UNIVERSITÄT ZU KÖLN

Exzellent. Zu Köln.

Möglichkeiten und Grenzen der Versorgungssteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Herbstsymposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht

Berlin, 19.11.2026

Prof. Dr. Stephan Rixen, Institut für Staatsrecht



Foto: Gregor Hübl

Übersicht

I. Primärversorgung – zwischen Ladenhüter und Wundermittel

II. Verfassungsrechtliche Einordnung der Primärversorgung

III. Resümee

Bedarfsgerechte Versorgung – Über-/Unter-/Fehlversorgung – Fachkräftebedarf – Strukturreform zulasten der ambulanten fachärztlichen Versorgung, ohne sie offen abzuschaffen

FinanzKommission
Gesundheit

Erster Bericht
der FinanzKommission Gesundheit

Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes
zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027

Positionspapier

Primärversorgung: stark, verlässlich, patientennah

5 + 5 Eckpunkte für eine zukunftsfähige Primärversorgung

POSITIONSPAPIER

Primärversorgung:
Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung

beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 25. Juni 2025

6 Akutversorgung
6.1 Bedingungen für Resilienz in der Akutversorgung
6.1.1 Voraussetzungen von Resilienz in der Akutversorgung
6.1.2 Aktuelle Probleme der Akutversorgung
6.2 Resiliente Versorgungsstrukturen
6.2.1 Konzentrierte und spezialisierte akutstationäre Versorgung
6.2.2 Integrierte regionale Gesundheitszentren
6.2.3 Vernetzte ambulante primär-/hausärztliche Versorgung

6.1.5 Weiterentwicklung von Primärversorgungszentren und Etablierung Intersektoraler Zentren

596. Der Rat befürwortet den Aufbau einer koordinierten, multiprofessionellen, integrierten, dezentralen Primärversorgungsstruktur, die in Abhängigkeit vom regionalen Bedarf auf unterschiedlichen Elementen beruhen kann. Die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen kann zu einer Entlastung der Fachkräftesituation bei mindestens gleichbleibender und z. T. verbesserter Qualität beitragen, wie in den folgenden Abschnitten dargestellt wird. Der Rat empfiehlt neben dem Aufbau multiprofessioneller Intersektoraler Zentren (siehe Textziffer 598) insbesondere die intensivere Steuerung der Patientenwege durch Hausärzt*innen (siehe Abschnitt 6.1.6). Die

Primärversorgung im Koalitionsvertrag

- Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag.
- Ausnahmen gelten bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie.
- Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung werden wir geeignete Lösungen erarbeiten (zum Beispiel Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall).
- Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 116 117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln.
- Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht. Zudem schaffen wir die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin.

(KoaV 2025, Z. 3379-3390)

„Sozialisierung“ des Arztberufs als „roter Faden“ des Kassenarztrechts

Sozialisierung selbständiger Arbeit: »Kassenarztrecht« als Intervention des Weimarer Wohlfahrtsstaates

PROF. DR. STEPHAN RIXEN, UNIVERSITÄT ZU KÖLN*

Rixen, SR (Soziales Recht) 14, Jg., H. 5/Nov., 2024, S. 150-160

https://www.bund-verlag.de/zeitschriften/soziales-recht/archiv



„Sozialisierung“ des Arztberufs als „roter Faden“ des Kassenarztrechts

- § 1 Abs. 1 Sozialisierungsgesetz = Art. 163 WRV: „Jeder Deutsche hat unbeschadet seiner persönlichen Freiheit die sittliche Plicht, seine geistigen und körperlichen Kräfte so zu betätigen, wie es das Wohl der Gesamtheit erfordert.“

- „Artikel 161. Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten.“

- Sozialisierung = politisch definiertes Gemeinwohlinteresse hat Vorrang vor dem (ökonomischen) Eigeninteresse an geleisteter Arbeit; die von Ärztinnen und Ärzten favorisierte Perspektive auf die geleistete (selbständige) Arbeit und ihren ökonomischen Wert wird zugunsten eines Verständnisses zurückdrängt, das den Wert der geleisteten (selbständigen) Arbeit danach bemisst, ob sie anderen, etwa für Zwecke von deren Gesundheitssicherung, dient

Verfassungsrechtliche Einordnung der Primärversorgung

- Faktische **Wirkungslosigkeit** verfassungsrechtlicher Argumente – bislang

- **Gesetzgebungskompetenz:**

  - latenter Kompetenzkonflikt (aktuelles Beispiel: Krankenhausreform)

  - ambulante Versorgung: Art. 74 I Nr. 12, Nr. 19, Art. 70 I GG

Fokus: Berufsfreiheit

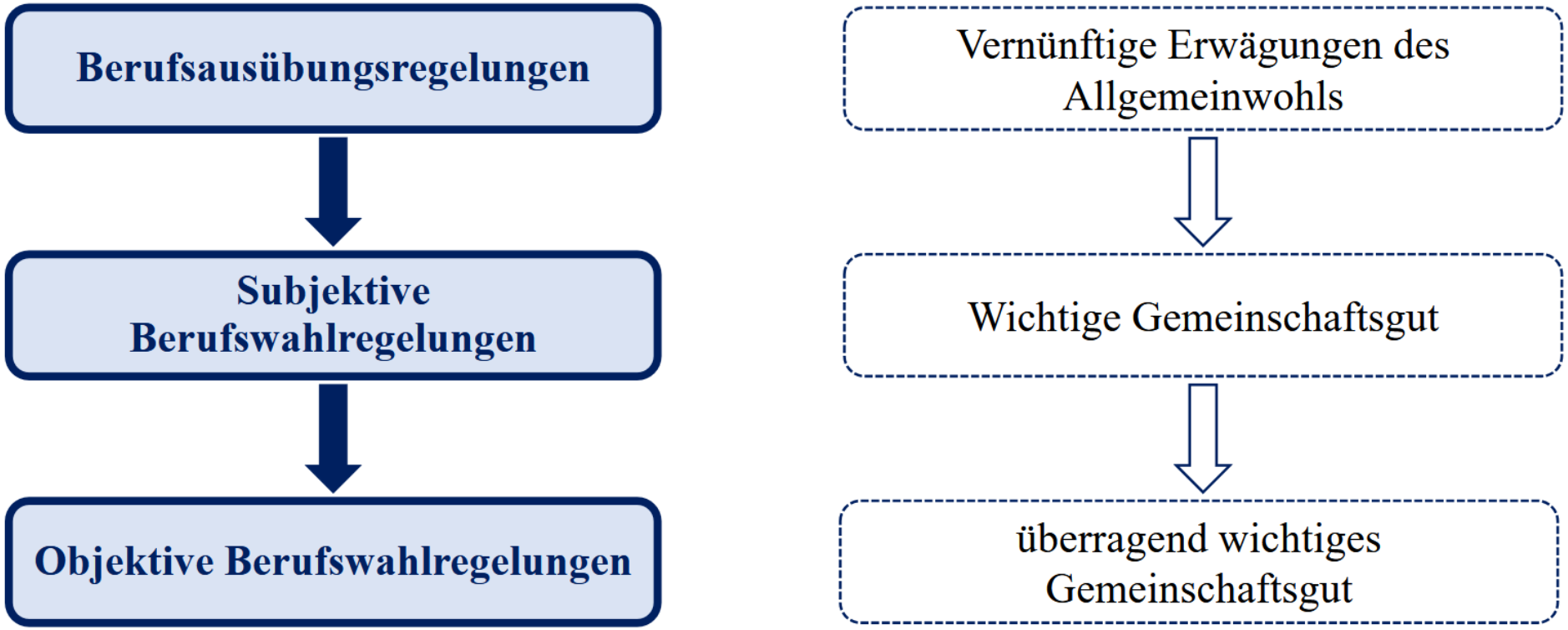
- Berufsfreiheit – immer noch ein „**zahnloses**“ Grundrecht? (Rixen, MedR 2018, 667)
- **Der lange Schatten des Kassenarzt-Urteils**: Kassenarzt kein Beruf?
  - BVerfGE 11, 30 (23.3.1960) https://www.servat.unibe.ch/dfr/bv011030.html:

    Der Kassenarzt „trägt das ganze wirtschaftliche Risiko seines Berufs selbst; die Kassenzulassung bietet ihm nur eine besondere Chance. Es hängt von ihm und der Gunst der Verhältnisse ab, ob es ihm gelingt, sich eine auskömmliche Kassenpraxis aufzubauen.“ (S. 40) „ Ausübungsform des Berufs des frei praktizierenden Arztes“ (S. 41), „‘Kassenarzt‘ kein eigener Beruf“ (S. 41). **ABER**: „der frei praktizierende Arzt [kann] in aller Regel seinen Beruf wirtschaftlich gesehen ohne Kassenzulassung nicht erfolgreich ausüben“ (S. 44), das ergibt „eine Würdigung des realen wirtschaftlichen Effekts der Regelung“ (S. 42)

  - Vor allem „Leerstelle Patientenorientierung“: **dienender Charakter des ärztlichen Berufs** bestimmt den sachlichen Schutzbereich (nicht nur Therapiefreiheit), § 1 BÄO

Verfassungsrechtlich Untote leben länger: Die Drei-Stufen-Theorie als Variante der Verhältnismäßigkeitsprüfung

- BVerfGE 7, 377 (11.6.1958), Apotheken-Urteil https://www.servat.unibe.ch/dfr/bv007377.html



Kassenarzt-Urteil: (Berufswahlnahe) Berufsausübungsregelung

Berufsausübungsregelungen

- **Zugangssteuerung** bei der ambulanten Versorgung: **Zugang** zu den GKV-versicherten Patientinnen und Patienten
- **Steuerung**:
  - Verschärfung der bisherigen Steuerungstechniken (Überweisung)
  - Aus Sicht der Primärztinnen/-ärzte: Mehrbelastung quantitativ und qualitativ – es sei denn, es gibt keine (z.B. über Negativvergütungsanreize funktionierende) effektive Kontrolle der Primärztinnen/-ärzte
  - Aus Sicht der Fachärztinnen/-ärzte (außer Augenheilkunde, Gynäkologie)
    - Zugang zur Behandlung wird durch die nicht fachärztlich beeinflusste Bewertung gesteuert, ob fachärztliche Behandlung notwendig ist (ggf. sogar durch die KV!)
    - Patientenpopulation wird dadurch ggf. reduziert, was eine geringere Vergütung nahelegt (samt in Kauf genommener Nebeneffekte)

Verhältnismäßigkeitsprüfung: tatsachenbasierte Begründungslasten

- **Legitimes Ziel:**
  - Finanzier*barkeit* / finanzielle *Funktionsfähigkeit* (Bsp.: BT-Drs. 21/6130, S. 65 a.E.)
    - Stillschweigende vorweggenommene Abwägung
    - Begriffliche Unklarheiten
    - Tatsachenfundierung geboten (BVerfGE 159, 223 https://www.servat.unibe.ch/dfr/bv159223.html)
  - Behandlungs-/Versorgungsqualität:
    - Evidenzbasierung, patientenrelevante Endpunkte, Differenzierung nach Patientengruppen
  - Mehrere Ziele (Zielebündel): Verhältnis zueinander, Folgen insb. für die Abwägung

Verhältnismäßigkeitsprüfung: tatsachenbasierte Begründungslasten

- **Geeignetheit:**
  - „kann Zielerreichung fördern“ = schwacher potenzieller Wirkungszusammenhang
  - Tatsachenbasierte Begründungslasten des Gesetzgebers
  - strengere Kriterien hinsichtlich der Vertretbarkeit des Einschätzungsspielraums insb. bei Maßnahmenbündel (BVerfGE 159, 223 https://www.servat.unibe.ch/dfr/bv159223.html)

- **Erforderlichkeit**
  - Auch hier: Tatsachenbasierte Begründungslasten des Gesetzgebers
  - Insb. zur gleichen Geeignetheit (Wirksamkeit) und zur milderen Wirkung anderer Regelungen

Verhältnismäßigkeitsprüfung: tatsachenbasierte Begründungslasten

- **Verhältnismäßigkeit i.e.S.** (= Angemessenheit = Zumutbarkeit)
  - Gesetzgeberischer Abwägungsspielraum?

    Neuere Rspr. des Ersten Senats spätestens seit den „Bundesnotbremse“-Entscheidungen des BVerfG (dazu Rixen, Verfassungsblog, 25.5.2022, https://verfassungsblog.de/abschied-von-der-verhaltnismasigkeit/)

  - Stattdessen: konsequente Stimmigkeitskontrolle aus Sicht des Grundrechtsträgers

  - Zu fragen ist: Bleibt von der in Rede stehenden Freiheit noch genügend – ein **„relevanter Freiheitsraum“** übrig? (Formulierung in BVerfGE 161, 299, Rn. 232, https://www.bverfg.de/e/rs20220427_1bvr264921)

Verhältnismäßigkeitsprüfung: tatsachenbasierte Begründungslasten

- **Verhältnismäßigkeit i.e.S. (= Angemessenheit = Zumutbarkeit)**

- Differenzierte Gewichtung des/der Regelungsziels/-ziele der in Rede stehenden Regelung(en): nicht jedes Ziel ist gleichgewichtig

- Bedeutung des in Rede stehenden Grundrechts: **Berufsfreiheit als dienendes Grundrecht (Ausrichtung an den Behandlungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten)**

- Intensität des Grundrechtseingriffs: additive/kumulative Grundrechtseingriffe profilieren

- Keine Flucht in die gesetzgeberische Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht

Schluss mit dem Placebo-Verfassungsrecht !

Das BVerfG sollte den
Schutz der ärztlichen Berufsfreiheit im GKV-Kontext
nicht mehr im Wesentlichen nur simulieren
... und das BSG könnte vorangehen

Last Exit EU-Recht?

- „Auslegungshilfe“
- Grundfreiheiten
- Tatsachenbasierte Verhältnismäßigkeitsprüfung – Beispiel: Warenverkehrsfreiheit
  - EuGH v. 19.10.2016, Rs. C-148/15, https://infocuria.curia.europa.eu/tabs/document/C/2015/C-0148-15-00000000RP-01-P-01/ARRET/184671-DE-1-html
  - Rixen, EuR 2017, 744: „**Beweisrechtliche Profilierung der Verhältnismäßigkeitsprüfung**“

Resümee

- Geschichte des Kassenarztrechts als Mahnung:

  Sozialpolitische und staatspolitische Verantwortung zusammendenken

- Warum gab es „Ärztestreiks“?

  Politisierung und Mobilisierung als (ergänzende) Optionen, wenn Verfassungsrecht (= das BVerfG) kaum effektiv schützt

Sozialisierung selbständiger Arbeit: »Kassenarztrecht« als Intervention des Weimarer Wohlfahrtsstaates

PROF. DR. STEPHAN RIXEN, UNIVERSITÄT ZU KÖLN*

Soziales Recht
ON LINE
soziales-recht.eu
14. JAHRGANG
ISSN 2193-5157
SR | WISSENSCHAFTLICHE ZEITSCHRIFT FÜR ARBEITS- UND SOZIALRECHT
Ausgabe 5
November | 2024