



Schnittstellen im Gesundheitsrecht: Die Rolle der Kommunen bei der Gesundheitsversorgung

ineges-Tagung
Frankfurt a.M., 26.09.2025



Inhalt

I. Problemstellung

II. Symptome

III. Kurzprofile der Kompetenzträger

IV. Impulse für eine Zuordnung der Aufgabe des
Schnittstellenmanagements an die Kommunen

V. Schnittstellenmanagement als Zukunftsaufgabe in kommunaler
Verantwortung

VI. Fazit



- Unnötige Akteure in Doppelstrukturen?
- Lückenbüßer?
- Koordinatoren?
- ?



I. Problemstellung

- **Funktionsgerechte Organisationsstrukturen müssen**
 - Problem- und sachnahe Entscheidungen bei hinreichender Flexibilität gewährleisten: Unterversorgung? Überversorgung? Wer kann Bedarf decken?
 - Die zunehmende Verzahnung der Säulen, Felder und Sektoren berücksichtigen
 - Eine stärkere Berücksichtigung *aller* Betroffenen ermöglichen, und zwar stärker (auch) als Akteure und an Entscheidungen Beteiligte



- **Rechtlicher Ausgangsbefund:**
 - Deutlich vom Normalfall der Kompetenzverteilung in der Bundesrepublik abweichendes Übergewicht der sog. funktionalen Selbstverwaltungsträger im Unterschied zu den demokratisch deutlich besser legitimierten und verfassungsrechtlich grundsätzlich stärker geschützten Kommunen.
 - Der von vornherein lediglich sektorale Zugriffskompetenz der Sozialverwaltungsträger kann vielfach eben auch nur ein sektoraler Problemzugriff entsprechen.



- Kommunale „Daseinsvorsorge“ betrifft auch die Gesundheit.
- Dabei vielfache Überschneidungen mit anderen kommunalen Kompetenzen
(Öffentliche Gesundheit (v.a. Krankheitsprävention mit Gesundheitsförderung), Armutsprävention, Kinder- u. Jugendhilfe, Pflege, Wohnen, Bildung, Verkehr, Integration von Geflüchteten)



II. Symptome (nicht abschließend) und Fallbeispiele

- Gravierender Hausärztemangel v.a. im ländlichen Raum
- Finanzielle Notlage vieler (kommunaler) Krankenhäuser
- Wachsender Gestaltungswunsch bei gleichzeitig weiterhin bescheidenem Stellenwert des ÖGD



➤ **Trägerschaft bei ambulanter
Behandlung**

- Gem. § 105 Abs. 5 SGB V
seit GKV-VStG können nun
die Kommunen selbst Träger
eines MVZ sein, aber nur
- „in begründeten
Ausnahmefällen“.
- nach Zustimmung der
Kassenärztlichen Vereinigung

➤ **Alternative**

- Verzicht auf die Zustimmung
der Kassenärztlichen
Vereinigung vor der
Schaffung eigener
Einrichtungen.



➤ **Bedarfsplanung**

- Nach § 99 Abs. 1 S.4 SGB V „Gelegenheit zur Stellungnahme“ nur für die zuständige Landesbehörde (str. zudem, ob thematisch begrenzt auf die „Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung“)

➤ **Alternativen**

- Schaffung eines Rechts auf Stellungnahme zugunsten der Kommunen (sinnvollerweise ausgeübt durch die kommunalen Spitzenverbände, die die Einschätzungen der einzelnen betroffenen Stadt- und Landkreise bündeln und dokumentieren könnten).
Ebene: Änderung des SGB V, ersatzweise kommunales Recht zur Stellungnahme auf der Ebene eines Landesversorgungsstrukturgesetzes mit der Pflicht der zuständigen Landesbehörde, dies in ihre Stellungnahme einfließen zu lassen.



III. Kurzprofile der Kompetenzträger

- Bund und Länder
- Sozialversicherungsträger
- Kommunen



IV. Impulse für eine Zuordnung der Aufgabe des Schnittstellenmanagements an die Kommunen

1. Impulse aus Realanalyse und Nachbarwissenschaften

- Seit vielen Jahren werden in vielen Ländern und Kommunen unterschiedliche Modelle mit unterschiedlichen Bezeichnungen praktiziert bzw. sind gefördert worden („Gesundheitskonferenz“, „Gesundheitsregion“, „Gesundheitszentren“, „ruhender Tisch Gesundheit“ etc.)
- Regionalisierung und (teilweise) Kommunalisierung sind seit längerem gesundheitswissenschaftliche Postulate



- Freilich:
Die Kommunen und insbesondere die kommunalen Spitzenverbände sind im Hinblick auf die finanzielle Situation zögerlich gegenüber weiteren / neuen Engagements als Leistungserbringer
- In neueren Gesetzgebungsvorhaben sind wiederholt Versuche in Richtung Stärkung der Kommunen unternommen worden, weitestgehend mit dem Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (Gesundheitsversorgungsstärkungsmittel (GVSG) vom 15. Juni 2023: Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren, Gesundheitsregionen). Das vom Bundestag am 28.02.2025 verabschiedete Gesetz hat nichts davon übernommen. Das hatte nicht nur politische Gründe, sondern lag auch in der Angst begründet, dass hierdurch ihr Parallelstrukturen (bei ungesicherter finanzieller Grundlage) aufgebaut worden wären.



2. Impulse aus dem Verfassungsrecht

- *Staatliche* Versorgungsverantwortung:
Verantwortung als Staats-Ziel, allerdings bei Trägerneutralität, wohl aber als Impuls für die oben skizzierten Anforderungen an eine funktionsgerechte Organisationsstruktur
- Garantie der kommunalen Selbstverwaltung Art. 28 Abs.2 GG:
Gesundheitsversorgung der eigenen Bevölkerung ist eine „Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft“
- Aus ihr folgt der Grundsatz der kommunalen Allzuständigkeit bei gleichzeitiger Rechtfertigungsbedürftigkeit abweichender Gestaltungen.
- Der Blick in das sozialpolitische Umfeld (Kinder-und Jugendhilfe, SGB II etc.) erweist verstärkte Bemühungen, teils auch rechtlich anerkannt (vgl. Art. 91c GG) in Richtung Kooperation und Koordination



V. Schnittstellenmanagement als Zukunftsaufgabe in kommunaler Verantwortung

1. Die Aufgabe Schnittstellenmanagement

- Säulen-, felder-und sektorenübergreifende Koordination
 - Ambulante Versorgung (dort zudem Unterteilung in Haus- und Facharzt), stationäre Versorgung, öffentliche Gesundheit
 - Prävention, kurative Medizin, ggf. Rehabilitation, Pflege
 - Sektorenübergreifende Leistungserbringung nach SGB V
- Auf Landesebene (bisher: § 90a SGB V) und auf **regionaler Ebene**



- Nähere Ausgestaltung der Aufgabe (Verfahrensansatz)
 - Informationssammlung und- austausch, wechselseitige Aufnahme von Impulsen und sodann Erarbeitung von Anregungen und Empfehlungen für die Verantwortungsträger in den einzelnen Feldern, aber auch gegenüber den Leistungserbringern
 - V.a. Bedarfsbestimmungen, Ermitteln der Angebots-und Nachfragestrukturen, Qualitätssicherung sowie Förderung- und Finanzierungsnotwendigkeiten
 - Neben dem Informationsaustausch sollten auch konkrete Anregungen und Empfehlungen erarbeitet und formuliert werden, und zwar unter Einbeziehung aller beteiligten Verantwortungsträger
 - Durch gesetzliche Regelung muss für diesen Fall festgelegt und sichergestellt werden, dass solche konkreten Koordinationsergebnisse rechtzeitig in die Entscheidungsprozesse der relevanten Gremien in den einzelnen Feldern eingespeist werden



2. Organisatorische Ausgestaltung

- Zuständigkeit der Stadt- bzw. Landkreise als sowieso schon verantwortliche Träger der Gesundheitsämter, keine neue Institution
- M. E. als Pflichtaufgabe ohne Weisung (also im „eigenen Wirkungskreis“) da bessere Nutzung des kommunalen Profils und Augenhöhe mit den Trägern der funktionalen Selbstverwaltung
- Pflicht zur Beteiligung aller relevanten Verantwortungsträger mit Gestaltungskompetenz in einem oder mehreren der anderen Säulen, Felder bzw. Sektoren
- Pflicht zur Teilnahme dieser Träger an den von der Kommune initiierten Koordinationsprozessen



- Legislatorsische Umsetzung
 - Im Landesgesetz über den ÖGD, aber weit über teilweise bestehende Regelungen (vgl. z.B. § 6 Abs. 2 GDG-Gesetz Berlin) hinaus. Konsequenz: Eingreifen des Konnexitätsgrundsatzes
 - Explizite Ergänzung des § 86 SGB X („Leistungsträger, ihre Verbände und die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch eng zusammenzuarbeiten“) um die Notwendigkeit eines „Schnittstellenmanagements“



VI. Fazit

- Schnittstellen sind spannend und herausforderungsvoll
- Bei kluger Ausgestaltung können sie den „Anfang bilden, dem bekanntlich ein Zauber innewohnt.“