



# DSTGB

Deutscher Städte- und Gemeindebund

# Position

## DER AUTOR

### Dr. Gerd Landsberg

ist Geschäftsführendes Präsidialmitglied des Deutschen Städte- und Gemeindebundes.

Der Deutsche Städte- und Gemeindebund vertritt die Interessen der Kommunalen Selbstverwaltung der Städte und Gemeinden in Deutschland und Europa. Über seine Mitgliedsverbände repräsentiert er rund 11.000 Kommunen in Deutschland.

#### Mitgliedsverbände

- Bayerischer Gemeindetag
- Gemeinde- und Städtebund Rheinland-Pfalz
- Gemeinde- und Städtebund Thüringen
- Gemeindetag Baden-Württemberg
- Hessischer Städte- und Gemeindebund
- Hessischer Städtetag
- Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund
- Niedersächsischer Städtetag
- Saarländischer Städte- und Gemeindetag
- Sächsischer Städte- und Gemeindetag
- Schleswig-Holsteinischer Gemeindetag
- Städte- und Gemeindebund Brandenburg
- Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen
- Städte- und Gemeindebund Sachsen-Anhalt
- Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern
- Städtebund Schleswig-Holstein
- Städtetag Rheinland-Pfalz

## STATEMENT ZUR GESUNDHEITSPOLITIK

### Corona-Pandemie zur Stärkung der Gesundheitsversorgung nutzen

Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Dies hat sich auch während der Corona-Pandemie gezeigt. Deutschland hat im Vergleich zu anderen Ländern die Pandemie bisher relativ gut bewältigt. Gleichwohl zeigt die Pandemie auch die Schwachstellen auf, die das Gesundheitssystem schon länger belasten. Dies reicht von der vielfach unzureichenden technischen und personellen Ausstattung der Gesundheitsämter über die Defizite der Krankenhausfinanzierung, die mangelhafte ärztliche Versorgung in den strukturschwachen Regionen bis hin zum Rückstand bei den Möglichkeiten der Digitalisierung oder der Vernachlässigung von Prävention und Gesundheitsförderung. Die aufgrund der Pandemie ergriffenen teilweise nur kurzfristigen Maßnahmen zur Stärkung des Gesundheitswesens sollten als Bausteine und Grundlage für eine nachhaltige Reform genutzt werden. Die Gesundheitspolitik muss die Vernetzung zwischen den niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, Rettungsdiensten, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen unter Nutzung der Digitalisierung und telemedizinischen Möglichkeiten beschleunigen. Intersektorale Versorgungsstrukturen sollten vorangetrieben und die Rolle der Kommunen gestärkt werden.

#### Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stärken

In der Corona-Pandemie hat sich herausgestellt, dass die Gesundheitsämter vor Ort je nach epidemiologischer Lage beim schnellen Anstieg von Neuinfektionen an den Rand ihrer Kapazität kommen können. Gründe sind die vielfach mangelnde technische und personelle Ausstattung der Gesundheitsämter. Wenn es zu einer krisenhaften Situation kam, mussten regelmäßig die Bundeswehr, das Technische Hilfswerk sowie Bund und Länder zusätzlich helfen. Das zeigt einmal mehr, dass der öffentliche Gesundheitsdienst nicht nur für die jetzige Corona-Krise, sondern auch für die Zukunft gestärkt werden muss. Der ÖGD hat ein neben der Bekämpfung von Infektionskrankheiten ein breites Aufgabenspektrum zu erfüllen, von den schulärztlichen und sozialpsychologischen Diensten, der Hygienekontrolle in Betrieben und Gaststätten über die Umweltmedizin, die Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitsversorgung benachteiligter Gruppen bis zum veterinärmedizinischen Dienst. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, brauchen die Gesundheitsämter ausreichend Personal – und zwar nicht nur im ärztlichen Bereich – und eine konsequente Digitalisierung.



# DSTGB

Deutscher Städte-  
und Gemeindebund

# Position

Der von Bund und Länder unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände beschlossene „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ mit vier Milliarden Euro (3,1 Mrd. Euro zur Personalausstattung und 0,8 Mrd. Euro zur Digitalisierung) ist ein wichtiger und unverzichtbarer Schritt.

Dabei ist es wichtig, dass die Maßnahmen möglichst schnell auf den Weg gebracht und umgesetzt werden. Es geht nicht darum, bundesweit einheitliche Gesundheitsämter einzuführen, es sollten aber einheitliche Standards in ganz Deutschland gelten. Der Pakt darf aber auch kein einmaliges Strohfeuer bleiben. Die Länder sind gefordert, mit eigenen finanziellen Mitteln den ÖGD nachhaltig zu stärken. Auch muss die Finanzierung nachhaltig sein. Bund und Länder sollten sich wie im Pakt vereinbart zeitnah auf eine Verstärkung verständigen.

Zur Stärkung des ÖGD sind folgende Maßnahmen notwendig, die teilweise mit dem Pakt umgesetzt werden:

- Dauerhafte Ausstattung mit zusätzlichem qualifiziertem Fachpersonal, damit die Aufgaben des breit gefächerten Aufgabenspektrums der Gesundheitsämter erfüllt werden können.
- Die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber und die Gewerkschaften sollten für den ÖGD im bestehenden TVöD Verbesserungen aushandeln, mit dem die verschiedenen Tätigkeiten in den Gesundheitsämtern, insbe-

sondere für die Ärztinnen und Ärzte gebührend abgebildet werden, ohne dass es zu einem eigenen Tarifvertrag für den ÖGD kommt.

- Das Förderprogramm ÖGD sollte genutzt werden, um die Digitalisierung in den Gesundheitsämtern voran zu bringen. Neben der notwendigen technischen Aufrüstung des digitalen Meldewesens sollten alle Gesundheitsämter zeitnah mit der notwendigen Hard- und Software auch zum Anschluss an die elektronische Gesundheitskarte ausgerüstet werden.
- Die Schaffung von ausreichenden und miteinander verzahnten Strukturen für den ÖGD auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ist dringend erforderlich. Die Gesundheitsämter brauchen aber auch mehr Unterstützung durch die Länder, nicht nur in finanzieller Hinsicht. Nur wenige Bundesländer verfügen über ein Landesgesundheitsamt oder eigene Landeslabore. In allen Bundesländern sollten Landesgesundheitsämter, Landeslabore oder Hygieneinstitute zur Beratung und Unterstützung der Gesundheitsämter geschaffen werden.
- Um den erforderlichen ärztlichen Nachwuchs zu finden, ist es erforderlich, dass der Stellenwert des ÖGD im Medizinstudium durch eine stärkere Verankerung von Themen des öffentlichen Gesundheitswesens/Public Health in den Ausbildungszielen und -inhalten gestärkt

wird, die Approbationsordnung, mit dem Ziel, dass Famulatur und Praktisches Jahr auch beim ÖGD absolviert werden können, geändert und der Einsatz von Medizinstudierenden im ÖGD (nicht nur in Ausnahmesituationen oder Pandemie-Zeiten) dauerhaft ermöglicht wird.

- Um die Gesundheitsämter in Pandemiefällen möglichst schnell unterstützen zu können ist ein Konzept von „Gesundheitsreservisten“ umzusetzen. Dabei geht es nicht nur um Ärzte, sondern auch um ausgebildete Kräfte, die Infektionsgeschehen verfolgen, die Versorgung der in Quarantäne befindlichen Personen sicherstellen usw. Ein solches „Reservistenkonzept“ kann nur mit zusätzlichen Anreizen und Geld funktionieren. Ein niedergelassener Arzt wird sich bereiterklären, wenn er eine bestimmte Vergütung für diese Bereitschaft erhält. Auch Studierende kommen in Frage. Des Weiteren muss das Pandemiegeschehen auch eingeübt werden (Planspiele nur mit konkreten Einsätzen vor Ort).

## Fieberambulanzen richtiger Ansatz

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass Bund und Länder sich gemeinsam auf eine Strategie für die Herbst- und Wintermonate geeinigt haben. Flächendeckende Fieberambulanzen können ein Weg sein, um auf steigende Coronazahlen und weitere saisonale Atemwegsinfektionen zu reagie-



# DSTGB

Deutscher Städte-  
und Gemeindebund

# Position

ren. Anlaufstellen außerhalb der herkömmlichen Praxen und Kliniken können dazu beitragen, dass keine neuen Infektionsherde entstehen. Genaue Zeitfenster für Termine und Tests helfen Kontakte zu vermeiden. Für die nächsten Monate gilt im Zuge der besonderen Wachsamkeit, dass präventive Reihentests in besonders sensiblen Bereichen wie etwa Pflegeheimen und Krankenhäusern prioritär durchgeführt werden müssen.

## Flächendeckende Krankenhausversorgung sicherstellen

Die flächendeckende und nicht nur auf Ballungsräume beschränkte Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten ist eine Stärke des deutschen Gesundheitswesens. Dies hat sich auch bei der Coronapandemie gezeigt. Allerdings wird weiter über die Krankenhausstrukturen gestritten. Richtig ist, dass es eine Überversorgung in Ballungsgebieten gibt. Auf der anderen Seite gilt es, insbesondere die Grund- und Regelversorgung in ländlichen Gebieten zu sichern. Die wohnortnahe Versorgung darf nicht rein ökonomischen Betrachtungen untergeordnet werden. Krankenhäuser dienen vielmehr der medizinischen Daseinsvorsorge der Bevölkerung insbesondere in den Kommunen, in denen es keine ausreichende Versorgung mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten gibt. Auch im Krankenhaussystem der Zukunft muss es parallel zu den Kliniken der Maximalversorgung ausreichend Bettenkapazitäten der Regelversorgung geben. Dies gilt insbesondere für ländliche Räume.

Die Bundesregierung stellt drei Mrd. Euro in einem "Zukunftsprogramm Krankenhäuser" in eine modernere und bessere Ausstattung der Krankenhäuser in Deutschland zur Verfügung. Weitere 1,3 Mrd. Euro sollen die Länder beisteuern. Der Schwerpunkt liegt dabei auf modernen Notfallkapazitäten, einer besseren digitalen Infrastruktur, dem Ausbau der Telemedizin, der IT- und Cybersicherheit sowie der Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen. Die Umsetzung erfolgt analog zu den Regelungen des bereits vorhandenen Strukturfonds. Die Ausweitung des Engagements des Bundes bei der Investitionsfinanzierung durch dieses Zukunftsprogramm ist ausdrücklich zu begrüßen. Seit Anfang der 1970er Jahre sind die Länder für die Finanzierung der Investitionskosten zuständig, dieser Verpflichtung aber nicht ausreichend nachgekommen. Das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ muss zügig umgesetzt werden. Die Auszahlung der zusätzlichen Investitionsmittel muss zeitnah erfolgen. Eine nachhaltige und dauerhafte Lösung der defizitären Investitionsförderung durch die Länder bleibt ungeachtet des Sonderprogramms dringend erforderlich.

Die vielen, den Krankenhäusern in den letzten Jahren auferlegten Vorgaben, insbesondere die Personalbesetzungsvorgaben, hinderten schon vor der Pandemie die Kliniken in der Ausschöpfung der medizinischen und organisatorischen Leistungsfähigkeit. Als Reaktion auf die Krise hat der Gesetzgeber ausgewählte Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen

sowie Strukturvorgaben zeitlich befristet ausgesetzt. Die Krankenhäuser sind mit den so gewonnenen Freiräumen verantwortungsvoll umgegangen. Dies zeigt, dass ein Großteil dieser Verpflichtungen auch dauerhaft verzichtbar sind, ohne dass damit die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigt wird.

Die tariflichen Personalkostensteigerungen für alle Personalgruppen des Krankenhauses müssen bei den Vergütungsanpassungen vollständig berücksichtigt werden.

Die Strukturängel im Krankenhausbereich sind auch auf das derzeitige Entgeltsystem der DRG-Fallpauschalen zurückzuführen. Es muss eine Vergütungssystem auf den Weg gebracht werden, dass sich nicht rein an wirtschaftlicher Effizienz ausrichtet, sondern die Daseinsvorsorgefunktion ausreichend berücksichtigt. Eine Finanzierung, die sich weitgehend an der Fallzahl und Fallschwere orientiert, genügt diesen Anforderungen nicht. Sie führt vielmehr dazu, dass möglichst viele „lukrative Operationen“ stattfinden. Erforderlich ist eine Finanzierung, die die Vorhalteleistungen der Krankenhäuser, z.B. für Notfälle oder zur Entlastung von Intensivkliniken in Notfällen, besser berücksichtigt.

Die im „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ vorgesehenen drei Milliarden Euro können nur ein notwendiger erster Schritt sein, um die Investitionslage in den Kliniken zu verbessern. Die Krankenhäuser erwarten aber eine dauerhafte auskömmliche Investitionsförderung durch die Länder.


**DSTGB**

 Deutscher Städte-  
und Gemeindebund

# Position

Nur so kann die Investitionsmisere der Krankenhäuser nachhaltig und dauerhaft gelöst werden.

## **Sektorengrenzen überwinden, Versorgungszentren aufbauen**

Die Versorgung der Bevölkerung kann zukünftig flächendeckend nur sichergestellt werden, wenn die Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren wie Hausärzte, Fachärzte und Krankenhäuser gelingen. Eine Bund-Länder Arbeitsgruppe soll zeitnah Vorschläge für die Entwicklung einer solchen sektorenübergreifenden Versorgung erarbeiten.

Die Krankenhäuser leisten schon heute einen wesentlichen Beitrag zur ambulanten Versorgung der Bevölkerung. Die ambulante Notfallversorgung wäre ohne die Krankenhäuser selbst in den Ballungsgebieten kaum noch zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels im ambulanten Bereich kommt den ländlichen Krankenhäusern eine besondere Bedeutung in der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung zu. Diese Grund- und Regelversorgungskrankenhäuser müssen finanziell in die Lage versetzt werden, ihren Daseinsvorsorgeauftrag zu erfüllen und die medizinische Versorgung der Bevölkerung dauerhaft sicherzustellen. Notwendig ist, dass die Leistungen der Grundversorgung im Abrechnungssystem einen entsprechenden Stellenwert erhalten, der Anreize bietet, diese Aktivitäten zu verstärken.

Statt der Schließung von Krankenhäusern können diese in ambulant/stationäre Zentren umgewandelt werden. In Brandenburg ist mit Mitteln des Innovationfonds ein Krankenhaus entsprechend umgebaut worden: Das Konzept setzt auf eine enge Vernetzung von Haus- und Fachärzten, Krankenhaus, Apotheken, Therapeuten und Pflegediensten. Der Neubau umfasst neben einer modernen Bereitschaftspraxis Untersuchungs- und Behandlungsräume für verschiedene Fachdisziplinen. Die medizinisch notwendigen Versorgungsmöglichkeiten sollen auf sich ändernde Bedarfe ausgerichtet und aus einer Hand ambulant und stationär erbracht werden. Termine, Therapien oder Notfallmaßnahmen werden von zentraler Stelle koordiniert.

## **Föderale Verantwortung stärken**

Die Länder sollten auch in Zukunft für die Gewährleistung der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung verantwortlich sein (Krankenhausplanung einschließlich Investitionsförderung). Um integrierte sektorenübergreifende Behandlungen etablieren zu können, sollte sich diese Zuständigkeit nicht nur wie bisher auf den klassisch stationären Bereich, sondern auch auf die Planung bzw. Zulassung im ambulanten Bereich erstrecken. Aus der klassischen Krankenhausplanung muss eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung werden. Wünschenswert wäre, wenn die Planung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung dabei regional und unter Einbeziehung

der Kommunen gemeinsam gelöst werden könnte.

Nicht nur, dass kommunal getragene Krankenhäuser oder Versorgungszentren wichtige medizinische Leistungserbringer vor Ort sind, die Kommunen können Netzwerke zur besseren gesundheitlichen Versorgung bilden, in die z.B. Akteure der Selbsthilfe, Sportvereine oder Bildungseinrichtungen eingebunden werden. Bereits bestehende kommunale Gesundheitskonferenzen sind unter Einbeziehung der Städte und Gemeinden auszubauen und den Kommunen stärkeres Gewicht einzuräumen.

## **Digitalisierung weiter vorantreiben**

Die Corona-Pandemie hat das Digitale Gesundheitswesen einen großen Schritt nach vorne gebracht. So haben über 50 Prozent der ambulant tätigen Ärzte Videosprechstunden genutzt oder wollen diese einrichten. Wegen der Pandemie konnten Ärzte unbegrenzt Videosprechstunden bei Patienten mit geringen und leichten Beschwerden durchführen. Große Kliniken schalten ihre Spezialisten digital zur Unterstützung von Visiten in kleineren Krankenhäusern hinzu. Gleichwohl gibt es im Vergleich zu anderen Staaten noch Nachholbedarf. So müssen die Gesundheitsämter handschriftlich Listen zur Kontaktverfolgung abtelefonieren und per Telefax übermitteln. Digitale Lösungen müssen in der medizinischen Versorgung Alltag werden.


**DSTGB**

 Deutscher Städte-  
und Gemeindebund

# Position

Die Videosprechstunde ist ein effektives Instrument, die Behandlung trotz räumlicher Distanz sicherzustellen. Durch die vermehrte Nutzung kann die ambulante gesundheitliche Versorgung, gerade in den sog. „sprechenden Fachgebieten“, insbesondere in ländlichen Gebieten mit langen Fahrtwegen grundsätzlich optimiert und die Versorgungsqualität bei der Erstversorgung der Patienten verbessert werden. Nach einer Einigung von KBV und GKV-Spitzenverband sind Videosprechstunden bis zum 30. September unbegrenzt möglich. Im Mai 2018 hatte der Deutsche Ärztetag den Weg dafür geebnet, dass Patienten sich auch ohne vorherigen persönlichen Arztbesuch durch Videosprechstunden behandeln lassen können. 14 von 16 Bundesländern haben die ärztliche Berufsordnung inzwischen entsprechend angepasst. Bei der Online-Sprechstunde kommunizieren Arzt und Patient über einen zertifizierten Videodienstanbieter, der für einen sicheren technischen Ablauf sorgt. Voraussetzung für eine weitere Nutzung ist, dass bestehende Einschränkungen bei der Vergütung weiter – möglichst dauerhaft – gelockert bleiben und die notwendige Infrastruktur aufgebaut wird.

Die Videosprechstunde ist aber nur der Anfang. Noch in diesem Jahr soll die Einführung des E-Rezepts folgen und Ärztinnen und Ärzte sollen künftig auch Gesundheits-Apps verschreiben können, mit denen z. B. die Einnahme von Medikamenten und die Behandlung von Diabetes-Erkrankungen

unterstützt und begleitet werden kann.

Ab 2021 soll die elektronische Patientenakte (ePA) allen gesetzlich Versicherten freiwillig zur Verfügung stehen. Damit die Patientenakte zu einem Erfolg wird, müssen nicht nur die Patienten sie nutzen, sondern insbesondere alle Anbieter medizinischer Leistungen. Um dieses Ziel zu erreichen braucht es eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung. Diese kann man durch Aufklärungskampagnen und Unterstützungsangebote erreichen, an erster Stelle steht aber das Vertrauen in die Datensicherheit der Patientenakte.

## **Medizinprodukte & Schutzausrüstung europäisch sichern**

Äußerst schwierig gestaltete sich in den ersten Wochen der Corona-Krise insbesondere die Beschaffung der persönlichen Schutzausrüstungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern, Vertragsarztpraxen, Gesundheitsämtern und auch für die übrige Bevölkerung. Im großen Umfang wurde auch mithilfe des Bundes und der Länder Schutzausrüstungen und Maskenmaterial beschafft. Zur Vorbereitung auf zukünftige Pandemien müssen geeignete Versorgungs- und Beschaffungskonzepte entwickelt werden. Gleiches gilt für die bereits vor der Pandemie aufgetretene Problematik der Arzneimittel-lieferengpässe. Die Pharmakonzerne haben die Geschäfte mit Generika vielfach auf Tochterfirmen ausgelagert, die die Produktion von Wirkstoffen mit Stan-

dardpräparaten Billiganbietern in China oder Indien überlassen. Nach Angaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gibt es aktuell bei 270 Medikamenten Lieferengpässe.

Die Sicherstellung mit Medizinprodukten lässt sich nicht allein in Deutschland regeln. Vielmehr muss auf europäischer Ebene vorgegangen werden, z. B. bei der Förderung der Entwicklung von Impfstoffen und der Bereitstellung von Wirkstoffen für Medikamente und der Bevorratung von Schutzausrüstungen. Die Zielrichtung des Programms „EU4Health“ der Europäischen Kommission für eine gesündere und sichere Union ist deshalb zu unterstützen. Ziel des Programmes sind

- die Gewährleistung von Prävention, Vorsorge und Überwachung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren,
- der Aufbau einer Notfallreserve von Arzneimitteln, Medizinprodukten und anderem medizinischen Material,
- die Einrichtung eines Gesundheitsnotfallteams,
- die Koordinierung der Notfallkapazitäten,
- die Sicherstellung der Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von Arzneimitteln, Medizinprodukten und anderen lebenswichtigen Materialien,
- sowie die Förderung von innovativen Arzneimitteln.

Bedauerlicherweise hat der Europäische Rat die Finanzmittel des Gesundheitsprogramms von 7,7 Mrd. Euro auf 1,67 Mrd. Euro gekürzt. Es bleibt zu hoffen, dass in


**DSTGB**

 Deutscher Städte-  
und Gemeindebund

# Position

den weiteren Beratungen über den EU-Haushalt die Mittel wieder für diese Zukunftsaufgabe aufgestockt werden.

## **Gesundheitsförderung & Prävention – Kommunen & Krankenkassen müssen an einem Strang ziehen**

Das Geschehen um die Corona-Pandemie belegt eindrücklich die Notwendigkeit der Gesundheitsförderung und Prävention. Dass Menschen gesund aufwachsen, gesund leben und älter werden, ist nicht nur eine Sache der individuellen Lebensweise (Verhalten). Umweltbedingungen, Ernährung, Wohnverhältnisse, vorhandene Bewegungsräume und Teilhabemöglichkeiten haben einen ebenso entscheidenden Einfluss.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht deshalb in der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen vor Ort (Verhältnisse) ein wichtiges Handlungsfeld. Denn „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO Ottawa-Charta, 1986). Damit ist die Förderung von Gesundheit nicht alleinige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sondern eine Querschnittsaufgabe in den vielfältigen Politik- und Verwaltungsbereichen, öffentlichen Planungen und Entscheidungen („Health in All Policies“).

Kommunen kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Neben Aspekten der Daseinsvorsorge können sie durch entsprechende Planungen

Einfluss auf die Gestaltung und Sicherung gesunder Lebensverhältnisse nehmen (z. B. kommunale Mobilitätskonzepte, Radwegplanungen, Grünflächensicherung, Wohnungsbauprogramme). Gesundheitsförderung und Prävention strahlt in Stadt- und Raumplanung, Sozialplanung, Umweltplanung, Verkehrsplanung, Pflegeplanung etc. aus. Besonders zielführend sind kleinräumige Ansätze insbesondere auf Quartiersebene.

Die gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und die Prävention sollten selbstverständliches Leitbild einer jeden Kommune sein.

Es gibt bereits zahlreiche Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung in den Kommunen. Vielfach existieren diese aber nebeneinander und sind nicht aufeinander abgestimmt. Daneben gibt es z. B. in den Kitas, in den Schulen, aber auch den Betrieben vor Ort Präventionsmaßnahmen. Diese zu koordinieren kann zu einem nachhaltigen Gesamtkonzept der Präventions- und Gesundheitsförderung führen. Für diese Vernetzung brauchen die Kommunen teilweise externe Unterstützung. Dies gilt aber auch für die Verbindung mit den Krankenkassen vor Ort. Diese sollten angehalten werden, die Präventionsmaßnahmen vor Ort gezielt zu fördern.

Die Umsetzung des Präventionsgesetzes bietet eine Chance zur substanziellen Unterstützung gesundheitsorientierter Planung in den Kommunen. Die Krankenkassen sind dabei notwendige Partner. Allerdings entfallen auf Prävention und Gesundheitsschutz

nur rund drei Prozent der Gesundheitsausgaben. Hinzu kommt, dass zumindest auf Bundesebene der GKV-Spitzenverband primär den öffentlichen Gesundheitsdienst als Partner ansieht und die zahlreichen Maßnahmen der Städte und Gemeinden nicht unterstützt werden. Erschwert wird die Arbeit vor Ort, wenn die Krankenkassen Einzelmaßnahmen fördern, die nicht in die Gesamtstrategie einer Kommune integriert sind oder durch die unterschiedliche Förderpraxis. Damit Kommunen ihre Rolle als steuernde und koordinierende Stelle verantwortungsvoll wahrnehmen können und Doppelstrukturen vermieden werden, müssen Kommunen und Krankenkassen an einem Strang ziehen, einschließlich einer Absprache bei der kassengebundenen Finanzierung von Präventionsmaßnahmen in den Kommunen.

Für die Zukunft wäre es wünschenswert, wenn sich die intersektorale Gesundheitspolitik durchgesetzten würde, nachhaltig unterstützt durch ein hoffentlich überarbeitetes Präventionsgesetz und durch die Krankenkassen.

*Berlin, 24. September 2020*