

Thomas Gerlinger

Kommentar zu

**Margarete Schuler-Harms, Braucht das Gesundheitswesen ein eigenes
Regulierungsrecht?**

Die Frage des Vortrags verweist auf eine andere, unmittelbar daran anschließende Frage:
Warum und wofür sollte das Gesundheitswesen ein eigenes Regulierungsrecht brauchen?

Margarete Schuler-Harms sieht zwei Entwicklungen, die die Entwicklung eines eigenen
Regulierungsrechts im Gesundheitswesen begünstigen:

- die partielle Einführung von Wettbewerbselementen (freie Kassenwahl, Einzelverträge) in das traditionell primär sozialrechtlich und kollektivvertraglich regulierte deutsche Gesundheitswesen und
- die wachsende Bedeutung des europäischen Wettbewerbsrechts für das deutsche Gesundheitswesen, insbesondere für die Krankenkassen.

Damit sind zentrale Entwicklungstrends im Wandel des deutschen Gesundheitssystems (und anderer Gesundheitssysteme) zutreffend beschrieben. Die Antwort auf die Frage nach dem „Warum?“ oder „Wofür?“ eines eigenen Regulierungsrechts aber bleibt offen.

Ich denke, dass folgende Aspekte für die Beantwortung dieser Frage wichtig sind:

- *Was soll das Gesundheitswesen für die Bürgerinnen und Bürger leisten?*
Dies ist eine im Kern normative Frage, für deren Beantwortung sicherlich die in der Bundesrepublik geltenden sozialstaatlichen Grundsätze wesentlich sind.
- *Durch welche „stofflichen“ Besonderheiten ist die Erbringung von und die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Leistungen charakterisiert?*

Die Gesundheitswissenschaften verweisen häufig auf folgende Merkmale solcher Leistungen:

- Sie werden erbracht unter den Bedingungen asymmetrischer Machtverhältnisse zwischen Arzt und Patient, nicht zuletzt weil Gesundheit und Krankheit unmittelbar mit der Person des Patienten (seiner Lebensqualität, und Existenz) zusammenfallen.
- Sie werden erbracht unter den Bedingungen einer ausgeprägten Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient, insbesondere (im Übrigen auch im Verhältnis von Arzt und Kostenträger).
- Sie dulden in vielen Fällen keinen Aufschub und sollten in angemessener Zeit verfügbar sein.
- Sie folgen dem uno-actu-Prinzip.
- *Im Hinblick auf welche Aspekte der Gesundheitsversorgung entstehen durch die Einführung von Wettbewerbsregeln unerwünschte Wirkungen, die eine Regulierung des Gesundheitswesens begründen?*

Hier sind sehr unterschiedliche unerwünschte Effekte denkbar (z.B. adverse Selektion, Ausdünnung von Versorgungskapazitäten, Rationierung von Leistungen), die sich auf unterschiedlichen Handlungsfeldern einstellen können:

- Beziehungen zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern („Vertragsmarkt“), einschließlich Vereinbarungen über Leistungen, Vergütung und Versorgungskapazitäten
- Beziehungen zwischen Kostenträgern und Versicherten („Versicherungsmarkt“)
- Beziehungen zwischen Leistungsanbietern und Versicherten/Patienten („Leistungsmarkt“), einschließlich der Mechanismen, die den Umfang und die Qualität der Leistungen betreffen.

Abschließend möchte ich mich auf wenige kursorische Bemerkungen beschränken.

1. Ich teile die Skepsis im Hinblick auf die Eignung von Wettbewerbsmechanismen für die Sicherstellung einer umfassenden, wohnortnahen und hochwertigen Krankenversorgung.
2. Wenn man ihre Einführung aber als gegeben hinnimmt, ist die Frage zu beantworten, warum und inwiefern ein eigenständiges Regulierungsrecht besser zur Vermeidung unerwünschter Effekte des Wettbewerbs geeignet ist als eine sozialrechtliche Regulierung. In der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen auch jene Felder, die einzelvertraglich reguliert sind, bisher nicht nur wettbewerbsrechtlichen Bestimmungen (§ 69 SGB V, AMNOG), sondern weiterhin auch sozialrechtlich-kollektivvertraglichen Regulierungen (z.B. Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses).
3. Die Implementierung von Wettbewerbsmechanismen ist fraglos ein bedeutender Trend jüngeren Gesundheitssystemwandels. Trotzdem unterliegt sie auch gewissen Grenzen. Sie haben u.a. zu tun mit den Machtverhältnissen im Gesundheitswesen (auf die auch Margarete Schuler-Harms hinweist), aber auch mit der Praktikabilität des Wettbewerbs im Gesundheitswesen (z.B. Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen) und mit den hohen Legitimationsrisiken, die Fehlsteuerungen für die politischen Entscheidungsträger bereit halten.
4. Ist ein besonderes Regulierungsrecht im Gesundheitswesen erforderlich, weil das Sozialrecht den Regulierungsbedarf in diesen Feldern nicht mehr decken kann oder weil es aufgrund politischer Entscheidungen (z.B. Änderung § 69 SGB V im AMNOG durch den nationalen Gesetzgeber; „Hineinregieren des Binnenmarktes in nationalstaatliche Gesundheitssysteme, z.B. Anwendung des Vergaberechts) für die Regulierung des Gesundheitswesens (bzw. einzelner Teilbereiche) nicht mehr zur Verfügung steht?
5. Was kann ein eigenes Regulierungsrecht im Gesundheitswesen zur Vermeidung der o.g. unerwünschten Wirkungen leisten?

Ich denke, dass diese Differenzierungen bei der Suche nach einer Antwort auf die Frage nach der Notwendigkeit eines eigenen Regulierungsrechts im Gesundheitswesen behilflich sein können.