsstellen Prävention	▪ Kooperationen bestehen zu vielen weiteren Gremien innerhalb und außerhalb der kommunalen Verwaltungsstrukturen. ▪ Eine Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren der relevanten Themenfelder, wird auf unterschiedlichsten Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) umgesetzt. ▪ Beispielsweise erfolgt eine Zusammenarbeit mit der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAGE) und der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) oder dem GKV-Bündnis	▪ Kooperationen bestehen zu vielen weiteren Gremien innerhalb und außerhalb der kommunalen Verwaltungsstrukturen (häufig z. B. in den Bereichen Gesetzliche Krankenversicherung, Pflege, Frühe Hilfen, Hospizarbeit, Jobcenter, Bündnis gegen Depression, Hochschulen). ▪ Z. B. bestehen Kooperationen zu örtlichen Pflegekonferenzen in den Landkreisen und kreisfreien Städten, die gemäß § 4 des novellierten Niedersächsischen Pflegegesetzes durchzuführen sind. Durch die Vertretung von Koordinationskräften der Gesundheitsregionen in Pflegekonferenzen wird eine enge strukturelle und inhaltliche Verzahnung angestrebt.	▪ Gegenseitiger, geregelter Austausch zwischen Kommunaler Gesundheitskonferenz und Kommunaler Konferenz Alter und Pflege ▪ Kooperationen bestehen zu vielen weiteren Gremien innerhalb und außerhalb der kommunalen Verwaltungsstrukturen.

[1] Kommunale Konferenzen Alter und Pflege, [2]Stellen Gesundheitskoordination. Zurzeit erfolgt ein sukzessiver Aufbau der Personalstellen. Es wird ein Aufbau der Gesundheits- und Präventionskonferenzen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten angestrebt. [3] Die KGK ist in Baden-Württemberg verpflichtend für alle Kreise mit eigenem Gesundheitsamt (GA). Fünf Stadtkreise ohne eigenes GA, die von einem Landkreis umgeben sind, haben gemeinsam eine KGK gegründet. Die Stadt Karlsruhe hat als einziger Stadtkreis ohne eigenes GA eine KGK eingerichtet. [4] Zurzeit wird gesundheitspolitisch eine gesetzliche Verankerung im Gesundheitsdienstgesetz angestrebt. [5] Die Fördersummen wurden nur bei Förderprogrammen abgefragt. [6] Landrätin/Landrat; Gesundheitsdezernentin/Gesundheitsdezernent [7] Entscheidung liegt bei jeweiliger Gebietskörperschaft

▶ **Tab. 2** Auswahl an Themenschwerpunkten der Gesundheitskonferenzen und -regionen in den Bundesländern[1]

	Prävention und Gesundheitsförderung	Gesundheitsversorgung	Pflege
Baden-Württemberg	▪ Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Kommune und Stadtteil ▪ Ernährung / Bewegung / Übergewicht, Diabetes, Sucht, psychische Gesundheit, Armut und Gesundheit, Gesund älter werden in Kommune / Stadtteil, Betrieben ▪ Integrierte kommunale Strategien (altersübergreifend) ▪ Bewegungsförderung	▪ Sektorenübergreifende Versorgung ▪ (Haus-)ärztliche / ambulante Versorgung ▪ Stationäre Versorgung ▪ Hebammenversorgung und Rehabilitation	▪ Pflegerische Versorgung (bedarfsabhängig)
Bayern	▪ Schwerpunktthemen des StMGP[2] ▪ Förderung der Gesundheitskompetenz ▪ Gesunde Lebenswelten in allen Lebensphasen ▪ Kinder- und Jugendgesundheit ▪ Gesundheitsförderung im Alter ▪ Förderung einer möglichst selbstständigen, aktiven Lebensweise im gewohnten häuslichen Umfeld bis ins hohe Alter	▪ Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Bezug auf Gesundheitsversorgung ▪ Lokale Versorgung in Kuration und Rehabilitation ▪ Zusammenarbeit von ambulantem und stationärem Sektor ▪ Nicht-pflegerische Gesundheitsberufe: Nachwuchsgewinnung, Förderung der Ansiedlung, des Verbleibs und des Wiedereinstiegs	▪ Pflegerische Versorgung ▪ Initiierung und Vernetzung der Beratungs- und Unterstützungsangebote ▪ Personalgewinnung und -verbleib von Pflegekräften bzw. Wiedereinstieg ▪ Steigerung der Attraktivität des Berufs ▪ Träger- und sektorenübergreifende Vernetzung der Ausbildungseinrichtungen im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung ▪ Pflegekonferenzen
Berlin	▪ Lebenphasenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung (z. B. „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“) ▪ Medienkonsum und Gesundheitskompetenz ▪ Psychische Gesundheit – alte und neue Herausforderungen für die Gesundheitsförderung	▪ Behandlung von „Volkskrankheiten“ ▪ Haus- und fachärztliche Versorgung	▪ Demenzielle Erkrankungen ▪ Pflegerische Fachthemen
Hamburg	▪ Stärkung der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung ▪ Förderung der psychosozialen Gesundheit ▪ Förderung von Gesundheitskompetenzen	▪ Aufbau lokaler Gesundheitszentren ▪ Zukunftsfähige, patientenorientierte und sektorenübergreifende Versorgungsansätze	▪ Einrichtung und Anbindung von Pflegekonferenzen
Hessen	▪ Koordination von Präventionsaufgaben	▪ Sicherung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und -strukturen vor Ort ▪ Sektorenübergreifende Versorgung ▪ Versorgungsdichte gerade im (haus)ärztlichen Bereich ▪ Generalisierte Pflegeausbildung ▪ Nachwuchsgewinnung	▪ Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten der Landkreise
Niedersachsen	▪ Psychische Gesundheit ▪ Betriebliches Gesundheitsmanagement ▪ Gesundheitsförderung und Prävention (in diversen Settings und für unterschiedliche Dialoggruppen, z. B. Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, sozial-ökonomisch Benachteiligte) ▪ Förderung der Gesundheitskompetenz	▪ Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (auf dem Land) ▪ Notfallmedizin ▪ Psychiatrische und Psychotherapeutische Versorgung ▪ Hebammenversorgung ▪ Stärkung des ÖGD ▪ Förderung der Gesundheitskompetenz ▪ Sektorenübergreifende Versorgung	▪ Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (auf dem Land) ▪ Hospiz- und Palliativversorgung ▪ Generalistische Pflegeausbildung

▶ **Tab. 2** Fortsetzung.

	Prävention und Gesundheitsförderung	Gesundheitsversorgung	Pflege
Nordrhein-Westfalen	▪ Bedarfsabhängige Themenbearbeitung	▪ Bedarfsabhängige Themenbearbeitung	▪ Kommunale Pflegeplanung ▪ Schaffung von altengerechten Quartiersstrukturen insbesondere unter Einbeziehung neuer Wohn- und Pflegeformen ▪ Beratung stadt- beziehungsweise kreisübergreifender Gestaltungsnotwendigkeiten im Zusammenwirken mit den angrenzenden Kommunen ▪ Mitwirkung beim Aufbau integrierter Unterstützungs-, Entlastungs- und Vernetzungsstrukturen für pflegende Angehörige ▪ Fragen der zukünftigen Sicherung der Pflege in den Kommunen ▪ Unterstützung der örtlichen Aufgabenkoordination, insbesondere im Bereich der Beratung und des Fallmanagements ▪ Beratung von Investitionsvorhaben bei teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen und einer diesbezüglichen Bedarfseinschätzung

[1] Die Tab. zeigt eine Auswahl an Themen. Grundsätzlich werden bedarfsabhängig zahlreiche weitere Themen bearbeitet. Zudem werden regelmäßig Querschnittsthemen (z. B. Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitskompetenz, Qualitätssicherung und –entwicklung) oder Themen entlang aktueller Bedarfe (z. B. anlässlich akuter Krisensituationen wie zuletzt der Corona-Pandemie) behandelt [2] Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

zes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Jahr 1998 gesetzlich verankert [26] und in allen Landkreisen, kreisfreien Städten und der StädteRegion Aachen etabliert. Angepasst an die jeweils örtlichen Verhältnisse und unter Einbeziehung von regional Handelnden und Interessengruppen wird ein breites Themenspektrum aus den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsversorgung behandelt. Zudem bearbeiten die ebenfalls flächendeckend eingeführten Kommunalen Konferenzen Alter und Pflege (KKAP) [27], die in zehn Kommunen mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen zusammengelegt sind und im anderen Fall im stetigen Austausch miteinander stehen, versorgungsrelevante Themen im Handlungsfeld Pflege sowie bestehende gesetzliche Aufträge (z. B. Pflegebedarfsplanung). Auch wenn in Nordrhein-Westfalen damit häufig zwei Konferenzen zur Bearbeitung der Handlungsfelder eingerichtet sind, können diese aufgrund der Konzeption (Zusammenlegung oder enger Austausch) als Gesamtkonzept gewertet werden. Die Konferenzen identifizieren Handlungsbedarfe und -felder und bearbeiten diese. Die Arbeit der KGK sowie der KKAP bezieht sich dabei auch auf die kommunale Gesundheitsberichterstattung und Sozialplanung, an der die Gesundheitskonferenzen bzw. die KKAP mit Stellungnahmen und Empfehlungen mitwirken [28]. Fachlich koordiniert wird die Zusammenarbeit in den KGK durch die unteren Gesundheitsbehörden. Hier ist jeweils die Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz verortet. Die KKAP ist angesiedelt in den Sozialdezernaten der Kreise und kreisfreien Städte und ebenfalls mit Geschäftsstellen hinterlegt.

Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG. NRW) berät die KGK und die KKAP, stellt Arbeits- und Planungshilfen zur Verfügung und fördert den interkommunalen Austausch und Wissenstransfer sowie den Austausch und Wissenstransfer zwischen Landes- und kommunaler Ebene [28]. Auf Landesebene wurde in NRW zudem bereits im Jahr 1991 eine Landesgesundheitskonferenz (LGK) initiiert und durch das Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst [29] 1998 als jährlich tagendendes Gremium verstetigt. Unter dem Vorsitz des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) sind die Schwerpunkte der Arbeit der LGK die Landesberichterstattung über die Gesundheit der Bevölkerung und die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ [30]. Die beratenen gesundheitspolitischen Themen und die verabschiedeten Entschließungen bilden dabei wichtige „Leitplanken“ u. a. für die Arbeit der KGK und verzahnen damit die Landes- mit der kommunalen Ebene.

3.1.2 Freie und Hansestadt Hamburg: Gesundheitskonferenzen

Die sieben Bezirke der **Freien und Hansestadt Hamburg** verfügen über eigene Strukturen für die Bereiche Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Strukturen, als auch die Durchführung von Gesundheits- und Pflegekonferenzen, zählen zu den gesetzlichen Aufgaben des ÖGD der Bezirke. Grundlage bildet hierfür das 2001 in Kraft getretene Hamburgische Gesundheitsdienstgesetz, das den ÖGD beauftragt, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen anzuregen und diese allein oder in Kooperation mit anderen durchzuführen [31]. Daneben ermöglicht das Hamburgische Landespflegegesetz den Bezirken die Einrichtung von

▶ **Tab. 3** Landesweite Flankierung und Unterstützung der Gesundheitskonferenzen und -regionen in den Bundesländern

	Zuständiges Landesministerium und weitere landesweite Gremien	Unterstützungsleistungen	Kontakt
Baden-Württemberg	▪ Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration ▪ Gesetzlich verankerte Landesgesundheitskonferenz ▪ Gesundheitszieleprozess auf Landesebene zur Umsetzung der Gesundheitsstrategie	Durch Landesgesundheitsamt (LGA) als fachliche Leitstelle: ▪ Vernetzung, Erfahrungsaustausch und Informationsweitergabe über Dienstbesprechungen und thematische Austauschformate ▪ Fachliche Beratung / Begleitung u. a. über Curriculum mit 16 Veranstaltungen in 5 Modulen (seit 2021) ▪ Versenden von Veranstaltungshinweisen, Fachinformationen und Fördermöglichkeiten	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration BW; Abteilung 7 – Landesgesundheitsamt BW; Referat 74 – Gesundheitsplanung, Gesundheitsförderung und Prävention, Versorgung; Nordbahnhofstr. 135; 70191 Stuttgart; Tel: 0711–25859–451; E-Mail: maren.reyer@sm.bwl.de; www.gesundheitsamt-bw.de
Bayern	▪ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege ▪ Themenbezogen Bezüge zu weiteren Staatsministerien (z. B. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Pflege)	Durch Fachliche Leitstelle Gesundheitsregionen^{plus} im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL): ▪ Begleitung und Unterstützung der Entwicklung der Gesundheitsregionen^{plus} ▪ Fachliche und strategische Beratung ▪ Organisation Jahrestreffen (2x/Jahr) ▪ Organisation fachliches und überfachliches Schulungsprogramm für Geschäftsstellenleitungen ▪ Förderung von Vernetzung, Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer zwischen den Gesundheitsregionen^{plus} sowie zwischen Land und kommunaler Ebene ▪ Unterstützung bei Evaluation ▪ Vermittlung weiterer, fachlich kompetenter Ansprechpartner bei Bedarf	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL); Sachgebiet GP3: Bayerische Gesundheitsagentur, Gesundheitsversorgung; Fachliche Leitstelle Gesundheitsregionen^{plus}; Schweinauer Hauptstr. 80; 90441 Nürnberg; Tel: 09131 6808–2917; E-Mail: gesundheitsregionplus@lgl.bayern.de; www.lgl.bayern.de/gesundheitsregionenplus
Berlin	▪ Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung ▪ Landesgesundheitskonferenz nach dem Gesundheitsdienst-Gesetz des Landes Berlin (GDG) ▪ Gesundheitszieleprozess auf Landesebene zur Orientierung bei der Erarbeitung bezirklicher Gesundheitsziele	Durch Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin: ▪ Geschäftsstellenfunktion der Landesgesundheitskonferenz (Konzeptionierung, Organisation und Durchführung) ▪ In Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. geführt	Geschäftsstelle Landesgesundheitskonferenz; Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin; Friedrichstraße 23; 110969 Berlin; Tel.: 030–443 190 60; E-Mail: fachstelle@gesundheitbb.de; https://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/landesgesundheitskonferenz
Hamburg	▪ Amt für Gesundheit ▪ Fachliche Begleitung und Unterstützung durch Angebote der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) insbesondere der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC)	▪ Orientierung an den Empfehlungen des gemäß der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes eingerichteten Strategieforums ▪ Zusammenarbeit mit überbezirklichen Bündnissen und Strukturen wie z. B. Pakt für Prävention, Sozialbehörde als zuständige Fachbehörde des Bundeslandes, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.	Amt für Gesundheit; Billstraße 80; 20539 Hamburg
Hessen	▪ Hessisches Ministerium für Soziales und Integration ▪ Begleitung durch das Angebot der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (Hage) und der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC)	Durch Referat „Gesundheitspolitik“ des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration: ▪ Fachliche und inhaltliche Begleitung ▪ Austauschtreffen zwei Mal im Jahr ▪ Multiplikatorenrolle z. B. durch Weiterleiten in von Fortbildungen oder weiteren relevanten Angeboten ▪ Unterstützung durch Förderlotsen des Hessischen Ministeriums des Inneren und für Sport ▪ Unterstützung durch Regionalbeauftragte als Bestandteil der Akademie für den ländlichen Raum	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration; Referat V1 „Gesundheitspolitik“; Sonnenberger Str. 2/2a; 65193 Wiesbaden; E-Mail: Gesundheitsnetze@hsm.hessen.de; https://soziales.hessen.de/gesundheit

▶ **Tab. 3** Fortsetzung.

	Zuständiges Landesministerium und weitere landesweite Gremien	Unterstützungsleistungen	Kontakt
Niedersachsen	▪ Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung ▪ Lenkungsgremium bestehend aus allen Kooperationspartnern (Land Niedersachsen, ÄKN, AOK, BKK Landesverband Mitte, Ersatzkassen, IKK classic, KVN) sowie in beratender Funktion Vertretungen der kommunalen Spitzenverbände, des Landessozialamtes und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS)	Durch Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.: ▪ Fachliche Begleitung und Unterstützung ▪ Landesweite Prozessbegleitung und Projektkoordination ▪ Öffentliche Jahrestagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen ▪ Organisation Koordinatorentreffen (3x/Jahr) im Sinne einer Multiplikatorenschulung und für den überregionalen Austausch ▪ Vernetzung mit anderen landesweiten Initiativen und Projekten	Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Nds. Bremen e. V.; Schillerstraße 32; 30159 Hannover; Tel: 0511 388 11 89 100; E-Mail: lea.oesterle@gesundheit-nds.de, marius.haack@gesundheit-nds.de, maren.preuss@gesundheit-nds.de, steffen.scriba@gesundheit-nds.de; https://gesundheit-nds.de/index.php/arbeitsschwerpunkte-lvg/kommunale-gesundheitsfoerderung/397-gesundheitsregionen; Kontakte der Kooperationspartner; https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html
Nordrhein-Westfalen	▪ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen ▪ Landesgesundheitskonferenz nach Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NW (ÖGDG)	Durch Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW): ▪ Unterstützung und fachliche Begleitung ▪ Beratung, Sammlung und Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen (Wissenstransfer) ▪ Entwicklung fachlicher Konzepte und Strategien (wie z. B. Arbeits- und Planungshilfen) ▪ Konferenzen, Klausurtagungen (1/Jahr) ▪ Regionale und landesweite Netzwerktreffen der Kommunalen Konferenzen Alter und Pflege	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW); Fachbereich Gesunde Lebenswelten; Fachgruppe Gesundheits- und Pflegekonferenzen, Themenentwicklung; Tel: 0234 91535–3300; E-Mail: gaby.schuette@lzg.nrw.de; www.lzg.nrw.de/service/wir/kooperationen/gesundheitskonferenzen/index.html

▶ **Abb. 1** Bundesländer mit gesetzlich verankerten oder landesseitig geförderten Gesundheitskonferenzen und -regionen sowie mit verwandten regionalen Gesundheitsnetzwerken.

Pflegekonferenzen [32]. Die bezirklichen Gesundheits- und Pflegekonferenzen werden als partizipatives Instrument genutzt, um aktuelle Fragen und Entwicklungen mit Bürgerinnen und Bürgern sowie lokalen Akteuren zu reflektieren. Im Jahr 2012 wurde außerdem die Landeskonferenz Versorgung gebildet, die 2017 zur sektorenübergreifenden Landeskonferenz zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (HmbSLKV) erweitert wurde mit der Aufgabe, Empfehlungen und Anregungen zur sektorenübergreifenden gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu geben.

Die Koordination erfolgt über das sog. Kommunale Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM), das überwiegend in den Fachämtern Gesundheit der Bezirke integriert ist [33] und auch eng mit überbezirklichen Bündnissen und Strukturen zusammenarbeitet (z. B. Pakt für Prävention, Sozialbehörde als zuständige Fachbehörde des Bundeslandes, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.). In ihren inhaltlichen Ausrichtungen orientiert sich das KGFM u. a. an den Empfehlungen des gemäß der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes eingerichteten Strategieforums [34]. Dazu zählen die Stärkung der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und die Förde-

rung der psychosozialen Gesundheit. Das KGFM agiert auf bezirklicher Ebene in Gremien und Runden Tischen sowie durch Gesundheitsgespräche zur Förderung von Gesundheitskompetenzen. Es engagiert sich darüber hinaus in überbezirklichen Bündnissen wie dem Pakt für Prävention [35] und auf Stadtteilebene, z. B. als Partner der Lokalen Vernetzungsstellen Prävention [33]. Fachliche Begleitung und Unterstützung erhält das KGFM durch Angebote der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) und der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC).

Die seit dem Jahr 2007 in Kooperation zwischen der Sozialbehörde und den Gesetzlichen Krankenkassen initiierten Lokalen Vernetzungsstellen Prävention wurden in Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung ausgebaut, so dass im Jahr 2021 14 Lokale Vernetzungsstellen Prävention in 21 Stadtteilen in Hamburg eingerichtet sind [33]. Seit dem Jahr 2019 wird zudem der Aufbau lokaler Gesundheitszentren zur medizinischen Versorgung in Verbindung mit gesundheitlichen und sozialen Angeboten in Stadtteilen mit hoher Konzentration sozialer und gesundheitlicher Problemlagen durch die Freie und Hansestadt Hamburg (Sozialbehörde) gefördert. Ziel ist die Weiterentwicklung zukunftsfähiger, patientenorientierter und sektorenübergreifender Versorgungsansätze [33].

3.1.3 Land Berlin: Gesundheitskonferenzen

Eine **Berliner** Landesgesundheitskonferenz (LGK) besteht seit dem Jahr 2004 und wurde 2006 im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG § 3, Abs. 6) verankert. Sie stellt eine an Regeln gebundene Form der Zusammenarbeit der örtlichen Akteure aus dem Gesundheitswesen, der Politik, der Verwaltung, dem Bildungswesen und weiteren relevanten Bereichen dar. Diese stellen ihre Expertise und ihre Kompetenz gemeinsam in den Dienst der Ziele der Landesgesundheitskonferenz. Zentrales Anliegen der LGK ist es, die gesundheitlichen Lebensbedingungen in Berlin, die gesundheitliche Versorgung und die gesundheitliche Lage der Berliner Bevölkerung nachhaltig zu verbessern und gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen. Dazu ermitteln und priorisieren die Mitglieder der LGK relevante Handlungsfelder und formulieren Gesundheitsziele. Diese gesundheitspolitischen Empfehlungen richten sich sowohl an die Landesregierung als auch an das Abgeordnetenhaus Berlin, das insbesondere über die Veranschlagung von Mitteln für Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention im Landeshaushalt zu entscheiden hat. Die Umsetzung der Gesundheitsziele erfolgt im Rahmen der Selbstverpflichtung ihrer Mitglieder.

Neben der LGK sind die zwölf Berliner Bezirke nach dem Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG, § 3 Abs. 5) seit 2006 angehalten, Gesundheitskonferenzen einzurichten. Diese tragen dazu bei, bezirkliche Gesundheitsziele zu erarbeiten und die ressortübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. Zuständig für die Vorbereitung und Durchführung der Gesundheitskonferenz ist in den Berliner Bezirken die „Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OE QPK)“ die, neben dem Gesundheitsamt Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist. Der Fokus der bezirklichen Gesundheitskonferenzen, die teils auch als Präventionskonferenz oder Gesundheitszielekonferenz bezeichnet werden, liegt im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Berlin (Träger ist Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.) unterstützt themenbezogen die OE QPK nach Bedarf – z. B. im Zuge der bezirklichen Unterstützung beim Ausbau von Präventionsketten und bei der inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation der Gesundheitskonferenz. Dabei werden die im Rahmen der LGK entwickelten Gesundheitsziele, Handlungsfelder und Maßnahmen berücksichtigt. Gefördert wird die KGC Berlin von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen und dem GKV-Bündnis für Gesundheit (die Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände).

3.1.4 Baden-Württemberg: Kommunale Gesundheitskonferenzen

Die ersten Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) wurden in **Baden-Württemberg** ausgehend von der 2009 erstmals beschlossenen „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg“ aufgebaut [36, 37]. Eine von der AG „Standortfaktor Gesundheit“ des Gesundheitsforums BW eingesetzte Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ unter Leitung des Landkreistags legte in der Folge eine Konzeption für die Einrichtung und Umsetzung von KGK in Baden-Württemberg vor [38]. Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsgesetz, LGG) im Dezember 2015 sind alle Land- und Stadtkreise mit einem eigenen Gesundheitsamt dazu verpflichtet, eine KGK einzurichten (vgl. § 5 Abs.1, LGG). Über das Finanzausgleichsgesetz erhalten die Stadt- und Landkreise hierfür finanzielle Zuwendungen (vgl. § 5 Abs.7, LGG). Die KGK sind eine zentrale Struktur um Gesundheitsplanung – seit 2015 eine der gesetzlich verankerten Kernaufgaben des ÖGD in BW (vgl. § 6 Abs.3, ÖGDG) – auf Kreisebene umzusetzen.

Seit 2018 sind in Baden-Württemberg flächendeckend 39 KGK eingerichtet [39]. Die Netzwerke zielen darauf ab, regionale Bedarfe in den drei im Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg [40] definierten Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung und Pflege zu identifizieren, Handlungsempfehlungen bzw. Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Die KGK-Geschäftsstelle ist in der Regel entweder im Gesundheitsamt oder als Stabsstelle im Landratsamt angesiedelt und wird von der Landrätin oder dem Landrat bzw. der Oberbürgermeisterin oder dem Oberbürgermeister geleitet. In der Regel verfügen die KGK über ein steuerndes Gremium (Lenkungs- oder Steuerungskreis), das Themen und Ziele vorbespricht. Über ein Plenum werden wiederum die zu bearbeitenden Themen beraten und abgestimmt. Konkret bearbeitet werden Themen in Arbeitskreisen, in denen anlass- und themenbezogen Mitglieder des Plenums, des Steuerungsgremiums, weitere Expertinnen und Experten sowie engagierte Bürgerinnen und Bürger mitarbeiten [17]. Seit 2019 können in Baden-Württemberg Kommunale Pflegekonferenzen eingerichtet werden [§ 4 Abs.1 Landespflegestrukturgesetz, 41] die jeweils für die Dauer von zwei Jahren finanziell von Landesseite gefördert werden. Soweit thematisch erforderlich, sind sie verpflichtet, sich mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen abzustimmen. Stellenweise werden auch intensivere Formen der Zusammenarbeit ge-

wählt, die von einer gemeinsamen Geschäftsstelle über gemeinsame Plenumssitzungen bis hin zu gemeinsam durchgeführten Projekten reichen.

Auf Landesebene werden die Aktivitäten der KGK im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in Abteilung 7 – Landesgesundheitsamt (LGA) zusammengeführt und koordiniert. Auf Landesebene ist eine Landesgesundheitskonferenz (LGK) eingerichtet, die ebenfalls im LGG gesetzlich verankert ist [42]. Sie findet jährlich unter Vorsitz des für Gesundheit zuständigen Ministerin oder des zuständigen Ministers statt und koordiniert und begleitet die Umsetzung des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg. Im nichtöffentlichen Teil der LGK haben die Sprecherinnen und Sprecher der KGK einen festen Sitz.

3.2 Gesundheitskonferenzen und -regionen auf Basis landesweiter Förderprogramme

3.2.3 Niedersachsen: Gesundheitsregionen

In **Niedersachsen** werden nach Abschluss und Evaluation der Pilotphase von 2011 bis 2013 (ehemals als „Zukunftsregionen Gesundheit") [14, 43] bereits in einer vierten Förderphase Gesundheitsregionen und -konferenzen gefördert. Seit 2014 wurden im Rahmen des landesweiten Förderprogramms [44] in 38 von insgesamt 46 Landkreisen und kreisfreien Städten diese kommunal verankerten Strukturen aufgebaut, die sich in 30 Gesundheitsregionen bündeln. Meist unter Federführung der Verwaltungsspitzen gestalten die beteiligten Akteure ressortübergreifend und intersektoral Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention. Auch pflegerelevante Themen werden anlassbezogen und/oder im Zusammenwirken mit Pflegekonferenzen bearbeitet. Initiator des landesweiten Programms ist das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung. Weitere Fördernde und damit Mitglieder eines landesweit steuernden Lenkungsgremiums sind zudem die AOK Niedersachsen, die Ersatzkassen, der BKK Landesverband Mitte und die IKK classic sowie die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen [45]. Teilnehmende Landkreise und kreisfreie Städte haben eine Koordinierungsstelle sowie eine interdisziplinäre Steuerungsgruppe eingerichtet, über Gesundheitskonferenzen eine Vernetzung der Handelnden vor Ort forciert, Engagement in Arbeitsgruppen gebündelt und Maßnahmen für verbesserte Vernetzungsstrukturen oder eine optimierte Versorgungs- und Angebotslage initiiert. Auf Ebene der Steuerungs- und Arbeitsgruppen werden zudem Bevölkerungs-, Bedarfs- und Erreichbarkeitsanalysen erstellt, um die regionalen Bedarfslagen adäquat adressieren zu können.

Über das Förderprogramm erhalten die Gesundheitsregionen ein jährliches Budget für z. B. die Finanzierung von Personalkosten, (fachbezogene) Gesundheitskonferenzen oder regionale Maßnahmen. Außerdem können sie zu einem jährlichen Stichtag für die Umsetzung umfänglicherer innovativer Versorgungs- und/oder Kooperationsprojekte weitere Fördermittel beantragen, die das o. g. Lenkungsgremium bereitstellt [44]. Bislang wurden mehr als 40 Vorhaben bewilligt. Zahlreiche weitere Projekte wurden zudem über andere Fördertöpfe (z. B. ESF-Multifondsprogramm [46], GKV-Präventionsmittel [47], lokales Sponsoring und in Eigenregie der Gesundheitsregionen) umgesetzt. Insgesamt wurden seit Bestehen der Gesundheitsregionen fast 200 Projekte und Aktivitäten entwickelt.

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. (LVG & AFS) übernimmt die landesweite Koordination und Prozessbegleitung und unterstützt die Arbeit der Gesundheitsregionen vor Ort landesseitig und projektübergreifend auch durch Zusammenarbeit z. B. mit der KGC Niedersachsen und den Präventionsketten Niedersachsen [47].

3.2.1 Bayern: Gesundheitsregionen^{plus}

In **Bayern** werden seit 2015 „Gesundheitsregionen^{plus}" auf Kreis- oder Kreisregionenebene durch das Gesundheits- und Pflegeministerium (StMGP) gefördert. Vorläufer waren u. a. die Modellprojekte „Regionale Gesundheitskonferenzen" und „Gesunde Landkreise: Runde Tische zur Regionalen Gesundheitsförderung" sowie die im Schwerpunkt gesundheitswirtschaftlich ausgerichteten „Gesundheitsregionen". Aktuell wird zur dauerhaften Einrichtung eine Verstetigung und gesetzliche Verankerung im Gesundheitsdienstgesetz angestrebt.

Unter Einbindung relevanter lokal Handelnder im Gesundheitswesen, aus Politik und Verwaltung bestehen die Gesundheitsregionen^{plus} aus einer koordinierenden Geschäftsstelle, einem strategisch steuernden Gesundheitsforum unter Vorsitz von Landrätin bzw. Landrat bzw. Oberbürgermeisterin bzw. Oberbürgermeister und themenbezogenen Arbeitsgruppen. Teils werden zusätzliche Lenkungskreise eingesetzt. Institutionell verankert sind die Geschäftsstellen in der Regel bei den unteren Gesundheitsbehörden. Sie sind Anlaufstelle für alle Mitglieder und koordinieren zwischen Gesundheitsforum und Arbeitsgruppen. Mitglieder des Gesundheitsforums sind relevante Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsversorgung und Pflege vor Ort. Oberste Zielsetzung der Gesundheitsregionen^{plus} ist, den Gesundheitszustand der Bevölkerung entlang der regional erhobenen Bedarfe, gerade auch im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit, zu verbessern und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhöhen. Die Regionen widmen sich hierzu vorrangig den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsversorgung und Pflege.

Unterstützt werden sie dabei von einer im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) eingerichteten „Fachlichen Leitstelle Gesundheitsregionen^{plus}".

3.2.2 Hessen: Gesundheits- und Präventionskonferenzen

Seit dem Jahr 2021 werden in **Hessen** durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration Personalstellen zum Aufbau kommunaler Gesundheitsstrategien auf Kreisebene gefördert [48]. Die Förderung der Personalstellen „Gesundheitskoordination" baut auf dem Programm „Bildung regionaler Gesundheitsnetze" aus dem Jahr 2019 auf. Ziel der Förderung ist es, eine regionale Gesamtstrategie „Gesundheit" aufzubauen. Die vom Land geförderten „Gesundheitskoordinatorinnen" und „Gesundheitskoordinatoren" fungieren als Geschäftsstellen für „kommunale Gesundheits- und Präventionskonferenzen", welche unterschiedliche gesundheitliche Versorgungsangebote auf Kreisebene sowie Präventionsmaßnahmen koordinieren und miteinander vernetzen. Im Fokus der fachübergreifend arbeitenden Stelle steht hierbei stets die Umsetzung eines „Health in all policies"-Ansatzes, um ein Denken von Gesundheit als Querschnittsthema in allen Politikfeldern zu fördern und in

den kommenden Jahren vergleichbare Strukturen in allen ländlich strukturierten Räumen Hessens aufzubauen [48].

In Hessen bestehen sechs regionale Gesundheitskonferenzen, die sich auf die sechs Versorgungsregionen nach dem Hessischen Krankenhausgesetz beziehen, in denen insbesondere sektorenübergreifende Themen diskutiert werden. Darüber hinaus erfolgt ein jährlicher Austausch mit dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V sowie mit den auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte des Versorgungsgebiets vorhandenen Gesundheitskonferenzen. Damit wird ein durchgehender Kommunikationsfluss sichergestellt. Unter dem Dach der Landesrahmenvereinbarung Prävention werden darüber hinaus aktuell Überlegungen unter den Partnern getätigt, wie auf Landesebene der „Health in all Policies"-Ansatz verstärkt umgesetzt werden kann.

Die zentralen Ergebnisse zu gesetzlich verankerten Gesundheitskonferenzen sowie Gesundheitskonferenzen und -regionen auf Basis landesweiter Förderprogramme werden in den ▶ **Tab. 1–3** dargestellt. ▶ **Tab. 1** zeigt deren zentrale Merkmale auf, wie etwa Förder- bzw. Rechtsgrundlagen, Ansiedelung der Netzwerkkoordination und Gremienstruktur. ▶ **Tab. 2** stellt eine Auswahl der durch die Gesundheitskonferenzen und -regionen bearbeiteten Themenschwerpunkte dar. In ▶ **Tab. 3** wiederum wird die Flankierung und Unterstützung der Netzwerkstrukturen auf kommunaler Ebene durch die Landesebene aufgeführt.

3.3 „Verwandte" regionale Gesundheitsnetzwerke in weiteren Bundesländern

3.3.1 Brandenburg

In **Brandenburg** wurden im Rahmen der GKV-Strukturförderung auf kommunaler Ebene sieben Strukturaufbauprozesse angestoßen [49]. Bereits seit 2000 wurden zu Beginn des Gesundheitszieleprozesses unter Moderation des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz Kooperationsstrukturen zur Bearbeitung der fünf definierten Handlungsfelder aufgebaut. Diese beinhalten zumeist ein fachlich und landespolitisch beratendes Plenum, einen Steuerkreis sowie Arbeitsgruppen. Eine enge Verzahnung mit der Gesundheitsberichterstattung und Evaluation von Maßnahmen und Strukturen anhand dieser wird befürwortet [50].

3.3.2 Freie Hansestadt Bremen

In der **Freien Hansestadt Bremen** werden Koordinierungsstellen und Ansprechpersonen in Schulen und Quartieren auf Initiative der senatorischen Behörden und unter Beteiligung von Krankenkassen im Rahmen des Präventionsgesetzes gefördert [51, 52]. Inhaltlicher Fokus ist in beiden Projekten die Förderung von Gesundheitskompetenz und der Ausbau von Vernetzungsstrukturen in Bremen und Bremerhaven. Eine ressortübergreifende Begleitung und Beratung erfolgt in beiden Projekten durch einen Beirat bzw. ein Steuergremium. Die Folgeförderung und Ausweitung des Projekts Gesundheitsfachkräfte an Schulen übernahm ab Februar 2021 die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz allein. Die Projektkoordination übernimmt die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. Bremen e. V. gemeinsam mit dem Gesundheitsamt Bremen. Das Projekt Gesundheitsfachkräfte im Quartier wird finanziert durch die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz und die Koordination des Projekts liegt bei der LVG & AFS.

3.3.3 Mecklenburg-Vorpommern

In **Mecklenburg-Vorpommern** wurde 2008 das Aktionsbündnis für Gesundheit auf Initiative des Gesundheitsministeriums gegründet und 2016 als Gremium zur Gesundheitszieldefinition in die Landesrahmenvereinbarung aufgenommen. Seit Übergabe der Gesundheitsziele an den zuständigen Minister im September 2020 bereitet die Steuerungsgruppe des Aktionsbündnisses weitere Schritte vor, die unter Einbeziehung der Mitglieder umgesetzt werden sollen. Perspektivisch sollen die Gesundheitsziele allen Akteuren im Land als Orientierung und Qualitätskriterium dienen. Die Arbeit des Aktionsbündnisses und seiner Steuerungsgruppe wird durch Mitarbeiter des zuständigen Ministeriums koordinierend unterstützt**.** Mitglied im Netzwerk des Aktionsbündnisses sind u. a. Öffentlicher Gesundheitsdienst, kommunale Spitzenverbände, Leistungserbringer, Sozialleistungsträger und Landesverbände.

3.3.4 Rheinland-Pfalz

Verschiedene Programme in **Rheinland-Pfalz** führen zu Engagement und Strukturaufbau im Bundesland. Neben optionalen regionalen Gesundheitskonferenzen [53] bieten gesetzlich verankerte Pflegekonferenzen Möglichkeiten zur verbesserten Versorgungssituation [54]. Das GKV-Bündnis fördert auch hier landesspezifische Programme [55] sowie Strukturen in drei Kreisen.

3.3.5 Saarland

Im **Saarland** setzt der Verein für Prävention und Gesundheit (PuGiS e. V.) das Aktionsbündnis „Das Saarland lebt gesund!" auf der Landes- und kommunalen Ebene um. Es wird anteilig durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit sowie das sog. GKV-6 Bündnis finanziert. Zielstellungen sind u. a. der landesweite Aufbau gesundheitsförderlicher kommunaler Strukturen sowie die flächendeckende Etablierung und Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Alle fünf saarländischen Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken sind Kooperationspartner. Von 52 saarländischen Städten und Gemeinden sind aktuell 39 im Netzwerk aktiv. Auf Landes-, Landkreis- aber auch auf Ebene der Städte und Gemeinden existieren Lenkungskreise, die sich aus relevanten Partnern zusammensetzen. Seit 2017 erfolgt im Saarland zudem die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung. Jährlich tagt diesbezüglich eine Landespräventionskonferenz und schreibt das sog. Eckpunktepapier „Prävention" fort. Weiterhin haben alle vier antragsberechtigten Gebietskörperschaften einen Antrag auf GKV-Strukturförderung gestellt [49], sind bewilligt worden und bringen sich inhaltlich in die Arbeit der Lenkungskreise des Aktionsbündnisses von „Das Saarland lebt gesund!" ein.

3.3.6 Sachsen

In **Sachsen** wurden auf freiwilliger Basis in allen Landkreisen und kreisfreien Städten regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung (RAG) oder ähnliche Arbeitsgemeinschaften mit unterschiedlichen Arbeitsstrukturen eingerichtet. Größtenteils hat sich die Koordination und Organisation durch das jeweilige Gesundheitsamt bei den RAG bewährt. Neben ihrer Steuerungsfunktion setzen die RAG ihre abgestimmten Konzepte der kommunalen Ge-

sundheitsförderung um [56]. Die Umsetzung wird auf der Grundlage einer Förderrichtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt gefördert [57]. Seit 2016 erfolgt in Sachsen die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (LRV). Im LRV-Strategiekonzept ist die kommunale Ebene als Dachsetting strategisch mit inhaltlichen sowie strukturellen Zielen und Maßnahmen, wie der Unterstützung, Beratung und Qualifizierung beim Strukturaufbau zur kommunalen Gesundheitsförderung, untersetzt. Vertretungen der Kommunalen Spitzenverbände sind aktiv in die LRV-Arbeitsgruppen eingebunden [58, 59]. Von insgesamt zehn antragsberechtigten Landkreisen und zwei antragsberechtigten kreisfreien Städten erhalten derzeit drei dieser Gebietskörperschaften eine Strukturförderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit [49].

3.3.7 Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt sind Gesundheitsziele die Grundlage gesundheitsförderlicher Regionalentwicklung: 1998 mit Gesundheitsexperten entwickelt, 2003 im Auftrag des Gesundheitsministeriums von der Landesvereinigung für Gesundheit modifiziert, orientieren sich die Ziele seitdem an Prävention und Gesundheitsförderung. Landesweit verfolgen Arbeitskreise aus regionalen Akteuren eigenständig die Zielerreichung. Eine alle zwei Jahre stattfindende Landesgesundheitskonferenz bündelt Erkenntnisse und Erfahrungen und setzt neue Impulse. Parallel dazu entwickeln lokale, regionale oder auf Landkreisebene agierende Akteure und kommunale Entscheidungsträgerinnen und -träger vorrangig über Projektansätze, Strukturen zur Steuerung und Umsetzung von Gesundheitsthemen. Seit Verabschiedung des Präventionsgesetzes finden sich zunehmend regionale Ansätze gesundheitszielspezifischer Arbeit.

3.3.8 Schleswig-Holstein

Über partizipative Gesundheitsforen wurde in **Schleswig-Holstein** der Gesundheitszieleprozess vertieft. Ressort- und sektorenübergreifende Arbeitsgruppen unter Moderation des Ministeriums für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein übernahmen die Umsetzung. Finanzmittel wurden landesseitig zur Verfügung gestellt [60]. Außerdem werden vier Gebietskörperschaften im Rahmen der GKV-Förderung durch die Landesvereinigung für Gesundheit Schleswig-Holstein begleitet [49]. Hier befinden sich Gesundheitskonferenzen und runde Tische in intensiven Planungsprozessen mit der lokalen Gesundheitsplanung. Dabei variieren die Größe und Struktur der Sozialräume stark.

3.3.9 Thüringen

In **Thüringen** sollen zur Umsetzung eines der Gesundheitsteilziele „Kommunale Netzwerkstrukturen“ ebensolche zum Thema Gesundheit etabliert und durch den ÖGD koordiniert werden. Im Jahr 2004 wurde das Projekt „Runde Tische Gesundheit“ ins Leben gerufen [61] und als „Netzwerke Gesunde Kommune“ weiterentwickelt und verstetigt. Die prozessbegleitende Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit ist seit 2008 im institutionellen Haushalt der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. durch Förderung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie verstetigt. Die Zielsetzung wurde im Strategiepapier der Landesgesundheitskonferenz Thüringen von 2017 [62] sowie dem Beschluss 1/2018 ÖGD „Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung in Thüringen“ bestärkt [63]. Vielerorts bilden sich Netzwerke im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention mit heterogenen regionsspezifischen und bedarfs-/bedürfnisorientierten Schwerpunkten [64]. Integrierte ressortübergreifende Strategien sind dabei bei allen Ansätzen konzeptionell verankert. Im Rahmen der GKV-Strukturförderung wurden in Thüringen in sechs Gebietskörperschaften Strukturaufbauprozesse angestoßen bzw. mit bereits bestehenden Netzwerkaktivitäten zum Themenkomplex Gesundheitsförderung und Prävention verknüpft.

3.3.10 Strukturen zum landesweiten Austausch

In **Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen** bestehen aktive Strukturen zum landesweiten Austausch. So findet in Bremen der Austausch beispielsweise über einen projektbezogenen und ressortübergreifenden Projektbeirat und Steuerkreis sowie das Programm „Wohnen in Nachbarschaft“ statt [65], in Mecklenburg-Vorpommern über regelmäßige Plenumssitzungen des Aktionsbündnisses Gesundheit [66]. In Rheinland-Pfalz tagen auf Basis der Landesrahmenvereinbarung z. B. das Landespräventionsnetzwerk Kommunale Gesundheitsförderung sowie die Landespräventionskonferenz als übergeordnetes Entscheidungsgremium [67]. In Sachsen finden mindestens zwei Mal jährlich bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Vernetzungstreffen mit Vertretungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung (RAG) statt [68]. Alle zwei Jahre formuliert wiederum in Sachsen-Anhalt die Landesgesundheitskonferenz auf Basis der Gesundheitsberichterstattung des Landes entlang definierter Themen Ziele, deren Umsetzung landesweit über Arbeitskreise und unter Einbindung regionaler Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger eigenständig erfolgt. Seit 2018 beruft das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration außerdem ad hoc Runde Tische für die Bearbeitung von Handlungsbedarfen ein. Und in Thüringen besteht ein Angebot zur Teilnahme an den zweimal jährlich stattfindenden Arbeitsgruppen „Kommunale Gesundheitsförderung“ (für die Akteure der Gesundheitsförderung Thüringens) sowie „Interkommunaler Austausch“ (für begleitete Modellkommunen) [69] .

Eine wichtige Aufgabe bei der Unterstützung von Netzwerkaktivitäten auf kommunaler Ebene in den entsprechenden Bundesländern nehmen auch die Landesvereinigungen für Gesundheit und die von der GKV und den Ländern sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geförderten bzw. unterstützten Koordinierungsstellen Gesundheitlicher Chancengleichheit auf Landesebene [70] wahr. Sie unterstützen die Netzwerkarbeit vor Ort, dienen aber darüber hinaus als Multiplikatoren und fördern den fachlichen Austausch und Transfer, z. B. über die Weitergabe von Fachinformationen oder über Veranstaltungen.

4. Diskussion

Obwohl von Landesseite geförderte bzw. landesseitig gesetzlich verankerte Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen zum Teil bereits langjährig bestehen, lag bisher kein detaillierter Überblick unter Mitwirkung der einzelnen Bundesländer vor. Die vorliegende narrative Übersichtsarbeit hat daher zum Ziel, den

Stand von Gesundheitskonferenzen und -regionen als Instrument regionaler Planung und Steuerung im Gesundheitswesen zu erfassen sowie zu diskutieren.

Gesundheitskonferenzen und -regionen können – so zeigt sich – einen wichtigen Beitrag zur zukunftsfähigen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens leisten, indem sie tragfähige Netzwerkstrukturen unter Einbindung vor Ort relevanter Akteure und Berufsgruppen etablieren und so auf mehr Kooperation und Netzwerkbildung im regionalen Gesundheitswesen hinwirken. Ihr Alleinstellungsmerkmal liegt dabei darin, dass durch die im Rahmen von Gesundheitskonferenzen und -regionen ablaufenden Planungs- und Steuerungsprozesse die häufig unverbundenen, nebeneinander bestehenden regionalspezifischen Vorsorge- und Versorgungsstrukturen im medizinischen und pflegerischen Bereich sowie im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne eines regionalen Gesamtansatzes weitentwickelt werden. Gesundheitskonferenzen und -regionen können damit als „Dach" gesundheitsbezogener Aktivitäten fungieren. Dabei geht es beim Aufbau entsprechender Netzwerkstrukturen nicht um den Ersatz bestehender Ansätze im Sinne konkurrierender Netzwerkarbeit, sondern um eine Zusammenführung und Koordination sowie die Überwindung bestehender Schnittstellenverluste an Sektoren- und Ressortgrenzen. Eine zentrale Rolle in diesem Prozess nimmt die Kreis- (Flächenländer) bzw. Bezirksebene (Stadtstaaten) als Dachsetting ein, indem sie Gesundheitskonferenzen oder -regionen amtsübergreifend [71] initiiert und in fachlicher Anbindung an den Öffentlichen Gesundheitsdienst moderiert bzw. umsetzt. Gesundheitsämter „[…] besitzen den Zugang zu und die Kompetenz zur anwendungsorientierten Aufbereitung der Gesundheitsdaten der örtlichen Bevölkerung. Sie sind in die Strukturen vor Ort mit einer Art „Drehscheibenfunktion" für viele kommunale Dienste eingebunden und pflegen vielfache Arbeitsbeziehungen zu anderen kommunalen Behörden wie dem Schul-, Sozial- oder Jugendamt [und nicht zuletzt verfügen Sie…] über Zugangsmöglichkeiten zu den verschiedenen, auch vulnerablen Zielgruppen und Lebenswelten vor Ort (v. a. Kindertagestätten, Schulen, Alten- und Pflegeheimen, Wohnbezirken, Stadt- oder Gemeindeteile)" [72]. Der Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst führt aus: „Es bedarf auch auf kommunaler Ebene fester, flächendeckender Leit- und Koordinierungsstellen. Dies ermöglicht eine fächerübergreifende Zusammenarbeit mit staatlichen Partnern und Organisationen der Zivilgesellschaft. Diese Kooperationen müssen nachhaltig und belastbar angelegt sein, um in Krisensituationen kurzfristig darauf zurückgreifen zu können. Beispiele sind regionale Gesundheitskonferenzen und die Gesundheitsregionen^{plus}" [73, S.13]. Entsprechende Netzwerke unterstützen die kommunale Ebene dabei, sich für die Weiterentwicklung der Strukturen im Sinne kommunaler Daseinsvorsorge verantwortlich zu zeigen.

Es zeigt sich, dass Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsregionen und verwandte regionale Gesundheitsnetze in einer Vielzahl der Landkreise und kreisfreien Städte bzw. auf Bezirksebene in Stadtstaaten in allen deutschen Bundesländern zu finden sind (vgl. ▶ **Abb. 1**) [10]. Die Einrichtung von Gesundheitskonferenzen und -regionen basiert dabei aktuell sowohl auf entsprechenden Rechtsgrundlagen der Länder als auch auf landesweiten Förderprogrammen. Durch verbindliche Rechtsgrundlagen wurden Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen, der Freien und Hansestadt Hamburg, dem Land Berlin und Baden-Württemberg dauerhaft und flächendeckend auf Kreis- bzw. Bezirksebene eingerichtet. In den Bundesländern Bayern, Niedersachsen und Hessen basieren sie auf Förderprogrammen mit begrenzter Laufzeit. Bayern strebt eine gesetzliche Verstetigung der Gesundheitsregionen^{plus} an [74]. Deren Einrichtung soll nach den aktuellen Überlegungen eine Dienstaufgabe der Gesundheitsämter werden. Darüber hinaus haben bundesweit einzelne Landkreise, kreisfreie Städte bzw. Stadtbezirke verwandte Netzwerkstrukturen, zum Beispiel mithilfe der GKV-Strukturförderung [49], aufgebaut.

Die Analyse der vorab genannten Strukturen ergab deutliche Unterschiede im Hinblick auf die erreichte Flächendeckung mit Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen. Die Einführung auf Basis verbindlicher Rechtsgrundlagen geht dabei mit einer Flächendeckung in den entsprechenden Bundesländern einher. Eine gesetzliche Verankerung von Gesundheitskonferenzen und -regionen als Pflichtaufgabe wirkt zudem darauf hin, dass auch finanzschwächere Kreise (Flächenländer) bzw. Bezirke (Stadtstaaten), oder solche unter Haushaltsaufsicht tätig werden können und dass die Aufgabenwahrnehmung erheblich unabhängiger von zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln auf Landesebene erfolgen kann. Keine Flächendeckung verzeichnen die Bundesländer mit landesweitem Förderprogramm, wenngleich mittlerweile ebenfalls hohe Beteiligungsquoten erreicht werden konnten (etwa 80 %, vgl. ▶ **Tab. 1**). Diese sind Hinweis darauf, dass auf kommunaler Ebene teilweise eine hohe Motivation zur Einrichtung entsprechender Strukturen besteht – unabhängig davon, ob es sich dabei um eine Pflichtaufgabe oder freiwilliges Engagement handelt. In den Bundesländern mit verwandten Ansätzen besteht bislang keine so hohe Flächendeckung. Im Allgemeinen zeigt sich, dass Förderrichtlinien mit begrenzter Laufzeit geringere Perspektiven für eine Verstetigung entsprechender Strukturen mit sich bringen, Fluktuation z. B. bei den Personalstellen der Netzwerkkoordination begünstigen können und als ein tendenziell hemmender Faktor für eine stabile und dauerhafte Netzwerkarbeit eingeschätzt werden [75].

Die Ausgestaltung der Gesundheitskonferenzen und -regionen unterscheidet sich zwischen den Bundesländern sowie auch zwischen den Kreise (Flächenländer) bzw. Bezirke (Stadtstaaten) innerhalb eines Bundeslandes zum Teil erheblich (vgl. ▶ **Tab. 1**). Zu den gemeinsamen Kennzeichen zählt eine regionale Netzwerkkoordination, die über gesetzliche Regelungen bzw. über Förderungen von Landesseite als Vollzeit bzw.- Teilzeitstelle zumeist am Öffentlichen Gesundheitsdienst eingerichtet wird. In den diskutierten verwandten regionalen Gesundheitsnetzwerken fehlt demgegenüber häufig eine entsprechende Personal- bzw. Geschäftsstelle auf operativer Ebene bzw. deren Förderung/Gegenfinanzierung. Die durch die Förderprogramme und gesetzlichen Grundlagen der Länder definierten übergeordneten Aufgaben sind vielfältig und reichen von der Erhebung gesundheitlicher Bedarfe in der Bevölkerung sowie der vorhandenen regionalen Strukturen der Gesundheitsversorgung und Vorsorge, über den Aufbau von Netzwerkstrukturen zur verbesserten Koordination und Kooperation der regionalen Akteure bzw. Einrichtungen, bis hin zur Erarbeitung von Konzepten und Beschlussfassungen zur strategischen Weiterentwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung und Vorsorge einschließlich der Festlegung prioritärer Handlungsfel-

der, Zielgruppen und Settings sowie schließlich der Konzeption bedarfsbezogener Maßnahmen und Kooperationsprojekte und deren Umsetzung (vgl. ▶ **Tab. 1**). Nicht zuletzt widmen sich Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen dem Aufbau einer Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung des Netzwerks und der gesundheitsbezogenen Kommunikation mit der Bevölkerung.

Die Arbeit spielt sich innerhalb der regionalspezifisch organisierten Netzwerk- und Gremienstrukturen ab, welche zumeist aus einem Hauptgremium (z. B. Gesundheitskonferenz, Plenum, Gesundheitsforum) mit daran angegliederten Arbeitsgruppen sowie teils aus zusätzlichen Lenkungs- oder Steuerungskreisen bestehen. Es zeigt sich zudem eine Anbindung der Gesundheitskonferenzen und -regionen an die Kommunalpolitik, etwa indem Landrätinnen oder Landräte bzw. Oberbürgermeisterinnen oder Oberbürgermeister bzw. die für Gesundheit zuständige Stadträtinnen oder Stadträte den Vorsitz innehaben. Nicht zuletzt ist zentrales gemeinsames Merkmal aller Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen das Konsensprinzip, nach welchem die strategische und inhaltliche Ausrichtung des Netzwerks in gemeinsamer Abstimmung unter den beteiligten Akteuren und Einrichtungen festgelegt wird [12]. Das Konsensprinzip erhöht die Akzeptanz getroffener Entscheidungen bei den Akteuren. Gleichzeitig beinhaltet es insbesondere bei strittigen Fragestellungen die Gefahr, einen Konsens nur im Sinne des „kleinsten gemeinsamen Nenners" zu finden. In jenem Fall können Steuerungswirkung, aber auch Innovationskraft, nur in geringerem Ausmaß entfaltet werden. Durch unterschiedliche Meinungen, Perspektiven und Zuständigkeiten kann die Bindungswirkung von Gesundheitskonferenzen und -regionen folglich eingeschränkt sein.

Entsprechend ihres regionalbezogenen Ansatzes bearbeiten die Gesundheitskonferenzen und -regionen ein breites Themenspektrum mit dem Ziel, Schnittstellen und Synergien zu nutzen sowie bedarfsbezogen bestehenden Herausforderungen im regionalen Gesundheitswesen zu begegnen. Wie ▶ **Tab. 2** aufzeigt, wird ein breites Spektrum an Zielgruppen, Settings und gesundheitlichen Problemlagen sowie Bedarfe in den Blick genommen. In der Gesundheitsförderung und Prävention stehen neben Themen der Ernährungs- und Bewegungsförderung die sozialraum- bzw. sozial-lagenorientierte Gesundheitsförderung bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen, die Förderung der psychischen Gesundheit, Angebote der Kinder- und Jugendgesundheit (gesundes Aufwachsen) sowie der Gesundheit von Seniorinnen und Senioren (gesundes Älterwerden) im Vordergrund. Querschnittsthemen bilden beispielsweise die Förderung der Gesundheitskompetenz und der Aufbau integrierter kommunaler Strategien bzw. Präventionsketten. Im Themenfeld Gesundheitsversorgung bildet neben der ambulanten haus- und fachärztlichen sowie der sektorenübergreifenden Versorgung, der Hebammenversorgung, der psychotherapeutischen Versorgung und der Versorgung in Bezug auf weitere relevante Gesundheitsberufe insbesondere die Entwicklung innovativer, sektorenübergreifender oder integrierte Versorgungsansätze und die Erarbeitung von Konzepten zur Nachwuchsgewinnung in den Gesundheitsberufen einen Schwerpunkt. Im Bereich Pflege steht neben der allgemeinen Sicherung der pflegerischen Versorgung etwa durch Konzepte zur Erhöhung der Attraktivität des Berufs und der Nachwuchsgewinnung, die generalistische Pflegeausbildung, die Einführung von Pflegekonferenzen sowie die Hospiz- und Palliativversorgung im Fokus. Kennzeichnend ist, dass sich Gesundheitskonferenzen und -regionen vorrangig nicht nur einem der Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung und Pflege widmen, sondern das Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen der gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung übergreifend im Sinne eines „Gesamtansatzes" [12] in den Blick nehmen. So werden beispielsweise unter dem Dach von Gesundheitskonferenzen und -regionen Pflegekonferenzen durchgeführt [vgl. 76], gesundheitlichen Folgen des Klimawandels etwa durch die Erarbeitung von Hitzeaktionsaktionsplänen begegnet oder auch Bürgerbeteiligungsverfahren gestärkt. Der strategischen Festlegung der bearbeiteten Themen geht im Regelfall eine strukturierte Erfassung von regionalen Bedarfen und Strukturen unter Einbindung relevanter Akteure voraus.

Die Bundesländer leisten häufig einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung bei der Bearbeitung der vielfältigen Themen im Rahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung insb. durch fachliche Unterstützungsleistungen für die Gesundheitskonferenzen und -regionen im Rahmen landesseitig eingerichteter Fachstellen oder Ansprechpartner (vgl. ▶ **Tab. 3**). Die Unterstützungsleistungen reichen dabei von Schulungen und Fortbildungen der regionalen Netzwerkkoordinationskräfte über Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch unter den Gesundheitskonferenzen und -regionen bis hin zu fachlicher Einzelberatung zu Themen des Netzwerkaufbaus, dem Einwerben von Fördermitteln oder zu Fachthemen wie der ärztlichen Versorgung und der Bereitstellung von themenbezogenen Handlungsleitfäden zum praktischen Vorgehen. Insbesondere die Förderung des Wissenstransfers spielt beim Aufbau von Gesundheitskonferenzen und -regionen eine wichtige Rolle im Hinblick auf Möglichkeiten der Übertragung von „good practice", da Gesundheitskonferenzen und -regionen oftmals vergleichbare Herausforderungen und Problemlagen bearbeiten und somit Lösungswege entlang der regionalspezifischen Strukturen häufig „nur noch" angepasst werden müssen. Landesseitig kann zudem die Außendarstellung von Gesundheitskonferenzen und -regionen durch eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit gestärkt werden. Nicht zuletzt bieten sich durch Netzwerkstrukturen auf kommunaler Ebene wie Gesundheitskonferenzen und -regionen ideale Möglichkeiten, relevante Gesundheitsthemen oder Kampagnen wie etwa zur Corona-Schutzimpfung von der Landes- auf die kommunale Ebene zu disseminieren. Durch Kenntnis über regionale Besonderheiten können durch Gesundheitskonferenzen und -regionen Gruppen zielgerichteter und zielsicherer angesprochen werden. Auch können beispielsweise landesseitig Projektförderungen für die entsprechenden Netzwerke erschlossen bzw. zur Verfügung gestellt werden. Das vorhandene regionale Wissen der Gesundheitskonferenzen und -regionen kann zudem Einfluss auf die Landesgesundheitspolitik nehmen, etwa indem sie an den in vielen Bundesländern eingerichteten Landesgesundheitskonferenzen mitwirken oder aus der Arbeit der Gesundheitsregionen bzw. -konferenzen Empfehlungen erarbeitet und an die Landesebene kommuniziert.

Gesundheitskonferenzen und -regionen – so lässt sich zusammenfassend auf Basis bisheriger Ergebnisse bestehender Netzwerkstrukturen konstatieren – bieten vielfältige Chancen für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung von kommunaler Planung und Steuerung im Gesundheitswesen. Gesundheitsregionen und -konferenzen können einen wichtigen Beitrag leisten, um zentrale He-

rausforderungen im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung erfolgreich begegnen zu können. So erfordern z. B. die Sicherung und Weiterentwicklung der wohnortnahen medizinischen und pflegerischen Versorgung – wie eingangs ausgeführt – u. a. eine Weiterentwicklung sektoren- und berufsgruppenübergreifender Ansätze und Synergien vor Ort. Zum anderen bieten Gesundheitskonferenzen und -regionen eine geeignete Plattform, um gesundheitsförderliche Strukturen auf kommunaler Ebene, z. B. über Präventionsketten [77] nachhaltig zu verankern und zu koordinieren. Aber auch in Krisensituationen bieten bestehende Netzwerkstrukturen ideale Möglichkeiten, um in kurzer Reaktionszeit Abstimmungen zwischen relevanten Akteuren realisieren und konzertiert agieren zu können [vgl. 73] – wie sich zuletzt in der Corona-Pandemie gezeigt hat [19].

Aus den dargestellten Ergebnissen ergeben sich unter Einbezug der Evaluationsergebnisse zu Gesundheitskonferenzen und -regionen aus den Bundesländern [14–19] eine Reihe von Ansatzpunkten zu den benötigten Rahmenbedingungen bei der Einrichtung von Gesundheitskonferenzen und -regionen:

- Zum einen erscheint es unstrittig, dass zum Strukturaufbau im Rahmen von Gesundheitskonferenzen und -regionen eine **regionale Netzwerkkoordination** für das Management des Netzwerks benötigt wird, welche dauerhaft über eine angemessene personelle Ausstattung verfügt, um u. a. einen Überblick über lokale Bedarfe und Strukturen im Rahmen des Netzwerkaufbaus zu erarbeiten und den darauffolgenden Prozess der Erarbeitung von Lösungswegen in den Gremien der Gesundheitskonferenzen und -regionen zu moderieren und bei der Initiierung von Maßnahmen und Projekten zu unterstützten.
- Es ist hilfreich, wenn die regionale Netzwerkkoordination neben den **überfachlichen Aufgaben** wie z. B. Moderation, Koordination und Öffentlichkeitsarbeit auch bei der **Facharbeit** in den Bereichen Gesundheitsversorgung einschließlich Pflege sowie Gesundheitsförderung und Prävention mitwirkt [78].
- Eine **Anbindung** der regionalen Netzwerkkoordinationsstelle **an** den **Öffentlichen Gesundheitsdienst** erscheint insgesamt zielführend – nicht nur zur fachlichen Unterstützung, sondern auch aufgrund der Wahrnehmung der Gesundheitsämter als neutrale Stelle ohne Partikularinteressen. Entsprechende Aufgaben der Vernetzung, Steuerung und Koordination werden zudem im Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst, welches 2018 durch die Gesundheitsministerkonferenz einstimmig begrüßt wurde, zu den Kernaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gezählt [7, 73]. Hierfür ist – wie für andere Aufgabenbereiche auch [vgl. 71] – auf eine adäquate Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu achten. Ohne entsprechende personelle Ressourcen kann den Aufgaben der Vernetzung, Steuerung und Koordination nicht adäquat entsprochen werden.
- Zudem binden erfolgreiche Gesundheitskonferenzen und -regionen **neben** den **regionalen Akteuren des Gesundheitswesens** u. a. auch **lokalpolitische Akteure und die Kommunalverwaltungen** ein. Die öffentliche Wahrnehmung von Gesundheitskonferenzen und -regionen sowie die Bindungswirkung ihrer Entschlüsse profitiert insgesamt erheblich vom politischen Rückhalt z. B. durch Übernahme des Vorsitzes. Die Einbindung der Kommunalpolitik kann zudem einen Beitrag zur Umsetzung des „Health in all policies"-Gedanken leisten.
- Nicht zuletzt deuten entsprechende Dokumentationen der Ergebnisse und Evaluationsergebnisse der Bundesländer darauf hin, dass neben der **dauerhaften Finanzierung** von **Personal- und Sachmitteln** für regionale Netzwerkkoordinationsstellen die zusätzliche **Bereitstellung** kommunaler oder landesseitiger **Projektfinanzierungen** die Entwicklung von Gesundheitskonferenzen und -regionen positiv beeinflussen kann, etwa um Kooperationsprojekte zu etablieren. Aktuell erfolgt die Finanzierung von Kooperationsprojekten der Gesundheitskonferenzen und -regionen primär aus GKV-Mitteln, welche jedoch schwerpunktmäßig auf den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention abzielen [79]. In den Bereichen Gesundheitsversorgung und Pflege bestehen vergleichsweise weniger Finanzierungsmöglichkeiten für regionale Kooperationsprojekte.

Weitere praktische Empfehlungen zum Aufbau von Gesundheitskonferenzen und -regionen einschließlich Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung finden sich in Praxisleitfäden einzelner Bundesländer [45, 80, 81]. Um die Aufgabe dauerhaft innerhalb der Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu etablieren, wird aus Public Health-Sicht empfohlen:

- Eine gesetzliche Verankerung sowie eine ausreichende personelle und sachliche Ausstattung sowie eine klare Aufgabenbeschreibung der Gesundheitskonferenzen und regionen ist anzustreben. Insbesondere an einer angemessenen personellen und sachlichen Ausstattung zur Wahrnehmung der Aufgaben des ÖGD mangelt es aktuell [82]. Allerdings können die notwendigen Ressourcen für Vernetzungsaufgaben im Rahmen von Gesundheitskonferenzen und -regionen aktuell nur schwerlich beziffert werden. Es mangelt an einer transparenten Aufstellung. Im vorliegenden Beitrag wurden lediglich die Förderprogramme näher betrachtet und die Höhe der Fördersummen ermittelt. Da es sich um Anteilsfinanzierungen handelt, blieben die tatsächlich eingesetzten Mittel bzw. Vollkosten unklar. Deshalb können die hier ausgewiesenen Summen bestenfalls als erste Orientierungsgröße dienen. Unter Berücksichtigung der jeweiligen landesspezifischen Besonderheiten (z. B. Finanzausgleich zwischen Land und kommunaler Ebene), aber auch weiterer Faktoren (z. B. Aufgaben, Einwohnerzahlen, Mitversorgungseffekte) sind für eine aussagekräftigere Abschätzung des notwendigen Kostenrahmens weitere Arbeiten notwendig.
- Außerdem sollten die Ergebnisse der Arbeit von Gesundheitskonferenzen und -regionen im Sinne der Qualitätssicherung und -entwicklung obligatorisch dokumentiert und regelmäßig evaluiert werden, um Erfolgsfaktoren und Barrieren zu identifizieren und Empfehlungen für die Weiterentwicklung abzuleiten.
- Vertiefender Forschungsbedarf besteht zudem u. a. in der Herausarbeitung von Motivlagen der Mitwirkenden in Gesundheitskonferenzen und -regionen sowie dem Beteiligungs- und Entscheidungsverhalten regionaler Akteure im

Rahmen von Gesundheitskonferenzen und -regionen. Dabei wäre auch zu analysieren, in welchem Spannungsverhältnis u. a. Steuerung und Innovationskraft zum aktuell etablierten Konsensprinzip bei Entscheidungen stehen. Denn aktuell ist die Frage, wieviel Steuerung wirklich möglich ist, nicht abschließend beantwortet. In der Umsetzung des Leitbilds für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst werden in Bezug auf Steuerungsfunktionen des ÖGD über Gesundheitskonferenzen und -regionen notwendigerweise auch Kompetenzfragen zu klären sein.

- Schließlich ist zu empfehlen, in einen regelmäßigen Fachaustausch zu Gesundheitsregionen und -konferenzen zwischen den Bundesländern einzutreten, bzw. diesen zu intensivieren. Der vorliegende Überblick kann hierfür eine erste Grundlage bilden.

Danksagung

Dr. Thomas Ewert und Verena Maier (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit), Stefan Pospiech, Albulena Selimi und Lisa Rösch (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.), Eva Grünberger und Monika Püschl (Freie und Hansestadt Hamburg), Petra Hofrichter (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.), Dr. Katharina Böhm (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.), Susanne Brose und Clara Dollnick (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration), Charlotte Hinrichs (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V.), Nicole Tempel (Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.), Gaby Schütte (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen), Dr. Daniel Foltys (Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung), Dr. Matthias Krell, Sabine Köpke und Silke Wiedemuth (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.), Dirk Mathis (Prävention und Gesundheit im Saarland e.V.), Antje Dribbisch und Stephan Koesling (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.), Susanne Borchert, Martina Kolbe und Mandy Weber (Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V.), Dorothee Michalscheck und Dr. Martin Oldenburg (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V.), Uta Maercker, Constanze Planert und Carolin Voigt (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR)

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren sind in den zu Beginn des Beitrags angegebenen Instituten tätig, von denen unter anderem die jeweiligen Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen in ihrer Arbeit unterstützt werden.

Literatur

[1] Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe 1991

[2] GBD. 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet 2020; 396: 1204–1222

[3] Ewert T, Geuter G, Wildner M. Regionale Gesundheitskonferenzen als Politikfeld-übergreifendes Steuerungselement. Public Health Forum 2020; 28: 213–216

[4] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung. Bonn, Geschäftsstelle SVR Gesundheit.

[5] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Kurzfassung. Bonn, Geschäftsstelle SVR Gesundheit .

[6] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Kurzfassung. Bonn, Geschäftsstelle SVR Gesundheit .

[7] Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“. 2018. Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft.

[8] Gerlinger T. Präventionsgesetz. 2021, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Im Internet https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionsgesetz/ Stand: 08.12.2022.

[9] Bundesministerium für Gesundheit. 2020. Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Berlin, BMG

[10] Hollederer A. Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. Das Gesundheitswesen 2015; 77: 161–167. DOI: 10.1055/s-0033-1361109

[11] Brand H, Michelsen K. Collaborative governance: the example of health conferences. In. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2012: 165–184

[12] Hollederer A, Trojan A. Gesundheitskonferenzen. 2021, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Im Internet: https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitskonferenzen/Stand: 17.11.2022.

[13] Roller G, Wuthe J. Runde Tische, Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsregionen – Evolutionsgeschichte eines Projektes des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Public Health Forum 2014; 22: 13. e11–13.e13. http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2014.09.014

[14] Brandes S, Bregulla I, Altgeld T. Zukunftsregionen Gesundheit. Kommunale Gesundheitslandschaften. Bericht zur Abschlussevaluation. Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V 2014

[15] von dem Knesebeck O, Badura B, Zamora P et al. Evaluation einer gesundheitspolitischen Intervention auf kommunaler Ebene – Das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung” in Nordrhein-Westfalen. Das Gesundheitswesen 2001; 63: 35–41

[16] Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit Umwelt und Verbraucherschutz. 2010. Schlussbericht Projekt: Umsetzung des Gesundheitsdienstgesetzes (GDG). Teil I Projektbericht. Berlin, Referat: Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention und Gesundheitsförderung (I E) Projektgruppe

[17] Leykamm B, Miksch A – Qualitätsentwicklung Kommunaler Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg. Das Gesundheitswesen 2016; 78: V72. DOI: 10.1055/s-0036-1578887

[18] Stühler K, Hollederer A – Modellprojekt regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern: Endbericht. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) 2015

[19] Beiwinkel T, Hackl C, Robl W et al. Evaluationsbericht Gesundheitsregionen^{plus}. Auf- und Ausbau kommunaler Gesundheitsnetzwerke in Bayern von 2015 bis 2022. Nürnberg. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) 2022

[20] Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V. W.I.R. Wissen. Innovation.Region: Treiber für die Zukunftsbranche Gesundheit! 2022, Im Internet: https://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/ Stand: 13.10.2022

[21] Bundesregierung. 2021. Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD),BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). Berlin, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung

[22] Weth C – Das Gesunde Städte-Netzwerk. In Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wiesbaden: Springer; 2020: 305–311. DOI: 10.1007/978-3-658-30504-8_28

[23] Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. 2020. Auf dem Weg zu gesunden Landkreisen und Städten. Handlungsansätze zum Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention. Berlin, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes

[24] Schnitger M – Pflegekonferenzen als geeignetes Instrument zur Optimierung des deutschen Pflegemarktes? Steuerungspotential lokaler Politiknetzwerke im Rahmen von Wohlfahrtsmärkten. Potsdam, Universitätsverlag Potsdam 2011

[25] GKV-Bündnis für Gesundheit. Das Kommunale Förderprogramm. 2022, Im Internet: https://www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/kommunales-foerderprogramm/ Stand: 24.10.2022

[26] Nordrhein-Westfalen, Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 25. November 1997, §24, Düsseldorf, 1997

[27] Nordrhein-Westfalen, Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen – APG NRW) vom 2. Oktober 2014, § 8, Düsseldorf, 2014.

[28] Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). Gesundheitskonferenzen. 2022, Im Internet: www.lzg.nrw.de/9116961 Stand: 24.10.2022

[29] Nordrhein-Westfalen, Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 25. November 1997, §26, Düsseldorf, 1997

[30] Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). Landesinitiative Gesundes Land NRW. 2022, Im Internet: www.lzg.nrw.de/9377232 Stand: 24.10.2022

[31] Hamburg, Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG) vom 18. Juli 2001, §6(3), Hamburg, 2001

[32] Hamburg, Hamburgisches Landespflegegesetz (HmbLPG) vom 01.07.2010, §2(4), Hamburg, 2010

[33] Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg. 2022, Im Internet: https://www.hag-gesundheit.de/wir-ueber-uns/koordinierungsstelle-gesundheitliche-chancengleichheit-hamburg Stand: 24.10.2022

[34] Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. Landesrahmenvereinbarung: Umsetzung des Präventionsgesetzes. Im Internet: https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesundheit-in-der-stadt/landesrahmenvereinbarung-umsetzung-des-praeventionsgesetzes Stand: 15.10.2022

[35] Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. Pakt für Prävention. 2022, Im Internet: https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/pakt-fuer-praevention Stand: 15.10.2022

[36] Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Gesundheitsstrategie: Baden-Württemberg. Im Internet: https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Download/Downloads_Publikationen/Gesundheitsstrategie_Baden-Wuerttemberg_-_Gesundheit_in_allen_Lebensbereichen.pdf Stand

[37] Roller G, Wuthe J – Die Public Health-Strategie Baden-Württemberg. 2020 Public Health Forum;De Gruyter:

[38] Ministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie Frauen und Senioren. AG Standortfaktor Gesundheit: Bericht der Projektgruppe "Kommunale Gesundheitskonferenzen". 2010, Im Internet: https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Download/PG-Berichte/Kommunale_Gesundheitskonferenzen.pdf Stand: 16.01.2023

[39] Kuhn JH L., Reyer M – Ref. 94. Kommunale Gesundheitskonferenzen: ein Netzwerk als Ressource. In Jahresbericht Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2019/20 2021; 27–28

[40] Ministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie Frauen und Senioren Baden-Württemberg. 2014. Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg

[41] Baden-Württemberg, Gesetz zur sozialräumlichen Gestaltung von Pflege- und Unterstützungsstrukturen (Landespflegestrukturgesetz – LPSG) vom 18. Dezember 2018. Stuttgart, 2018.

[42] Baden-Württemberg, Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg. Landesgesundheitsgesetz – LGG vom 30.12.2015. Stuttgart, 2015

[43] Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2014. Zukunftsregionen Gesundheit. Kommunale Gesundheitslandschaften. Abschlussbericht 2014.

[44] Ministerium für Soziales Gesundheit und Gleichstellung Niedersachsen. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen (Richtlinie Gesundheitsregionen) (21.12.2020). 2022, Im Internet: https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html Stand: 28.10.2022.

[45] Haack M, Kenter B, Oesterle L et al. Gesundheitsregionen Niedersachsen Leitfaden. Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V 2021

[46] Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung. Multifondsprogramm 2021-2027. Im Internet: https://www.europa-fuer-niedersachsen.niedersachsen.de/startseite/regionen_und_foerderung/efre_und_esf/das-multifondsprogramm-151599.html Stand: 28.10.2022

[47] Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. Gesundheitsregionen Niedersachsen. 2022, Im Internet: https://www.gesundheit-nds.de/projekte/gesundheitsregionen-niedersachsen/ Stand: 23.08.2022

[48] Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Ländlicher Raum Förderung: gesundheitliche Versorgung insbesondere in ländlichen Räumen. Kommunale Gesundheitsstrategien. 2022, Im Internet: https://soziales.hessen.de/Gesundheit/Laendlicher-Raum/Foerderung Stand: 28.10.2022

[49] GKV-Bündnis für Gesundheit. Antragsstellungen in den Ländern. 2022, GKV-Spitzenverband. Im Internet: https://www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/kommunaler-strukturaufbau/karte-antragsstellungen-in-den-laendern/ Stand: 28.10.2022

[50] Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Brandenburg. Gesundheitszielprozesse der Länder. 2021, Im Internet: https://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_in_den_bl_brandenburg Stand: 24.08.2021

[51] Gesundheitsamt Bremen Sozialpädiatrische Abteilung. Gesundheitsfachkräfte an Schulen (GefaS). Freie Hansestadt Bremen. Im Internet: https://www.gesundheitsamt.bremen.de/gesundheitsfachkraefte-an-schulen-gefas-22434 Stand: 31.10.2022

[52] Die Senatorin für Gesundheit Frauen und Verbraucherschutz. Gesundheitsfachkräfte in Bremer Quartieren. 2022, Im Internet: https://www.gesundheit.bremen.de/corona/schutz-und-praevention/gesundheitsfachkraefte-in-bremer-quartieren-39475 Stand: 31.10.2022

[53] Rheinland-Pfalz, Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGdG) vom 17.11.1995. Mainz, 1995

[54] Rheinland-Pfalz, Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) vom 22.12.2015, § 4, Mainz, 2015

[55] Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz. Beispiele guter Praxis. 2022, Im Internet https://praevention.rlp.de/de/beispiele-guter-praxis/ Stand: 31.10.2022

[56] Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung (RAG) im Freistaat Sachsen. (Definition, Ziele, Zusammensetzung, Arbeitsweise, Nutzen). 2022, Im Internet: https://www.slfg.de/arbeitsfelder/kommunale-gesundheitsfoerderung/rag-in-sachsen/ Stand: 31.10.2022

[57] Sachsen, RL Gesundheit und Versorgung (SächsABl. SDr. 2020 S. S 54) vom 16.12.2019, enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 23. November 2021 (SächsABl. SDr. S. S 230), Dresden, 2019

[58] Heinke S, Koesling S – Arbeitsstruktur der Landesrahmenvereinbarung (LVR) Sachsen. 2022, P. Sachsen.Im Internet https://www.p-sachsen.de/wer-p-sachsen-ist/arbeitsstruktur/ Stand: 31.10.2022

[59] Heinke S, Koesling S – Lebenswelt Kommune. 2022, P.Sachsen.Im Internet https://www.p-sachsen.de/wie-p-sachsen-agiert/lebenswelt-kommune/ Stand: 31.10.2022

[60] Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Schleswig-Holstein. Gesundheitszielprozesse der Länder. 2921, Im Internet: https://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_in_den_bl_schleswig-holstein Stand: 24.08.2021

[61] Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR –. Kommunale Netzwerke Gesundheit. Entwicklung einer Vernetzungsstruktur für eine gesamtkommunale Handlungsstrategie zur Förderung der Gesundheit. 2022, Im Internet: https://agethur.de/arbeitsschwerpunkte/kommune-und-gesundheit/kommunale-netzwerke-gesundheit.html Stand: 31.10.2022

[62] Landesgesundheitskonferenz Thüringen. 2021. Zielesystematik der Strategiearbeitsgruppen der Landesgesundheitskonferenz für die Lebensphasen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund alt werden“.

[63] Landesgesundheitskonferenz Thüringen. 2018. Beschluss 1/2018 ÖGD. Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung in Thüringen.

[64] Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Gesundheitsziele und prioritäre Handlungsfelder – Eine Übersicht des Bundes und der Länder. 2021, Im Internet: https://gesundheitsziele.de//cms/medium/627/Gesundheitsziele_Bund_Laender_120827.pdf Stand: 24.08.2021

[65] Freie Hansestadt Bremen. WiN – Wohnen in Nachbarschaften. 2022, Die Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport. Im Internet: https://www.sozialestadt.bremen.de/programme/win-wohnen-in-nachbarschaften-3534 Stand: 17.11.2022

[66] Ministerium für Soziales Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern. Aktionsbündnis für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern. Im Internet: https://www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de/ Stand: 17.11.2022

[67] Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz. Umsetzung des Präventionsgesetzes in Rheinland-Pfalz. 2022, Im Internet: https://praevention.rlp.de/de/umsetzung-landesebene/ Stand: 17.11.2022

[68] Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG). Jahresbericht 2021. 2022, Im Internet: https://www.slfg.de/files/2022/07/Jahresbericht_SLfG_FINAL_web.pdf Stand: 04.01.2023

[69] Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – Agethur -. Organisation von Austausch. 2018, Im Internet: https://agethur.de/arbeitsschwerpunkte/kommune-und-gesundheit/organisation-von-austausch Stand: 31.08.2022

[70] Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern. 2022, Im Internet: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/koordinierungsstellen-gesundheitliche-chancengleichheit/ Stand: 17.11.2022

[71] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 2023. Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023. Bonn, Geschäftsstelle SVR Gesundheit

[72] Reisig V, Kuhn J – Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. 2020, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Im Internet: https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/ Stand: 08.12.2022

[73] Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Beirat Pakt ÖGD). 2021. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen. Strukturelle und zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Berlin, Geschäftsstelle Pakt für den ÖGD

[74] Geuter G – Gesundheitsregionen^{plus}. 2023, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Im Internet www.lgl.bayern.de/gesundheitsregionenplus Stand: 03.01.2023

[75] Beiwinkel T, Berendt J, Bödeker M et al. Hemmende und fördernde Faktoren beim Aufbau von Netzwerkstrukturen des kommunalen Gesundheitsmanagements in den bayerischen Gesundheitsregionenplus. 2019. 18 Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin, 09.-11.10.2019. Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. DOI: 10.3205/19dkvf097

[76] Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). 2022. Mögliche Beiträge der Gesundheitsregionen^{plus} zur Einrichtung und Durchführung von Pflegekonferenzen nach § 8a Abs. 3. SGB XI. Handlungshilfe für Gesundheitsregionen^{plus} in Bayern. Nürnberg

[77] Richter-Kornweitz A – Praxis Präventionsketten. Koordination von Präventionsketten. Hannover. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin 2019

[78] Quilling E, Kuchler M, Leimann J et al. Koordination kommunaler Gesundheitsförderung. Entwicklung eines Aufgaben- und Kompetenzprofils. Ergebnisbericht. Berlin, GKV-Spitzenverband 2021

[79] Böhme C, Franke T – Kooperation von Kommunen und Krankenkassen. Gemeinsam gesunde Lebenswelten schaffen. Berlin, Deutsches Institut für Urbanistik 2021

[80] Klier W, Koch T – Die Kommunale Gesundheitskonferenz in NRW. Aktualisierte Planungshilfe zur Unterstützung der Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Bielefeld, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2015

[81] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. 2018. Kommunale Gesundheitskonferenzen Baden-Württemberg. Checklisten zur Entwicklung der Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Stuttgart

[82] Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. 2023, Im Internet: https://www.bvoegd.de/ Stand: 31.03.2023