

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/333565846>

Kommerzialisierung wider Willen. Klarstellungen zum 'großen Fremdeln' der Ökonomisierungskritiker*innen im Gesundheitswesen

Article · June 2019

CITATIONS

0

READS

15

1 author:



Kai Mosebach

University of Ludwigshafen on the Rhine

30 PUBLICATIONS 47 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Neoliberal Transformation of German Health Care [View project](#)



Theorie der Gesundheitspolitik: zur Notwendigkeit eines Paradigmenwandels in Prävention und Gesundheitsförderung [View project](#)

Kommerzialisierung wider Willen

Klarstellungen zum »großen Fremden« der Ökonomisierungskritiker*innen im Gesundheitswesen
von ■ Kai Mosebach



Bei aller Kritikwürdigkeit, die ich selbst in meinem Text (Mosebach 2018) sehe, verwundert mich die Lektüre des Beitrags von Hartmut Reiners in der Sozialismus-Ausgabe vom März 2019 nun doch. Bei aller zutreffenden Nähe meiner Position zu seiner skeptischen Einschätzung in Fragen des Moral Hazard (Reiners 2019: 17) kommt ihm die »Ökonomisierungskritik«, in die Alexander Braun und mich kurzerhand einsortiert, als ein »großes Fremden« vor. Eine solche, womöglich auch noch lustig gemeinte, Verbalhornung von Argumenten von widerständigen Beschäftigten im Gesundheitswesen gegen die »Ökonomisierung« von Care-Arbeit bedarf einer Klarstellung.

Klare Ansage zum produktiven Widerspruch

Meine Irritation über Reiners Replik möchte ich an drei Punkten verdeutlichen: *Erstens* begreift Hartmut Reiners die Ausgangsfrage meines Beitrags nicht (Mosebach 2018: 24), die von jener

Paradoxie handelt, warum der neoklassische Nachweis von ubiquitärem Marktversagen im Gesundheitswesen dennoch zur realen Einrichtung von Wettbewerb im Gesundheitswesen, und zwar nicht nur im Diskurs der Gesundheitsökonomik (wie Reiners meint [2019: 18]), sondern auch in der Realität geführt hat – und zwar ziemlich genau so, wie es ein gewisser Herr Enthoven *paradigmatisch* vorgedacht hatte (Enthoven 1988). Das ist erklärungsbedürftig. Theorien haben reale Effekte und zwar dann, wenn sie praktisch werden. Das wusste schon der olle Marx. Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik sind also keineswegs zwei voneinander isolierte Diskurse.¹ Die analyti-

Kai Mosebach vertritt zurzeit eine Professur für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomik an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein, FB Sozial- und Gesundheitswesen.

¹ Um hier schon Missverständnisse zu vermeiden, sei darauf hingewiesen, dass meine These nicht behauptet, dass gesundheitspolitische Entscheidungen von einzelnen Akteuren vorgedacht und dann einfach nur noch umgesetzt

sche Figur der politischen Simulation des Marktes im Gesundheitswesen als Kernüberzeugung der gesundheitsökonomischen Disziplin (Mosebach 2018: 23) bleibt ihm leider ein in seinen Wirkungen unverstandenes Rätsel.²

Zweitens behauptet Hartmut Reiners, für mich würden »Kategorien wie Preise, Kosten und Wettbewerb im Gesundheitswesen nichts zu suchen haben.« (Ebd.: 16) Wer meinen Text gelesen hat, der muss sich ob dieser Unterstellung die Augen reiben. Ich bin in der Tat allerdings sehr skeptisch, dass sich die *präskriptive* Überlegenheit von Wettbewerb im Gesundheitssystem gesundheitsökonomisch begründen lässt. Und hier liegt der Hase im sprichwörtlichen Pfeffer. Zwar stimmt Hartmut Reiners in die Wettbewerbskritik zumeist ein, wenn es sich um neoklassische Argumente für (ideologischen?) Wettbewerb im Gesundheitswesen handelt (Reiners 2019: 17ff.). Was er allerdings bis heute in seinen Veröffentlichungen brachliegen lässt, ist eine konsistente theoretische Begründung der Überlegenheit des von ihm durchaus zustimmend betrachteten »Wettbewerbs als Entdeckungsverfahren« (Friedrich August von Hayek) im Gesundheitswesen oder wenigstens eine Sammlung empirischer Belege dafür, den Wettbewerb als undogmatische »Steuerungstechnik« (Reiners 2006: 28ff.) nutzen zu können – was immer das auch jenseits der reinen Faktitität von Wettbewerb, mit dem politisch umgegangen werden muss, heißen soll. Das zeigt sich auch in seinen Argumenten gegen die Ökonomisierungskritiker*innen, die merkwürdig hin und her eieren.³

Drittens ignoriert Hartmut Reiners komplett mein Plädoyer, von Kommerzialisierung als dem Kernproblem im deutschen

Gesundheitswesen zu sprechen (Mosebach 2018: 27f.) und liest in meinen Text eine Ablehnung der normativen Bedeutung wirtschaftlicher Effizienz, die ich dort gar nicht erhebe. Ganz ähnlich wie Friedhelm Hengsbach bin ich der Überzeugung, dass man Ökonomisierungsprozesse von Kommerzialisierungsprozessen in der Tat unterscheiden muss.⁴ Meine Kritik am G-DRG-System, dem an Diagnosen geknüpften Fallpauschalen-System, die ich in dem zitierten Beitrag (Mosebach 2018) überhaupt nicht äußere, beruht nicht darauf, dass ich so begriffsstutzig bin, das administrierte Preissystem der in Deutschland angewandten G-DRGs mit »Marktpreisen« zu verwechseln, wie Hartmut Reiners (2019: 19) unterstellt. Meine Kritik an den *Effekten* des G-DRG-Systems ist gar nicht so weit weg von seiner eigenen. Im Kern ist es eine politökonomische, die makro- und mikroökonomische Argumente zu integrieren versucht, dabei aber Kommerzialisierungsprozesse im Krankenhauswesen als nicht-intendierte Effekte der wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik begreift, die kein Akteur strategisch verfolgt, aber alle – gewissermaßen wider Willen – durch ihre Praktiken herstellen.⁵ Soviel (theoretische) Emergenz muss möglich sein.

Wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik als hegemoniale Modernisierungsstrategie

Der von mir in die Debatte geworfene analytische Begriff der *wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik* benötigt einige Klarstellungen. Hartmut Reiners wirft mir vor, dieser Begriff habe gesundheitspolitisch keine Bedeutung gehabt: »Diese Strategie gibt es in der gesundheitsökonomischen Literatur, aber nicht in der deutschen Politik.« (Reiners 2019: 18) Eine genauere Lektüre hätte ihm jedoch einige Hinweise darauf geben können, wie diese gesundheitspolitische Reformstrategie zu interpretieren ist: Ich spreche bewusst *nicht* davon, dass ein einzelner Akteur diese Strategie verfolgt hätte. Von einer »systematischen« Verfolgung der Politik der »wettbewerblichen Steuerung« (ebd.) ist in meinem Beitrag keine Rede. Hier besteht ein großes Missverständnis. Die Politik der wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik ist mit der *wettbewerblichen Steuerung*, wie sie in der gesundheitsökonomischen Literatur vorherrscht, überhaupt nicht identisch (das suggeriert jedoch Reiners). Das konnte ich in der Kürze des Textes lediglich andeuten.

Das Missverständnis beruht m.E. darauf, dass Hartmut Reiners von einem rationalistisch verkürzten *Strategiebegriff* ausgeht. Er unterstellt – zumindest implizit –, dass politische Akteure, die über entsprechende Entscheidungskompetenz verfügen, eine weitgehende Kontrolle über die Effekte ihrer politischen Entscheidungen hätten. Dies bezweifle ich nachdrücklich.⁶ Politische Akteure, zu denen auch staatliche Akteure (Ministerien auf Bundes- und Länderebene) gehören, stehen in einem politischen Krätfeld und können politische Entscheidungen oftmals nur über konsensuale Aushandlungsprozesse treffen (wie Hartmut Reiners aus praktischer Erfahrung selbst weiß), von einer zielgerechten Umsetzung der Politiken ganz zu schweigen.

Die gegenseitigen Abhängigkeiten bei der Politikformulierung von den Dynamiken solcher aufgrund der föderalen Struktur notwendigen Verhandlungslösungen auf den gesund-

VSA: Ärzte in der Nazizeit



Gine Elsner
Die »aufrechte« Haltung
Orthopädie im Nationalsozialismus
592 Seiten | Hardcover | € 39,80
ISBN 978-3-89965-832-3
Orthopädie befasst sich mit Fehlbildungen und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Auch Vertreter dieses Fachs ließen sich durch die nationalsozialistische »Rassenhygiene« instrumentalisieren. Seit Ende des 19. Jahrhunderts kümmerten sich Orthopäden um Verkrüppelungen infolge von Rachitis, Tuberkulose oder

Kinderlähmung. Die Wiederherstellungsschirurgie im Ersten Weltkrieg war ein weiteres Arbeitsgebiet. Mit Beginn der NS-Zeit interessierten sie sich für die Erbbedingtheit von Krankheiten. Sie beteiligten sich am Sterilisierungsprogramm, das 1933 etabliert wurde. Das Paradigma der Vereinbarkeit von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats blieb auch nach dem Zweiten Weltkrieg bestehen. Gezeigt werden ferner Konkurrenz und Karrierekampf an den Universitäten und Clandenken innerhalb der Fachdisziplin.

Im Buchhandel oder direkt bei:
VSA: Verlag, St. Georgs Kirchhof 6, 20099 Hamburg, info@vsa-verlag.de

heitlichen Politikfeldern schließen eine Kontrolle der nicht-indizierten Effekte dieser Entscheidungen aus. Sie sind m.E. diskursiv-ideologisch überdeterminiert.⁷

Vielelleicht lässt sich mein Argument anhand eines Beispiels veranschaulichen: die Einführung der freien Kassenwahl, die er als »zwangsläufige Folge der Gleichstellung von Arbeiter*innen und Angestellten« (Reiners 2019: 18) betrachtet, lässt sich keineswegs auf diesen sozialrechtlichen Automatismus reduzieren.⁸ Das ist bestenfalls ein politisches Narrativ im historischen Rückblick. Denn: Wieso war die Gleichstellung von Arbeiter*innen und Angestellten nicht in der Einrichtung einer (regionalisierten) Einheitsversicherung möglich? Die Antwort darauf ist so banal wie analytisch folgenreich. Eine solche Lösung bewegte sich nicht im Bereich des politisch Denkbaren und wurde folglich bereits in der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (1990) als ein möglicher Entwicklungspfad ausgeschlossen.

Die Kommissionsmehrheit, die von Abgeordneten und wissenschaftlichen Sachverständigen der christlich-liberalen Bundesregierung gestellt wurde, war der Ansicht, dass eine regionale Einheitsversicherung durchaus möglich gewesen wäre, um die sozialrechtliche Diskriminierung von Arbeiter*innen zu beenden. Die Kommissionsmehrheit – von der sozialdemokratisch-grünen Minderheit gab es keine explizite Ablehnung dieser Schlussfolgerung⁹ – lehnte ein solches Modell ab: Wegen der weiterhin »hohen Akzeptanz« des (möglicherweise auch modifizierten) gegliederten Systems (von Primär- und Ersatzkassen) komme eine regionale Einheitsversicherung nicht in Betracht: »Solange sich auch nicht im entferntesten eine Chance abzeichnet, eine Einheitsversicherung politisch durchzusetzen, bleiben entsprechende Programme politische Rhetorik. Daher wird auf eine Ausdifferenzierung dieses Konzepts im Weiteren verzichtet.« (Deutscher Bundestag 1990: 202)

Die weitere gesundheitspolitische Geschichte des Übergangs von einer »berufsständischen zu einer wettbewerblichen Gliederung der GKV« lässt sich ganz wunderbar im Zusammen mit dem Gesundheitspolitik-Insider Franz Knieps verfassen und sehr lebenswerten Buch von Hartmut Reiners zu den Gesundheitsreformen in Deutschland nachlesen (Knieps/Reiners 2015: 101ff.). Diese Geschichte – und das ist mit den analytischen Folgen, von denen ich oben sprach, gemeint – verläuft in jenen *Diskursbahnen und Akteurskonstellationen*, die nicht nur mit der Enquete-Kommission offenbar, sondern in den darauf folgenden Jahren auch durch die notwendigen großen (Sach-)Koalitionen gesetzlich kodifiziert und manifest wurden.

Mein Begriff der *wettbewerbsbasierten Kostendämpfungs-politik* bezieht sich als *Ex-Post-Strategie* nicht auf einen einzelnen Akteur, sondern verweist auf einen konsensualen Kern einer hegemonialen Modernisierungsstrategie, die sich in den genannten Diskursbahnen und Akteurskonstellationen herausgebildet hat.¹⁰ Um mein analytisches Konzept verständlich zu machen: Die politisch-ideologische Hegemonie auf diesem Politikfeld besteht nicht darin, dass sich die gesundheitsökonomischen Wettbewerbsmodelle eines Alain Enthoven (oder wessen auch immer) nahezu unverändert in die Gesundheitspolitik übersetzen, sondern darin, dass der gesundheitsökonomische Diskurs in seiner ganzen Breite in die *regulative Idee der politi-*

tischen Konstitution des Marktes im Gesundheitswesen fließt und dadurch denkbare alternative (nicht-marktliche) Lösungen aus dem Reformdiskurs nachdrücklich ausgeschlossen werden. Sie erscheinen notgedrungen als *politisch unrealistisch*.¹¹

werden. Dies ist zu Recht als Verschwörungstheorie kritikwürdig. Allerdings ist es ebenso kritikwürdig, die diskursive Macht von strategischen Akteuren einerseits und die Wirkung von sich überlagernden (Fach-)Diskursen auf die Deutungsschemata und Handlungsorientierungen von Akteuren in diversen Politikfeldern andererseits zu unterschätzen. Das gilt auch für die Interaktion des gesundheitsökonomischen und gesundheitspolitischen Diskurses.

⁷ Wohl einer der ersten im kritischen Ökonomisierungsdiskurs, der diesen Gedanken der *politischen Simulation von Märkten im Gesundheitswesen* als politisches Projekt formulierte, war Hagen Kühn (z.B. 2004: 29), der an der zitierten Stelle allerdings nicht scharf genug zwischen Ökonomisierung und Kommerzialisierung differenziert, sondern stattdessen (auch) noch den Begriff der Kommodifizierung ins Spiel bringt.

⁸ Die Forderung, in der Zukunft «eine sozialökonomische Theorie des Gesundheitswesens» (Reiners 2019: 20) zu erarbeiten, ist zweifellos sinnvoll. Den Gesetzen der allgemeinen Logik folgend kann diese zukünftige Theorie aber nicht die gegenwärtige Überlegenheit oder auch nur Sinnhaftigkeit des Wettbewerbs im Gesundheitswesen begründen. Hier ist bereits heute ein wenig mehr theoretische Erkenntnis und empirische Skepsis möglich als Reiners meint.

⁹ Vgl. die wirtschaftsethischen Beiträge von Matthias Kettner (2010, 2011), der bereits deutlich früher eine solche analytisch sinnvolle Differenzierung vorschlagen hat.

¹⁰ Vgl. für einen ersten Versuch einer solchen Interpretation: Mosebach (2010: 11ff.); siehe auch Gerlinger/Mosebach (2009: 13ff.).

¹¹ Diese Annahme scheint z.B. in seiner Behauptung durch, dass das Bundesversicherungsamt, welches den Gesundheitsfonds reguliert, die Strategie der Risikolection (d.h. der »Überbewertung von Risiken«) von Krankenkassen mittels des »Kräcker-Machens« ihrer Versicherten (was *ceteris paribus* zu höheren Zuweisungen aus dem Fonds führen würde) effektiv habe unterbinden können (Reiners 2019: 18). Diese Behauptung beruht allein auf der Annahme, dass die Verringerung der finanziellen Über- und Unterdeckungen der Krankenkassen hinsichtlich der finanziellen Deckung der realen Kosten pro Krankheitsklasse im derzeitigen Risikostrukturausgleich mit geringeren Anreizen für jenes »Up-Coding« einhergeht. Es ist *kein* Beweis dafür, dass dies nicht marktstrategisch von manchen Krankenkassen immer noch getan wird, denn Über- und Unterdeckungen sind immer noch vorhanden.

¹² Von Fachpolitiker*innen und Expert*innen wird zur Einhegung von nicht-intendierten Effekten gern das Mantra des *Nachsteuerns* herangezogen, wenn die politischen Zielsetzungen verfehlt werden. Ein technokratischer Begriff für die Aufrechterhaltung eines mythischen Primats der Politik. Die Musik spielt unterdessen woanders.

¹³ Man kann in der Tat in dem Endbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages (1990) nachlesen, dass diese Ungleichbehandlung als politisches Kernproblem der Organisationsstruktur der GKV anerkannt wurde. Dass hieraus jedoch automatisch eine Wettbewerbslösung fließt, ist freilich ein politisches Narrativ, das den politischen Diskursraum schließt und noch nicht einmal die Kommissionsmehrheit behauptet hat.

¹⁴ Es entsteht nicht einer gewissen Ironie, dass Hartmut Reiners, der selbst junger wissenschaftlicher Sachverständiger in dieser Enquete-Kommission tätig war, die politische und argumentative Komplexität der Mitarbeit an der Enquete-Kommission verdrängt zu haben scheint. Wegen der sozialdemokratischen »Niederlage« bezeichnete er die Ergebnisse des Endberichts der Enquete-Kommission reichlich desillusioniert als »außer Spesen nichts gewesen« oder bestenfalls als »Steinbruch, dessen Strecken von unterschiedlicher Ergiebigkeit sind« (Reiners 1990: 17).

¹⁵ Der Begriff der *Ex-Post-Strategie* ist gewöhnungsbedürftig für Aktivist*innen, Politiker*innen oder auch Wissenschaftler*innen, die in rationalistischen Akteursmodellen denken, die von konkreten Zielsetzungen und glasklaren Strategien, diese zu erreichen, ausgehen. Um Politik praktisch werden zu lassen, ist die (stets unwahrscheinliche) Annahme der Möglichkeit rationalistischer Politik natürlich motivierend, wird aber oft durch Kompromissnotwendigkeiten enttäuscht (siehe zur poststrukturalistischen Entzaubierung der politikwissenschaftlichen Steuerungstheorie auch: Benz 2008: 160ff.). Der Begriff (hegemonialen) Ex-Post-Strategie ist nun der analytische Versuch, für den Staat insgesamt oder für unterschiedliche Politikfelder jenen – vereinfacht gesagt – gemeinsamen strategischen Nenner unterschiedlicher Akteure zu entschlüsseln, der in den konfliktiven Aushandlungs- und nicht weniger umkämpften Implementationsprozessen auf einem Politikfeld institutionelle, organisatorische und praktische Form annimmt (vgl. z.B. Jessop 2016: 53ff. oder auch Hirsch 2005: 96ff. und Felder 2001: 95ff.).

¹⁶ Dieser auch als *diskursive Schließung* beschreibbare Effekt selektiver Politikformulierung ist niemals vollständig, aber als politikwissenschaftliches Theorem unbestritten (vgl. z.B. Offe 1972; Scharpf 2000; Jessop 2016).

Dass zudem die Mehrheit der Gesundheitsökonomik keineswegs die (staatliche) Budgetierung der Gesundheitsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) empfohlen hat, vielmehr dieser Aspekt der wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik auf das *Interesse des Staates an sich selbst* (Offe 1975) zurückgeht und wesentlich von dem wirtschaftspolitischen Dogma der Lohnnebenkostensenkung herröhrt, unterstreicht nochmals nachdrücklich, dass mit dem Begriff der wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik als einer Ex-Post-Strategie weder die gesundheitsökonomische Vision einer wettbewerblichen Steuerung des Gesundheitswesens noch die konkrete Handlungsstrategie eines (korporativen) Akteurs gemeint ist. Es ist bedauerlich, dass Hartmut Reiners nicht erkennt, dass sich sein Vorschlag für eine rationale Nutzung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen in den Aporien und Widersprüchen dieser hegemonialen Modernisierungsstrategie bewegt. Politische Steuerung ist nicht so einfach möglich, wie sich das praktische Politiker*innen gern im Nachhinein zusammenbasteln.¹²

Schlechte Argumente gegen Ökonomisierungskritiker*innen im Krankenhaus

Ziemlich unerklärlich im Beitrag von Hartmut Reiners ist seine reichlich verzerrte Darstellung der Kritik an »Ökonomisierungsprozessen« im Krankenhaussektor, deren Korrektur ich mich hier etwas länger widmen muss. Sein Kernvorwurf, »Ökonomisierungskritiker*innen« würden nicht verstehen, dass das G-DRG-System kein Marktpreissystem sei, zeugt von bemerkenswerter Ignoranz. Die »Ökonomisierungskritiker*innen« begreifen sehr wohl, dass das administrierte Vergütungssystem auf kalkulierten Durchschnittskosten beruht.

Was aber Hartmut Reiners (und viele Befürworter*innen der These, im Gesundheitssystem gebe es keinen marktwirtschaftlichen Wettbewerb) offenbar nicht begreifen kann, ist, dass das G-DRG-System als eine politische Simulation des neoklassischen Marktwettbewerbs begriffen werden muss und eine solche theoretische Konstruktion die einzige Möglichkeit ist, einen Wettbewerb im Gesundheitswesen schlüssig zu begründen.¹³ Bekanntermaßen sind im neoklassischen Wettbewerbsmodell die einzelnen Unternehmen Preisnehmer und reagieren über Mengenanpassung. Der neoklassische Auktionator, der zur Feststellung des Marktpreises modellinhärent notwendig ist, wird im stationären Vergütungssystem durch das System administrierter Preise ersetzt.

Im neoklassischen Marktmodell führt die produktivitätssteigernde Konkurrenz der Unternehmen zu sinkenden Produktionskosten bei einzelnen Unternehmen, wodurch bei gegebenem Marktpreis diese Unternehmen einen Extragewinn erwirtschaften können. Unter der Annahme eines zunehmenden Markterfolgs dieser Unternehmen wird sich der Marktpreis nach und nach in Richtung Produktionskosten des effizientesten Unternehmens verschieben und insgesamt sinken. Was bitte ist daran im Kern anders, als was im G-DRG-System mit politisch-regulativen Mitteln erreicht werden soll?

Zudem verschärft sich der Konkurrenzdruck im Krankenhaussektor noch dadurch, dass die gesamten stationären Gesundheitsausgaben budgetär gedeckelt sind. Die gesundheits-

ökonomische Begründung dafür ist, dass Ärztinnen und Ärzte nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch an die eigene Tasche denken (Reiners 2019: 19); um also eine nicht-indizierte Mengenausweitung zu verhindern, bedarf es Budgets. Das ist das gesundheitsökonomische Theorem der angebotsinduzierten Nachfrage und abstrakt betrachtet plausibel.

Reiners' Argument (ebd.) nun, Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus würden nicht verstehen, dass das stationäre Entgelt- system auf Durchschnittskosten beruht (und weswegen sie eine Einzelfallmentalität an den Tag legten), ist geradezu grotesk. Ein Blick in die soziologische Krankenhausforschung hätte Reiners von einer solch irrgen Behauptung abgehalten (Vogg 2011; Bode/Vogg 2016). Für eine Begründung der Notwendigkeit von Budgets ist es zudem überhaupt nicht tauglich, da das Argument das Pferd erneut von hinten aufzäumt: ein Effekt des G-DRG-Systems wird als Ursache seiner Budgetierung begründet.

Sein Argument zudem, die tagesgleichen Pflegesätze hätten in der Vergangenheit zu »medizinisch nicht indizierten Verlängerungen der Verweildauer« (Reiners 2019: 19) geführt und Ökonomisierungskritiker*innen wollten daher in ein idyllisch verklärtes System zurück, mag zwar das dominante politische Narrativ sein, das »Ökonomisierungskritiker*innen« entgegen gehalten wird; empirisch evident ist es dadurch noch lange nicht. Man muss schon ziemlich weit zurückgehen, um diese (vermeintliche) Idylle zu erreichen: Ende der 1980er Jahre.

Dass dort die (durchschnittliche) Verweildauer im Krankenhaus länger war, bestreitet niemand, das sagt aber noch lange nichts über die Kostenaufwändigkeit der Krankenhausfälle und die komparative Effizienz der Vergütungssysteme aus. Über den langen historischen Zeitraum sind sinnvolle Vergleiche schlicht unmöglich. Kritiker*innen heutiger Verhältnisse im Krankenhaus zu unterstellen, sie wollten idyllische Zeiten zurückhaben, gleicht dem jede Diskussion beendenden historischen Argument: »geh' doch nach drüben« – hilfreich zur Klärung der kritischen Argumente gegen (als problematisch) betrachtete Ökonomisierungsprozesse im Krankenhaus ist dies nicht.

Die Budgetierung der Krankenhausausgaben hat mit der Beschränkung der nicht-medizinisch notwendigen Mengenausweitung durch Ärztinnen und Ärzte zudem nicht viel zu tun. Eine solche Feinsteuierung bis hinunter auf die Ebene von Krankenhäusern ist schlicht nicht möglich; die Budgetierung ist vor allem makroökonomischer Natur (wohltuend: Simon 2008a). Wenn etwas die Fallzahlen im Krankenhaus in den letzten 30 Jahren angeheizt hat, dann das G-DRG-System selbst, indem es das ökonomische Gewinnkalkül zur *ultima ratio* machte und Mengenausweiterungen trotz Budgetierung ermöglichte.

Aufgrund der dadurch bewirkten Arbeitsintensivierung noch davon zu sprechen, dass im G-DRG-System ausreichend finanzielle Mittel für die Pflege vorhanden wären, wenn die Länder genug Investitionsmittel bereitgestellt hätten, bringt mehrere argumentative Ebenen durcheinander. Zu behaupten, dass eine »ausreichende Finanzierung der Pflege« (Reiners 2019: 20) im Rahmen des G-DRG-Systems möglich wäre, ignoriert die gut belegte Kritik, dass die Pflege als solche zunächst überhaupt keine Rolle spielte bei der Kalkulation der Relativgewichte. Was finanziert wurde, waren die Durchschnittskosten der Pflege je DRG, die von einem irgendwie gearteten Verständnis von qualitativ



DIE LINKE/flickr.com (CC BY 2.0)

hochwertiger Pflege absehen (Simon 2008b). Seine Argumente müssen pflegebewegten Kritiker*innen der »Ökonomisierung im Krankenhaus« wie Hohn vorkommen ob der zum Teil katastrophalen Arbeitsbedingungen in der stationären Krankenversorgung – von der Altenpflege ganz zu schweigen. Pflegeaufwändigkeit wurde sukzessive mehr berücksichtigt, wird aber paradoxerweise in der pflegeökonomischen und krankenhausökonomischen Literatur weitgehend nur als weitere Möglichkeit zur zusätzlichen Einnahmengenerierung betrachtet. Mit anderen Worten: Wenn es sich rechnet, wird auch gute Pflege gemacht (vgl. z.B. das jährlich erscheinende »Handbuch für Pflege & Vergütung« – Wietek et al. 2019).

Die These, dass die finanziellen Mittel zur Investitionsförderung zu gering seien, deckt sich zwar mit dem empirisch beobachtbaren Rückgang der öffentlichen Investitionsmittel, die die Länder zur Verfügung gestellt haben. Auch die Finanzierung mancher Investitionsgüter aus den Beitragssmitteln der Krankenkassen, die eigentlich für die Pflege benötigt würden, trifft sich mit der Kritik der Ökonomisierungskritiker*innen. Was aber Reiners – oder andere Ökonomen*innen – nicht thematisieren, ist die zweifelhafte Modellrechnung, die der Kalkulation eines »Investitionsstaus« zugrunde liegt (Mosebach 2013): nämlich die Investitionsquote der deutschen Wirtschaft – als wäre der öffentliche Krankenhaussektor ein Erwerbszweig wie jeder andere! Die empirische Schlüssefrage, die noch keiner beantwortet hat, ist: Für welche Krankenhausleistungen werden eigentlich Investitionsmittel auf betrieblicher Ebene eingesetzt? Für solche, die ertragreiche Bereiche ausbauen können? Kritische Gesundheitsökonom*innen würden eine solche Verwendung als entscheidendes Merkmal von Kommerzialisierungsprozessen im Gesundheitswesen bezeichnen (Mackintosh/Koivusalo 2005).

Die größte argumentative Schwäche zeigt sich in seinem Beitrag allerdings darin, dass er sich in der Bewertung von Wettbewerbsprozessen in der stationären Krankenversorgung überhaupt nicht an das von ihm selbst ins Spiel gebrachte analytische Unterscheidungsmerkmal von Makro-Kommerzialisierung und Mikro-Kommerzialisierung von Friedhelm Hengsbach (2015) hält. *Makro-Kommerzialisierung* wäre wohl das, was oben als politische Simulation von Marktwettbewerb beschrieben wurde. Genau zu diesem Zweck wurde das stationäre Vergütungssystem

reformiert und unter der Annahme, dass sich durch den politisch simulierten Marktwettbewerb die effizienteste Art der Dienstleistungserbringung durchsetzen würde, das G-DRG-System installiert.

In diesem Vergütungssystem existieren in der Tat »Anreize zur Spezialisierung und Mengenausweitung, um so unter den Normkosten zu bleiben und Gewinne zu machen« (Reiners 2019: 19). Das Geschäftsmodell privater Krankenhausträger wird dabei *en passant* zur idealen Folie zukünftiger Krankenhausversorgung erkoren (ebd.), Privatisierungsprozesse und deren Folgen im Krankenhaus bagatellisiert (Böhle et al. 2009; Heubel et al. 2010; Engartner 2016).

Hiermit wird letztendlich die *Mikro-Kommerzialisierung*, von der Friedhelm Hengsbach spricht, geadelt. Natürlich spricht überhaupt nichts gegen die betriebswirtschaftliche Kalkulation von Gesundheitsausgaben auf der Ebene von Krankenhäusern. Zu suggerieren, die Ökonomisierungskritiker*innen würden das tun, baut einen argumentativen Pappkameraden auf und ist (dünne) Nirwana-Kritik.

Völlig überraschend kippt die Kritik von Hartmut Reiners schließlich von einer Verteidigung des G-DRG-Systems in die Beschreibung der Grenzen finanzieller Anreize. Die Kritiker*innen, so seine Argumentation, gingen den neoklassischen Gesundheitsökonomen auf den Leim, weil sie deren Überabschätzung quasi negativ teilten, ein Gesundheitswesen ließe sich »über monetäre Anreize und Wettbewerb stets effektiv steuern« (ebd.: 20). Plötzlich sind es Arbeitskulturen und ethische Normen in Krankenhäusern, die darüber entscheiden, ob die »Grenzen zwischen Erwerbstätigkeit und Profitstreben im Krankenhaus« (ebd.: 19) überschritten sind. Man reibt sich verwundert die Augen: so weit waren die Ökonomisierungskritiker*innen schon lange.

Es ist ziemlich irritierend, dass Reiners zur Verteidigung des G-DRG-Systems dieses von dessen Wirkungen auf Arbeitskulturen und ethische Normen (Privatisierung!) entkoppelt. Damit ignoriert er eine ganze Reihe von Erkenntnissen der vergleichenden Krankenhausforschung, die eine ambivalente Wirkung des G-DRG-Systems auf Arbeitskulturen und ethische Handlungsnormen zumindest nahelegen (vgl. z.B. Klinke 2008; Braun et al. 2010; Vogd 2011; Braun 2014; Bode/Vogd 2016; Mohan 2018; Vogd et al. 2018).

¹² Ich bin mir durchaus bewusst, dass diese These einem gestandenen Gesundheitspolitiker wie Hartmut Reiners wie – bestenfalls – starker Tobak vorkommen mag. Es ist aber eine politikwissenschaftliche und soziologische Grunderkenntnis – und nicht meine persönliche Idiosynkrasie –, dass eine rationalistische politische Steuerung eines Politikfeldes wenn nicht unmöglich, so doch sehr unwahrscheinlich ist. Allein das bekannte Bonmot, Politik sei die Kunst des Möglichen, verweist auf diese grundsätzlichen Beschränkungen. Insofern sollten im Rückblick politische Entscheidungsprozesse nicht als völlig unzweifelhafte Vollzüge sachlogischer Argumente trivialisiert werden. Im gesundheitspolitischen Diskurs ist die Akzeptanz des Lohnnebenkosten-Dogmas die Eintrittskarte zur Teilnahme an demselben. Dies hat Konsequenzen.

¹³ Nochmals zur Erinnerung: praktisch alle Gesundheitsökonom*innen gehen von der theoretischen Prämisse aus, dass im Gesundheitswesen grundsätzlich Marktversagen herrsche, aber mit intelligenter Regulierung dennoch (positive: Effizienz, Produkt- und Prozessinnovationen) wettbewerbliche Effekte erzielt werden könnten. Über die notwendigen Formen und Inhalte politischer Regulierung sind sie sich freilich nicht einig.

Denn sie wissen nicht, was sie tun: »Kommerzialisierung wider Willen« in der Krankenhauspolitik

Hartmut Reiners' Kritik der Ökonomisierungskritiker*innen ist m.E. also schlecht begründet und schießt bei manchen Punkten weit über das Ziel hinaus. Bei aller notwendigen Kritik bin ich jedoch auf seiner Seite, dass Ökonomisierungsprozesse von Kommerzialisierungsprozessen getrennt werden sollten. Die Krankenkassen haben in der Tat die Aufgabe, ihre Ausgaben beizamzuhalten und natürlich tendieren Ärztinnen und Ärzte sowie Kliniken im Zweifelsfall dazu, ihre Einkommen zu steigern.

Es ist nur leider eine Grundlüge der Krankenhauspolitik, dass durch die Manipulation der Kosten- und Gewinnkalküle vermittels des G-DRG-Systems eine Quadratur des Dreiecks aus effizienter Versorgung, qualitativ hochwertiger Dienstleistungen und innovativer Gesundheitswirtschaft für alle möglich wäre.

Auch ist völlig richtig, dass das Vergütungssystem nicht die Quelle aller Steuerungsprobleme im Krankenhaussektor ist. Das G-DRG-System soll in der Tat über Produkt- und vor allem Prozessinnovationen die technische und allokativen Effizienz der Krankenhausversorgung verbessern. Zusammen mit der sektoralen Budgetierung der Krankenhausausgaben zielt es auf die Ökonomisierung der Krankenhausversorgung, d.h. die Verbesserung der Effizienz der Versorgung ohne dass die Qualität der Leistungen schlechter wird. Diffizile Fernsteuerung ist hier nötig. In einem sozial- und wirtschaftspolitischen Umfeld jedoch, in dem die Reduktion der sogenannten Lohnnebenkosten und fiskalpolitische Austerität vorherrscht, verwandelt sich die scheinbar elegante Ökonomisierungsstrategie in einen die Haushalte der Trägerschaften von Krankenhausunternehmen halsabschneiderischen Verdrängungswettbewerb, in dem vor allem öffentliche Krankenhäuser verlieren und privatwirtschaftliche Krankenhausträger im Volumen zugenommen haben.

In der Folge reagieren die Krankenhausorganisationen wie alle anderen Organisationen damit, ihre Existenz unter den gegebenen Bedingungen zu retten. Und da es den Krankenkassen bis heute nicht gelungen ist, das Angebot an Krankenhausleistungen auf der Mikroebene zu steuern – etwas, was ihnen *sui generis* nie gelingen kann, außer sie würden mit am Bett stehen (Vogg 2016) – versuchen Krankenhäuser bzw. ihre auf Markterfolg getrimmten Kommandohöhen, ihren Marktanteil entweder über Fusionen oder punktuelles Mengenwachstum zu erhöhen.¹⁴

Hierzu müssen keinesfalls (privatwirtschaftliche) Profitinteressen dominant sein; eine ungünstige Marktlage genügt, dass versucht werden muss, die Verluste in einem Segment durch Überschüsse in einem anderen auszugleichen.

Konsequent ist dann, einerseits jene Verlustbereiche abzustößen oder Kosten zu senken; dass dies über Produktivitätssteigerungen nicht so einfach sein dürfte, versteht jeder, der begreift, dass Kapital und Arbeit nicht frei substituierbar sind, dass also im Krankenhaus limitationale Produktionsfunktionen vorherrschen dürften (was die ökonomische Kehrseite der schlechten Standardisierbarkeit der Behandlung von vor allem chronisch-multimorbid Patient*innen ist, für deren schlechte Versorgung im G-DRG-System es durchaus Indizien gibt: Braun 2014; Vogd 2016, 2011).

In der Konsequenz verschärfen Kostendrucks wird dann der Faktor Arbeit auf das minimalistisch mögliche Niveau abgesenkt, weshalb es nicht überraschend ist, dass derzeit (endlich) wieder über Pflegepersonaluntergrenzen diskutiert wird. Denn wegen der eher limitationalen Produktionsfunktionen im Krankenhaus schlägt irgendwann Personalmangel in schlechtere Pflege- und Medizinqualität um – auch wenn das Hartmut Reiners nicht wahrhaben möchte. Andererseits werden Überschussbereiche ausgebaut, was zur Umschichtung von Kapital und Arbeit führt oder zu finanziellen Zuschüssen seitens der Krankenkassen oder Bundesländer, sofern es die Krankenhausplanung erfordert.

Die Logik der wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik beruht folglich darauf, dass in einem budgetär begrenzten – aber durchaus wachsenden – Markt für Krankenhausleistungen entweder – schwierig zu realisierende – Produktivitätsfortschritte (limitationale Produktionsfunktion) oder aber Verlagerungsprozesse von Teilaufgaben in vor- und nachgelagerte bzw. konkurrierende Krankenhausunternehmen mit einer besseren Erlöse-Kosten-Bilanz Versorgungsbereiche die Betriebskosten senken können, ohne die Qualität zu verschlechtern. Gelingt es nicht, medizinische und pflegerische Arbeit durch Kapital zu ersetzen (alternativ könnten auch Tätigkeiten an den Kranken oder seine Angehörigen abgegeben werden) oder steigen sogar noch die Fallzahlen, ist eine Arbeitsverdichtung unvermeidbar, mit allen möglichen Folgen.

Strategien der Ökonomisierung (im positiven Sinn von Hartmut Reiners) können also in Kommerzialisierungsprozesse umschlagen, die dadurch charakterisiert sind, dass der »monetäre Geschäftsgewinn (Renditeziel)« (Kettner 2011: 8) zum zentralen Organisationsziel eines Krankenhauses wird. Welche Verwerfungen hierauf auf der Mikroebene entstehen, lässt sich nicht in abstracto und empiriefrei lösen. Die vorhandene empirische Evidenz allerdings schüttet erheblich Wasser in den beschwichtigen Wein von Wettbewerbsbefürworter*innen

Verteidigung einer Ruine

Nachdenkliches zu 70 Jahren Grundgesetz

Mit der Beilage »Deutsche Verfassungsprobleme – Geschichte und Gegenwart« von Hermann Klenner



Einzelpreis 9,50 €
Jahresabo 48,00 €
ermäßigtes Abo 32,00 €

Neue Impulse Verlag

Hoffnungstraße 18
45127 Essen
Tel. 0201 123 67 57

Das Thema: Ludwig Elm: Stasi-»Forschung« exemplarisch: Hochstapeln und denunzieren • Tim Engels: Freiheit stirbt mit Sicherheit • Raimund Ernst: »Eine Waffe der Demokratie« • Rolf Geffken: Gedanken oder Überdenken? • Patrik Köbel: »Kampfauftrag, statt Feiertag« • Eikehard Liebermann: Dem »DDR-Sozialstaat« folgte die soziale Diskriminierung • Werner Rügamer: Arbeitsrechte – Blindstelle im Grundgesetz • Klaus Wagener: Verteidigung einer Ruine?

Weitere Themen: Wohnen – Bewegung, Alternativen, Eigentumsfrage; Wissenschaftler unterstützen »Fridays for Future«; Venezuela; Xis Europa-Besuch; Kulturgeschichte der DDR; »Deutschland AG«; Über Sexismus-Bashing, Sexualität und Pornographie

unter neoliberalen Bedingungen. Die Strategie einer wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik im Krankenhaussektor gleicht daher einem Blindflug. Die krankenhauspolitischen Entscheider*innen wissen offenbar nicht immer, was sie tun: sie betreiben womöglich die Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung wider ihren (erklärten) Willen.

Literatur

- Benz, Arthur (2008): Der moderne Staat. Grundlagen der politologischen Analyse. 2. Auflage, München: Oldenbourg.
- Bode, Ingo/Vogg, Werner (Hrsg.) (2016): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden: Springer VS.
- Böhleke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hrsg./2009): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg: VSA.
- Braun, Bernard (2014): Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, in: Manzei, Andrea/Schmiede, Rudi (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden: Springer VS, S. 91-113.
- Braun, Bernard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern et al.: Huber.
- Deutscher Bundestag (1990): Endbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, Bonn: BT-Drs. 11/6380.
- Engartner, Tim (2016): Staat im Ausverkauf. Privatisierung in Deutschland, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Enthoven, Alain C. (1988): Theory and practice of managed competition in healthcare finance. Amsterdam/New York: North-Holland.
- Felder, Michael (2001): Die Transformation von Staatlichkeit. Europäisierung und Bürokratisierung in der Organisationsgesellschaft, Op-laden: Westdeutscher Verlag.
- Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik, in: Böhleke et al. (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg: VSA, S. 10-40.
- Hengsbach, Friedhelm (2015): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit?, in: Frankfurter Forum 12, S. 8-17.
- Heubel, Friedrich/Kettner, Matthias/Manzeschke, Arne (Hrsg.) (2010): Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven, Wiesbaden: VS Verlag.
- Hirsch, Joachim (2005): Materialistische Staatstheorie. Transformationsprozesse des kapitalistischen Staatsystems, Hamburg: VSA.
- Jessop, Bob (2016): The State. Past, Present, Future, Cambridge/Malden: Polity Press.
- Kettner, Matthias (2011): Ein Vorschlag zur Unterscheidung von Ökonomisierung und Kommerzialisierung, in: ders./Koslowski Peter (Hrsg.): Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Gesellschaft. Wirtschaftsphilosophische Untersuchungen, München: Wilhelm Fink, S. 3-20.
- Kettner, Matthias (2010): Kann Ökonomisierung gut und muss Kommerzialisierung schlecht sein?, in: Heubel/Kettner/Manzeschke (Hrsg.), a.a.O., S. 117-132.
- Klinke, Sebastian (2008): Ordnungspolitischer Wandel im stationären Sektor. 30 Jahre Gesundheitsreform, DRG-Fallpauschalensystem und ärztliches Handeln im Krankenhaus, Berlin: Pro Business.
- Knieps, Franz/Reiners, Hartmut (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen, Bern: Verlag Hans Huber.
- Kühn, Hagen (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Elsner, Gine/Gerlinger, Thomas/Stegmüller, Klaus (Hrsg./2004): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg: VSA, S. 25-41.
- Mackintosh, M./Koivusalo, M. (2005): Health Systems and Commercialization: In Search of Good Sense. In: Mackintosh, M./Koivusalo, M. (Hrsg.), Commercialization of Health Care. Global and Local Dynamics and Policy Responses, Hounds-mills/New York: Palgrave Macmillan, S. 3-21.
- Mohan, Robin (2018): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit, Bielefeld: transcript.
- Mosebach, Kai (2010): Kommerzialisierung der deutschen Krankenhausversorgung? Auswirkungen von New Public Management und Managed Care unter neoliberalen Bedingungen. Diskussionspapier 1/2010. Institut für Medizinische Soziologie. Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität: Frankfurt a.M.
- Mosebach, Kai (2013): Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Eine gesundheitswissenschaftliche Analyse ihrer Ursachen, Dynamiken und Folgen, in: Prenner, Peter (Hrsg./2013): Kommunaler Ausverkauf. Von der Krise der Privatisierung. Tagungsband der AK-Wien Fachtagung, Wien: Kammer der Arbeiter und Angestellten, S. 49-72.
- Mosebach, Kai (2018): Gesundheitsökonomie und -politik. Kritische Bemerkungen zur Neuorientierung solidarischer Gesundheitspolitik, in: Sozialismus 45 (3), S. 23-29.
- Offe, Claus (1972): Politische Herrschaft und Klassenstrukturen. Zur Analyse spätkapitalistischer Gesellschaftssysteme, in: Kress, Gisela/Senghaas, Dieter (Hrsg.): Politikwissenschaft. Eine Einführung in ihre Probleme, Frankfurt a.M.: Fischer, S. 135-164.
- Offe, Claus (1975): Berufsbildungsreform. Eine Fallstudie über Reformpolitik. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Reiners, Hartmut (1990): Bericht der Enquetekommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« – außer Spesen nichts gewesen?, in: Jahrbuch Kritische Medizin, Bd. 15, S. 16-30.
- Reiners, Hartmut (2006): Der homo oeconomicus im Gesundheitswesen. Diskussionspapier 2006-305 der Forschungsgruppe Public Health Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Reiners, Hartmut (2019): Das große Fremden. Anmerkungen zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens, in: Sozialismus 46(3), S. 16-20.
- Scharpf, Fritz W. (2000): Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung, Opladen: Leske+Budrich.
- Simon, M. (2008a): Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets: Eine kritische Bestandsaufnahme. Studie für die Vereinigte Leistungsgewerkschaft ver.di. http://presse.verdi.de/download-center/pressemappe/data/simon_studie_kritik_der_budgetdeckelung.pdf (11.11.08).
- Simon, M. (2008b): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen, Bern et al.: Hans Huber.
- Vogg, Werner (2011): Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Vogg, Werner (2016): Das Missverständen des Ökonomischen. Oder vom Sündenfall falsch verstandener Rationalitäten im Krankenhaus, in: Bode/Vogg (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses, a.a.O., S. 281-307.
- Vogg, Werner/Feißt, Martin/Molzberger, Kaspar/Ostermann, Anne/Slotta, Juliane (2018): Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten, Wiesbaden: Springer VS.
- Wieteck, Pia/Hausherr, Stephanie/Hirt, Kathrin/Bonkowski, Kerstin/Schindler, Manuel (Hrsg.) (2019): Handbuch 2019 für Pflege & Vergütung. Alles über Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) und Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG). 10., überarbeitete und erweiterte Auflage, Kassel: RECOM.

¹⁴ Privatwirtschaftliche Krankenhäuser dürften hier aufgrund ihres in der Regel späten Marktzutritts und ihrer gezielten Nischenstrategie besonders gute Chancen haben, sich lukrative Versorgungsbereiche herauszufischen – eine Entwicklungsmöglichkeit, die Reiners überhaupt nicht in Erwägung zieht.

Aktuelles immer auf der Website – ohne Paywall!

Die Redaktion veröffentlicht eigene aktuelle Bewertungen politisch-ökonomischer Ereignisse sowie Beiträge von weiteren Autor*innen zwischen den monatlichen Printausgaben auf

www.Sozialismus.de

Zum Beispiel zum EuGH-Urteil zur Arbeitszeitfassung:

Das Gespenst Stechuhr

Bei ihrem erneuten Angriff auf den Acht-Stunden-Tag und das Arbeitszeitgesetz haben die Wirtschaftsverbände Gegenwind von den Richtern des Europäischen Gerichtshofs bekommen. ...

oder zur »Causa Strache«:

Entlarvung der rechten Saubermänner

Ein heimlich aufgenommenes Video bedeutet das Ende der schwarz-blauen Regierung und eine Staatskrise in Österreich. ...

oder zur Zuspitzung am Golf:

Niemand hat die Absicht, einen Krieg zu beginnen

Die Lage am Golf spitzt sich weiter zu, auch wenn die US-Regierung betont, dass sie keinen Krieg gegen Iran wolle, und der iranische Revolutionsführer Ali Chamenei versichert, dass es keinen Krieg geben werde. ...

Dafür brauchen wir Unterstützung!

Wie Abonnent*innen und Leser*innen das konkret machen könnten, steht ebenfalls unter

www.Sozialismus.de

Heft Nr. 6 | Juni 2019 | 46. Jahrgang | Heft Nr. 441

Anti-Establishment- und EU-Kritik von rechts

- Joachim Bischoff/Bernhard Müller:
Aufstieg der »modernen Rechten« 2

Real existierende soziale Marktwirtschaft

- Björn Radke:
Sozialistische Systemkritik an den Eigentumsverhältnissen 10

- Redaktion Sozialismus:
Mietenwahnsinn und Alternativen 13

- Der Kampf ums Wohnen – Berlin als Labor für städtische Demokratie
Interview mit Katrin Lompscher 18

Wahlen in bewegten Zeiten

- Thomas Jaitner: Die Wiederauferstehung der PSOE als Chance für eine progressive Politik? Eine Auswertung der spanischen Parlamentswahlen 23

- Raul Zelik:
Katalonien verhindert Rechtsruck in Spanien 28

- Klaus Bullan: Wahlen in Südafrika – ein starkes Mandat für Cyril Ramaphosa? 32

Forum Gewerkschaften

- Katharina Grabietz/Kerstin Klein: #FairWandel. Für eine Industriegesellschaft, die weder Mensch noch Klima auf der Strecke lässt 36

- Franz Astleithner/Jörg Flecker: Gewerkschaften in Österreich
Sozialpartnerschaft vor dem Aus? 39

- Otto König/Richard Detje: Mafiose Strukturen und Ausbeutung
in der Paketbranche eindämmen 46

Kritik & Klärung

- Kai Mosebach: Kommerzialisierung wider Willen. Klarstellungen zum »großen Fremden« der Ökonomisierungskritiker*innen im Gesundheitswesen 49

- Stephan Krüger: Wie entsteht globale Ungleichverteilung? Karl Georg Zinns »arbeitstheoretische« Fundierung der »imperialen Lebensweise« 56

- Fritz Fiehler: Konjunkturgeschichte & Krise. Zur Edition der Krisenhefte und Briefe von Marx und Engels über die erste Weltwirtschaftskrise von 1857 60

Nachruf

- Johanna Klages (1935-2019) 63

Impressum | Veranstaltungen | Film

- Impressum 59

- Veranstaltungen & Tipps 68

- Max Lill: Knock down the house (Filmkritik) 69