
Die Soziale Marktwirtschaft als politisches Vorbild für die Gesundheitswirtschaft

Hans Georg Faust

Zunächst ein paar grundsätzliche Gedanken zur Sozialen Marktwirtschaft:

Historisch ist der Begriff Soziale Marktwirtschaft unauflöslich mit der Person Ludwig Erhards verbunden, der sich mit dem mehr sozialpolitisch orientierten Konrad Adenauer heftige Auseinandersetzungen lieferte und durch das, was er durchsetzen konnte, als Vater des Wirtschaftswunders gilt. An dieser Stelle ist aber anzumerken, dass er sich bei der Frage der sozialen Sicherungssysteme eben nicht durchsetzen konnte und die heute bestehenden Probleme der Umlageverfahren ihren Ursprung in den Vorstellungen Konrad Adenauers haben, was letztlich auch zum Streit um die Rentenreform 1957 führte.

Bei der Einführung der Sozialen Marktwirtschaft sollten weder kapitalistische Gedanken noch sozialistische Ansätze dominieren. Für das Konzept hatten Walter Eucken und Friedrich August von Hayek in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Grundlagen geschaffen. Walter Eucken kam aufgrund seiner historischen Betrachtung zu dem Ergebnis, dass der kapitalistische Ansatz zu viel Spielraum lässt und der zentralwirtschaftliche zu wenige Möglichkeiten schafft, ein größtmögliches Allgemeinwohl hervorzubringen.¹ Für ihn war nur ein „wohlgeformter“ staatlicher Ordnungsrahmen geeignet, der Wirtschaft und jedem Individuum Freiheiten zu gewähren. Mit diesem

Rahmen sollte jeder Einzelne in die Lage versetzt werden, zuallererst sein eigenes, aber als Folge daraus auch das Allgemeinwohl zu steigern und damit langfristig optimale Handlungsspielräume für das Wohlergehen aller Bürger zu schaffen.

Als weiterer entscheidender Faktor hat die christliche Soziallehre mit ihren drei Säulen Subsidiarität, Personalität und Solidarität maßgeblichen Einfluss bei der Bestimmung des Ordnungsrahmens. Nach der christlichen Soziallehre wird jedem Einzelnen die Freiheit und das Recht zur Selbstbestimmung und damit zur individuellen Entfaltung zugesichert. Die drei Säulen der christlichen Soziallehre haben jeweils ein unterschiedliches Gewicht im Verhältnis zwischen Markt und Staat. Mit dem Prinzip der Personalität, das den Menschen in den Mittelpunkt aller Überlegungen zur Gestaltung von Wirtschaft und Gesellschaft stellt, entzieht sich die Soziale Marktwirtschaft einer staatlich regulierten Lenkung wirtschaftlicher Produktionsprozesse. Nach dem Prinzip der Subsidiarität sorgt jeder Einzelne für das, wozu er selbst imstande ist. Der Staat ist für den ordnungspolitischen Rahmen zuständig und bleibt im Übrigen im Hintergrund. Aber die Urväter der Sozialen Marktwirtschaft haben bereits in der Anfangszeit davor gewarnt, den Marktmechanismus als das entscheidende Kriterium für eine demokratisch-freiheitliche Politik anzusehen. Dem christlichen Prinzip der Solidarität kommt eine besondere und immer wieder im Gleichgewicht zu haltende Bedeutung zu, die – zudem je nach politischem Standpunkt – unterschiedlich ausgelegt werden kann und wird.

Die Nachkriegszeit hat eine starke Solidargemeinschaft zwingend erfordert, und so war denn auch die Soziale Marktwirtschaft am Anfang nicht so unumstritten, wie man in der Retrospektive glauben mag. Walter Eucken war der Gründer der liberalen Freiburger Schule. Alfred Müller-Armack hatte im Gegensatz dazu einen sozialwis-

senschaftlich geprägten Hintergrund und bevorzugte eine stärkere Beteiligung des Staates. In diesem Spannungsfeld ist bei der Festlegung der Rahmenbedingungen des Wirtschaftens ein Ausgleich zwischen staatlicher Regulierung und wettbewerblicher Organisation gesucht und gefunden worden. Beide Vordenker haben sich mit ihren Ansätzen gegenseitig ergänzt und so ein harmonisch funktionierendes System geschaffen. Leider hat die von Müller-Armack ursprünglich zu Recht gewollte Offenheit gegenüber veränderten Verhältnissen und die damit verbundene Flexibilität zu weitreichenden Veränderungen geführt, mit denen wir uns heute auseinandersetzen haben.² Natürlich war der Grundgedanke richtig, den Ansatz der Sozialen Marktwirtschaft in einem ständigen Reformprozess zu halten, um ihn rechtzeitig an veränderte Bedingungen anpassen zu können. Gleichzeitig wurde damit aber Raum für einen Prozess gegeben, der im weiteren Verlauf und mit wechselnden Regierungen zu einer stetigen Ausweitung eines sozialen Anspruchsdenkens führte. In der Austarierung der verschiedenen Elemente ging der freiheitliche Leitgedanke mit der Zeit in seiner Bedeutung zurück, und die Wandlung zu einem Versorgungsstaat wurde eingeleitet. Aus der Sicht eines CDU-Politikers würde ich sagen, dass die in den Ursprüngen verankerten Prinzipien der Personalität, Subsidiarität und Solidarität heute nicht in einem solchen Verhältnis zueinander stehen, wie es dem eigentlichen Ansatz entspricht. Der Leitgedanke der Solidarität bekam aus gesellschaftspolitischen Gründen eine immer stärkere Bedeutung und wurde stets als Begründung für staatliche Eingriffe herangezogen. Die Aufrechterhaltung der eingeführten sozialen Sicherungssysteme wurde mehr und mehr zu einer nicht mehr hinterfragten Selbstverständlichkeit und verwässerte damit die Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft. Mit den gesellschaftspolitischen Auswirkungen haben wir heute zu kämpfen; jede sozial-

politische Debatte im Deutschen Bundestag spiegelt das wider.

Bei der Frage, ob und inwieweit die Soziale Marktwirtschaft politisches Vorbild für die Gesundheitswirtschaft ist, spielt der Bedeutungswandel des Begriffs „Soziale Marktwirtschaft“ eine Rolle. Der Grundgedanke des Ordoliberalismus setzte auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen klassischem Liberalismus und der Zentralwirtschaft.³ Der Anteil der staatlichen Regulation wird mit einer Ordnungspolitik abgedeckt, die ein liberales und gleichzeitig soziales Wirtschaften ermöglicht.⁴ Somit wird dem Markt die größtmögliche Entfaltungsmöglichkeit gegeben und durch den ordnungspolitischen Rahmen die ethisch-moralische Komponente gesichert. Dabei geht es in erster Linie nicht um eine Verteilungsgerechtigkeit, wie sie zunehmend in die Soziale Marktwirtschaft hineininterpretiert wird.⁵ Es geht vielmehr darum, über die Optimierung des Eigenwohls gleichzeitig das Allgemeinwohl zu steigern. Der Ordnungsrahmen sorgt dabei für eine ausgewogene Gerechtigkeit und die moralische Fundierung. Auch die jetzt von vielen geforderte Proportionalität der Wohlstandssteigerung ist in dem Grundgedanken nicht enthalten. Natürlich muss ein angemessener sozialer Ausgleich erfolgen. Aber eine übertriebene Anpassung erweist sich als kontraproduktiv, da hiermit zwangsläufig eine immer größere Flut an Umverteilungsmechanismen einhergeht, die letztendlich zu einer Stagnation oder Rückläufigkeit des Wohlstands führt.

Bezüglich der Frage, wie sich die Mechanismen im Gesundheitswesen zur Sozialen Marktwirtschaft stellen sollen, habe ich in die alten Parteiprogramme der CDU hineingeschaut. In den Düsseldorfer Leitsätzen von 1949 taucht das Wort Gesundheit nur im Zusammenhang mit der Forderung nach einer Versicherung auf, die im Sinne echter Solidarität weiterzuentwickeln sei und bei der Be-

kämpfung von Volkskrankheiten alle Kreise des Volkes heranziehen möchte. Wirtschafts- und Sozialordnung sollen sich wechselseitig ergänzen und fördern. Der Gesundheitsbereich wird also dem staatlichen Handeln zugeordnet, wie auch andere Bereiche, die damals die Lebenswirklichkeit prägten: Lastenausgleich, Wohnungsbau und Versorgung der Kriegsheimkehrer und Heimatvertriebenen.⁶

Auch das Berliner Programm von 1971 setzt im Gesundheitsbereich weitgehend auf staatliche Aktivität. Das bezieht sich auf eine besondere Förderung von Praxisgemeinschaften auf dem Land, die Voldeckung der Krankenhauskosten mit Rechtsanspruch bei wirtschaftlicher Betriebsführung und die Forderung an die Länder, Krankenhauspläne zu entwickeln. Immerhin: Eine gleichrangige Behandlung der frei-gemeinnützigen, kommunalen und staatlichen Krankenhäuser wird ausdrücklich angemahnt, damit die Freiheit und Selbstverantwortung der Krankenhausträger gewährleistet bleibt.⁷

Das Umdenken setzt Mitte der siebziger Jahre ein: Die Mannheimer Erklärung fordert wegen der sich abzeichnenden Finanzproblematik mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit der Begründung, nur so sei das Ziel der Bewahrung und des Ausbaus der sozialen Sicherheit zu erreichen.⁸ Von dieser Auffassung wird auch das Grundsatzprogramm von 1978 geprägt. Die Aussage aber, man könne auch in der Gesundheitspolitik nicht auf Wirtschaftlichkeit verzichten, zeigt, wie sehr der Gesundheitsbereich aus Sicht der Partei noch der staatlich zu stützenden sozialen Säule des Systems zugeordnet wird.⁹ Aber das, was der Berliner Gesundheitsökonom Klaus-Dirk Henke Gesundheitswirtschaft nennt, finden wir in Ansätzen ebenfalls bereits in den Programmen der vergangenen 20 Jahre. 1994 zum Beispiel werden die eigenverantwortliche Gestaltung des Versicherungsschutzes, das Eigeninteresse des Einzelnen an einer humanen, effizienten und kos-

tengünstigen Gesundheitsversorgung und der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen und auch den Leistungsanbietern angesprochen.¹⁰

Die Ökonomen sind den Politikern mit ihren Überlegungen, wie das Gesundheitswesen effizienter und effektiver gestaltet werden kann, natürlich weit voraus. Das liegt daran, dass sie weniger Rücksicht auf die politischen Möglichkeiten der Umsetzung nehmen müssen und sich jeweils an einer Hauptrichtung ihrer Überlegungen orientieren können. Die Notwendigkeit des Kompromisses, auch des „faulen“, bleibt dem politischen Alltag vorbehalten. So war es auch bei den Verhandlungen zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), als marktwirtschaftliche und wettbewerbliche Vorstellungen der CDU mit Vorstellungen im Sinne von größerer Staatsnähe bei der SPD abgewogen werden mussten. In einzelnen Bereichen konnte es dann auch durchaus umgekehrt sein.

Aber unabhängig von parteipolitischer Ausrichtung muss der, der sich eine Gesundheitswirtschaft als Gesamtabbild der Sozialen Marktwirtschaft wünscht, sich fragen lassen, nach welchen Mechanismen diese Wirtschaft im Gesundheitsbereich funktioniert. Wenn Markt, dann Wettbewerb. Und da stellt sich für mich die Frage: Wer ist in diesem Wettbewerb der Entscheider, wer ist in diesem Wettbewerb der Kunde, und worauf beruhen seine Kundeneigenschaften?

Natürlich gibt es im Gesundheitssystem auch normale Kunden-Anbieter-Beziehungen. Zum Beispiel die Klinikette, die Medikamente und Medizinprodukte bei den Herstellern einkauft. Hier würde der Ökonom sagen, dass es um eine elastische Nachfrage geht, wo natürlich die allgemeinen Gesetze des Marktes herrschen. Kunden-Anbieter-Beziehungen gibt es aber auch aufgrund der sich entwickelnden Gesetzgebung zunehmend in einem regulierten Markt, wo die Nachfrage schon unelastischer wird. Ich meine die

zunehmend vom Gesetzgeber eingeführten oder für den Krankenhaussektor diskutierten selektiven Vertragsbeziehungen zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern. Die Frage, welche Rahmenbedingungen der Staat hier setzen muss, damit am Ende Marktbedingungen oder wenigstens marktimitierende Bedingungen herrschen können, entwickelt sich zunehmend zu einer spannenden politischen Aufgabe. Mit den Fallpauschalen im Krankenhaus oder mit den Festbeträgen für Arzneimittel sind flexible, aber eben nur marktimitierende Wettbewerbsparameter gefunden worden. Weitere werden folgen.

Wenden wir uns dem Versicherten, dem Patienten zu. Der Versicherte als Kunde hat gegenüber seiner Krankenversicherung schon unter einer erheblichen Informationsasymmetrie zu leiden. Aber in der Regel wird er private Krankenversicherungsverträge durchschauen können. Bei den komplizierten Verhältnissen der gesetzlichen Krankenversicherung kann er weitgehend – wenn auch nicht immer zu Recht – auf die staatliche Kontrolle und Aufsicht vertrauen. Der Patient als Mittelpunkt des Geschehens, um den sich alles dreht, ist nach vielfältigen Aussagen der Ärzteschaft kein Kunde. Ich wage dem zu widersprechen, denn der Patient kann auch durchaus Kundeneigenschaften haben. Diese Kundeneigenschaften sind umso ausgeprägter, je besser er informiert ist und je mehr Transparenz bezüglich Qualität und Kosten der angebotenen Leistung herrscht – und sie hängen natürlich entscheidend davon ab, wie dringlich die Leistungserbringung ist. Eine völlig frei terminierbare Schönheitsoperation bei einer aufgeklärten Patientin ist etwas ganz anderes als die Nachfrage eines Patienten mit durchgebrochenem Blinddarm bezüglich der sofort notwendigen Operation. Diese Nachfrage ist selbstverständlich vollkommen unelastisch, die Kundeneigenschaften sind hier nicht vorhanden.

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass das Gesund-

heitswesen wie die anderen sozialen Sicherungssysteme in den ersten Jahrzehnten der Bundesrepublik als sozialstaatliches Ausgleichselement zu dem sich im Aufschwung befindenden Wirtschaftssystem gesehen wurde – auch wenn das nicht die eigentliche Auffassung der Theoretiker des Modells der Sozialen Marktwirtschaft war. Zunehmend hat sich aber die Erkenntnis durchgesetzt, dass durch eine Übertragung aller Elemente der Sozialen Marktwirtschaft auch der Gesundheitsbereich effektiver und effizienter zu gestalten ist. Man mag hier einwenden, dass zur Effektivitätssteigerung eine genauere Zieldefinition nötig ist. Es wird aber niemand bestreiten, dass die Abkehr von dem Gedanken des Lazarett- oder Reparaturbetriebes und die Wendung hin zu einem voll ausgeprägten Wirtschaftszweig innerhalb der Sozialen Marktwirtschaft in weiten Bereichen möglich ist. Wo es aus medizinischen, ethischen oder anderen Gründen nicht möglich ist, werden zunehmend mit Erfolg marktimitierende Mechanismen eingesetzt, um wenigstens die verbleibenden Potenziale, zum Beispiel des Wettbewerbs, zu nutzen. Ich möchte aber auch betonen: Je näher die im Einzelfall gegebene Situation an die des existenziell bedrohlich erkrankten Patienten herankommt, der mit hoher medizinischer Kompetenz zu behandeln ist und der keine Wahl und keine Zeit hat, desto weniger werden die Mechanismen des Marktes greifen. Aber dass auch das noch innerhalb der Sozialen Marktwirtschaft und nicht außerhalb ihrer stattfindet, beweist den hohen Wert unserer Wirtschafts- und Sozialordnung.

Anmerkungen

¹ *Eucken, Walter*: Grundsätze der Wirtschaftspolitik. Tübingen 1990, 128–131.

² *Müller-Armack, Alfred*: Zur Einführung: Zeitgeschichtliche Notizen. In: ders.: Genealogie der Sozialen Marktwirtschaft. Bern 1981, 11–18.

³ Hayek, Friedrich August v.: *The road of Serfdom*. Chicago/London 1976, 111.

⁴ Eucken, Walter: *Unser Zeitalter der Misserfolge*. Fünf Vorträge zur Wirtschaftspolitik. Tübingen 1951, 71ff.

⁵ Diesen Punkt hat Ludwig Erhard insbesondere 1957 betont, als er eine prägnante, heute oft zitierte Definition von Alfred Müller-Armack zurückwies. Nach Müller-Armack gilt: „Sinn der Sozialen Marktwirtschaft ist es, das Prinzip der Freiheit auf dem Markt mit dem des sozialen Ausgleichs zu verbinden.“ Erhards Korrektur lautet: „Der tiefe Sinn der Sozialen Marktwirtschaft liegt darin, das Prinzip der Freiheit auf dem Markt mit dem des sozialen Ausgleichs und der sittlichen Verantwortung jedes Einzelnen dem Ganzen gegenüber zu verbinden.“

⁶ Düsseldorf Leitsätze über Wirtschaftspolitik, Landwirtschaft, Sozialpolitik, Wohnungsbau der CDU Deutschlands vom 15.7.1949, 42.

⁷ Berliner Programm der CDU Deutschlands, in der Form der zweiten Fassung vom 18. Bundesparteitag (Düsseldorf 25.–27.1.1971) mit der Ergänzung vom 22. Bundesparteitag (Hamburg 18.–20.11.1973), 79ff.

⁸ Mannheimer Erklärung der CDU Deutschlands („Unsere Politik für Deutschland“), in der Form der Fassung vom 23. Bundesparteitag (Mannheim 23.–25.6.1975), 115ff.

⁹ Ludwigshafener Grundsatzprogramm der CDU Deutschlands („Freiheit, Solidarität, Gerechtigkeit“), in der Form der Fassung vom 26. Bundesparteitag (23.–25.10.1978), 151ff.

¹⁰ Hamburger Grundsatzprogramm der CDU Deutschlands („Freiheit in Verantwortung“), in der Form der Fassung vom 5. Parteitag (20.–23.2.1994), 51.