

Dr. Christiane Leidinger

Einflusspotentiale in der Versorgung: Gesundheitspolitische AkteurInnen im Gesundheitswesen

Einen schönen guten Morgen auch von meiner Seite – und herzlichen Dank an den AKF für die Einladung! Ich habe mich sehr über die Gelegenheit gefreut für diese Jahrestagung – vor dem Hintergrund meiner Expertise in der Medienpolitik – einen genaueren politikwissenschaftlichen Blick auf das Gesundheitswesen werfen zu können. Lassen Sie sich nach dem kulturwissenschaftlichen Vortrag von Christina von Braun von mir entführen – in die Niederungen von Politik und Ökonomie im Kontext gesundheitlicher Versorgung. Was ich Ihnen im Folgenden an Aspekten vortragen werde, könnte jeweils einen eigenständigen Vortrag oder auch ganze Tagungen füllen. Daher bitte ich meine Ausführungen als erste Einblicke zu verstehen und als das Anreißen von Problemen und Problemkonstellationen. Forschungsarbeiten dazu stehen noch aus.¹

Mein Vortrag gliedert sich grob in drei Teile: Zunächst widme ich mich dem gängigen Bild von Versorgung in der Bundesrepublik² und versuche den Blick zu weiten für *drei* Ebenen von Versorgung im Gesundheitswesen. Ich frage beispielsweise, wer Gesundheitsversorgung erforscht beziehungsweise auf welcher Grundlage dies geschieht. Damit beschäftige ich mich mit der ersten Akteurin der Meso-Ebene der Versorgungsorganisationen und Einrichtungen: der Wissenschaft. Im zweiten und ausführlichsten Teil fokussiere ich zwei weitere AkteurInnen der Meso-Ebene der Gesundheitsversorgung und schaue mir deren Bezüge zur Makroebene des Staates an, und zwar anhand eines bedeutsamen und umstrittenen Finanzinstruments

¹ Zur Meso-Ebene der Gesundheitsversorgung gibt es m.W. kaum Forschungen. Mit Fragen nach der Beeinflussung der AkteurInnen der Meso-Ebene untereinander oder nach den potentiellen Auswirkungen auf die anderen Ebenen ließen sich breite neue Forschungsfelder kartieren. Ich danke herzlich Claudia Krams für ihre Informationen zu PPP, Vanessa Tuttlies für Diskussionen und Hinweise, außerdem Julia Roßhardt für ihre Anmerkungen zu meinem Vortragsmanuskript, Ingeborg Boxhammer für die Durchsicht einer frühen Fassung.

² Für andere Länder beziehungsweise globale Perspektiven vgl. Kickbusch, Hartwig, Kari und List 2006, speziell zum Trikont vgl. auch den alternativen Gesundheitsbericht: Global Health Watch 1 bis 3 (2011), online: www.ghwatch.org/ghw3 (download 11/2011). Den Hinweis auf diesen Bericht verdanke ich herzlich Gabriele Dennert.

und dessen potentiellen Einflüssen. Im dritten Teil führe ich die Fakten und Überlegungen zusammen und frage nach möglichen spezifischen Auswirkungen auf Frauen.

Verengter Blick auf die Mikro-Ebene von Gesundheitsversorgung, Beispiele für AkteurInnen auf der Meso-Ebene

Gesundheitsversorgung – mit diesem Begriff werden klassischerweise Assoziationen von PatientInnen einerseits und GesundheitsversorgerInnen in Praxen, Heimen oder Kliniken andererseits aufgerufen. Ein solches Bild von Versorgung, bei dem man nur Ärztin-Patientin oder Pflegekraft-Patient sieht, fokussiert nur individuelle AkteurInnen und ist damit – bei aller Wichtigkeit – lediglich eindimensional auf einer *Mikro-Ebene* angesiedelt. Zu sehen sind auf diesem Bild die Diagnose- und Therapieangebote sowie Beratung, des Weiteren die Interaktionen zwischen den PatientInnen und den VersorgerInnen sowie die Versorgungsqualitäten dieser Bereiche.

Auf der *Makroebene* von Versorgung sind nationalstaatliche und supranationalstaatliche AkteurInnen wie Regierungen oder etwa die Europäische Union aktiv. Die *Meso-Ebene* dagegen ist horizontal äußerst differenziert, denn auf der Meso-Ebene finden sich eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Player: Firmen, Verbände und Zivilgesellschaft, die von Krankenkassen über Konzerne, Stiftungen³, Vereinen etwa wie der AKF bis hin zu sozialen Bewegungen wie der Frauen(gesundheits)bewegung reichen.⁴

Bei den Firmen ist nicht nur an die Pharmaindustrie zu denken, sondern auch an Bauunternehmen, an Beratungsfirmen und ebenso an Medienkonzerne, etwa den *Wort- und Bild Verlag*, der beispielsweise die größte KundInnenzeitschrift, die *Apothekenumschau*, herausgibt sowie an den *FID-Verlag* mit seinem *Magazin Gesundheit für Frauen*.

Medien-Akteurinnen sind aber auch Internetportale wie das unabhängige und nicht-kommerzielle Webforum www.lesbengesundheit.de der Medizinerin Gabriele Dennert zur Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen – oder die Zeitschrift *Lachesis* des gleichnamigen Berufsverbandes der Heilpraktikerinnen. Neben Berufsverbänden und Standesvertretungen gehören auch Gewerkschaften zu den AkteurInnen der Meso-Ebene, außerdem Kirchen und Glaubensgemeinschaften, desgleichen zivilgesellschaftliche AkteurInnen.⁵ Zur Zivilge-

³ Zur Debatte um „Governance“ durch Stiftungen vgl. Schöller-Schwedes 2009, S. 171-199 sowie Schöller und Leidinger 2007, S. 93-95.

⁴ Die Schematisierung nach Makro-, Meso- und Mikro-Ebene erfolgt hier zur analytischen Unterscheidung und Sichtbarmachung von Handlungsebenen sowie AkteurInnen/gruppen. Ob sie der Komplexität gerecht werden kann und als Instrument weitergehend Sinn stiftet, ist weiteren Forschungsarbeiten vorbehalten.

⁵ Der Begriff Zivilgesellschaft wird unterschiedlich definiert, dabei wird u.a. in eine Bereichs- und eine handlungslogische Umschreibung differenziert. Vgl. zum Beispiel Gosewinkel, Rucht, van den Daele und Kocka

sellschaft zählen so unterschiedliche Player wie Stiftungen⁶, patientische Selbsthilfegruppen, Einrichtungen wie *Feministische Frauengesundheitszentren*, Patienten- und Verbraucherberatungen oder auch antirassistische Gruppen, die sich beispielsweise für die medizinische Versorgung von illegalisierten Flüchtlingen und MigrantInnen einsetzen wie *das medibüro - Büro für medizinische Flüchtlingshilfe* hier in Berlin. Weitere AkteurInnen der Meso-Ebene sind die Hochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen. Werfen wir daher einmal einen Blick in die wissenschaftliche Literatur zur Versorgungsforschung, um einen Eindruck zu bekommen, wie Gesundheitsversorgung analysiert wird beziehungsweise auf welcher Grundlage. So erhalten wir einen Einblick in die Aktivitäten einer Akteurin der Meso-Ebene der Versorgung.

Wissenschaft als Akteurin der Meso-Ebene: Definitionen von gesundheitlicher Versorgungsforschung

Dabei wird deutlich, dass der Gegenstand der Versorgungsforschung auf sehr unterschiedliche Weise umrissen wird. Aber selbst tendenziell eher weite Definitionen wie etwa die vielzitierte des Gesundheitswissenschaftlers Holger Pfaff⁷ weisen meines Erachtens überraschende Auslassungen auf: Zwar werden „Rahmenbedingungen“ der Versorgung als zu analysierend aufgeführt, allerdings geht es dabei nicht um das gesamte Gefüge, sondern nur um Rahmenbedingungen in der Versorgung, wie etwa um bauliche Gegebenheiten.⁸ Weitergehende Überlegungen wie die der Gesundheitswissenschaftlerin Cornelia Bormann verweisen neben der Frage nach den „Kosten der Versorgung“ explizit auch darauf, dass es zudem einer wissenschaftlichen Abschätzung von Politik- und Gesetzesfolgen auf die Versorgung bedarf.⁹

2004, S. 11. Vgl. anders dagegen die Definition von Zivilgesellschaft von Antonio Gramsci, vgl. Gramsci 1991ff.

⁶ Kritisch zu Stiftungen als Teil von Zivilgesellschaft vgl. zum Beispiel Schöller-Schwedes 2009.

⁷ Vgl. Pfaff 2003. Dass es sich hier um eine weite Definition handelt, schreibt auch Claudia Bormann 2007, S.13.

⁸ Vgl. Pfaff 2010.

⁹ Bormann, Cornelia 2008, S. 10. Zu Definitionen von Versorgungsforschung, die sozioökonomische Aspekte nicht ausschließen und zudem im Kontext von Zugänglichkeit thematisieren sei auf die Umschreibung des ad hoc committees der *AcademyHealth* aus dem Jahr 2000 verwiesen, auf die auch teilweise in der BRD Bezug genommen wird: „Health services research is the multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, *financing systems*, organizational structures and processes, health technologies, and personal behaviors affect access to health care, the quality and *costs* of health care, and ultimately our health and well-being.“ *AcademyHealth* 2000 zit.n. Lohr/Steinwachs 2002, S. 16. Die *AcademyHealth* wurde im Juni 2000 gegründet und die Definition von „Health System Research“ (HSR) von einem ad hoc committee entwickelt. Der Zusammenschluss *AcademyHealth* entstand aus einer Fusion der *Organisationen Alpha Center* und der *Association for Health Services Research (AHSR)*. Vgl. auch *AcademyHealth: What is HSR*. o.J. Online: www.academyhealth.org/About/content.cfm?ItemNumber=831&navItemNumber=514 (download 10/2011). Für die US-amerikanische Debatte um eine Definition der Inhalte von Versorgungsforschung betonten Kathleen N. Lohr und Donald M. Steinwachs, dass solche Erklärungen von HSR sich an Entwicklungsprozessen orientie-

Dennoch bleiben mithin bei diesem Verständnis von Versorgungsforschung zwei oder präziser *drei* Leerstellen. Zum einen greift der Blick auf die *Versorgungsausgaben* zu kurz, da hiermit nur die *unmittelbaren* Kosten von konkreten Versorgungsleistungen wie etwa Technik- und Behandlungskosten in den Blick geraten. Zum anderen bleiben private Unternehmen sowie Banken und Beraterfirmen als AkteurInnen völlig außen vor. Dadurch wird drittens auch der Bereich der Finanzierungsformen im Gesundheitswesen ausgeblendet, gleichwohl diese Auswirkungen auf die Versorgung haben können.¹⁰ Das heißt, in den bisherigen Konzeptionen von Versorgungsforschung kommen insbesondere nicht-medizinische AkteurInnen aufgrund der genannten Auslassungen nicht in den Blick.¹¹

Wissenschaft als Akteurin der Meso-Ebene: Verständnis von Gesundheitsversorgung

Gehen wir einen Schritt weiter und schauen uns an, was in der Versorgungsforschung unter „Versorgung“ verstanden wird. Mit der Versorgungsforschung, so schreibt etwa das *Kölner Zentrum für Versorgungsforschung (ZVFK)*¹² – und ähnlich finden wir dies auch im entsprechenden „Lehrbuch“¹³ – werden die „wissenschaftlichen Grundlagen für eine kontinuierliche Verbesserung der Kranken- und Gesundheitsversorgung gelegt“, um mittel- bis langfristig „die drei zentralen Ziele der Versorgung – Patientorientierung, Qualität und *Wirtschaftlichkeit* – möglichst gleichermaßen“ zu erreichen.¹⁴

ren müssten und entsprechend Revisionen nötig wären. Vgl. Lohr/Steinwachs 2002, S. 17. Die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen sollte auch in Europa und in der Bundesrepublik ein Grund sein, bisherige Überlegungen kritisch zu reflektieren.

¹⁰ Strenggenommen ist die Finanzierung zwar ein Ergebnis von Politik, jedoch bleibt bei einem solchen Fokus die Eigenlogik von privaten Unternehmen sowie von Banken und deren Handeln im Hinblick auf Versorgung unberücksichtigt.

¹¹ Diese Erläuterungen finden zudem ihrerseits Eingang in weiterführende Forschungen zu speziellen Themenfeldern etwa in der psychosozialen Versorgungsforschung, vgl. zum Beispiel Strauss 2008, S. 247.

¹² Das ZVFK ist ein Versorgungsforschungsnetzwerk für Einrichtungen der Medizinischen Fakultät und der Humanwissenschaftlichen Fakultät an der Universität Köln. Vgl. deren Website www.zvfk.uni-koeln.de.

¹³ Pfaff, Neugebauer, Glaeske und Schrappe, Kap. 1.1., S. 4; Kap. 4.5.2., S. 143 (ungesicherte Seitenangaben jeweils nach „google books“).

¹⁴ ZVFK: Was ist Versorgungsforschung. Köln o.J. Online: www.zvfk.uni-koeln.de/index.php?page=versorgungsforschung (download 15.10.2011), (Hervorheb. CL) Interessant ist hierbei zudem, dass beispielsweise *barrierefreie Zugänglichkeit* von Versorgung *kein* ausgewiesenes Ziel ist, welches in die Überlegungen zur Umschreibung Eingang gefunden hat. Die Frage nach Zugänglichkeit wäre aus genderorientierter wie auch aus queer-feministischer Perspektive sowie für intersektionale/interdependente Analysen etwa entlang der Herrschaftskategorien class, desire, disability, gender und race besonders aufschlussreich.

*Wirtschaftlichkeit*¹⁵ als eines von drei zentralen Zielen der Gesundheitsversorgung zu begreifen, ist etwas anderes, als bei den zwei Versorgungszielen PatientInnenorientierung und Versorgungsqualität in Untersuchungen auch Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen. Nein, hier wird stattdessen „Wirtschaftlichkeit“ – also ein ökonomisches Prinzip – normativ als eigenständiges und zugleich gleichberechtigtes Ziel von Gesundheitsversorgung wissenschaftlich festgeschrieben. Lediglich hinsichtlich der Umsetzung der drei Ziele wird relational eine „möglichst“ gleichmäßige Realisierung gefordert.

Wenn sich Versorgungsforschung¹⁶ an dem dreigestaltigen Ziel von Versorgung – patientInnenorientiert, qualitativ und wirtschaftlich – normativ orientiert, dürften naheliegenderweise andere Ergebnisse über die Versorgungssituationen dabei herauskommen, als bei wissenschaftlichen Untersuchungen, die Wirtschaftlichkeit¹⁷ nicht als weiteres Versorgungsziel mit einbeziehen.¹⁸ Besondere Bedeutung bekommt diese Kritik an der Ökonomisierung zusätzlich, wenn man bedenkt, dass sich die Versorgungsforschung auch als anwendungsorientierte Wissenschaft versteht, die „auf der Basis des durch Grundlagenforschung generierten Wissens innovative Versorgungskonzepte und -strukturen“ entwickelt.¹⁹

Mir geht es hier nicht um eine Auseinandersetzung darüber, ob Gesundheitsversorgung auch wirtschaftlich sein soll oder muss.²⁰ Ich möchte stattdessen mit diesem Beispiel darauf

¹⁵ Unter „Wirtschaftlichkeit“ wird in der Betriebswirtschaft das Verhältnis von Leistung durch Kosten verstanden, vgl. zum Beispiel Balfanz, Kraan und Riegler 1998, S. 251.

¹⁶ Vor diesem Hintergrund bedürfte es auch einer wissenschaftlichen Kritik an der systemtheoretisch orientierten, schematisierten und nicht zuletzt daher missverständlich engen Darstellung von Versorgungsforschung als der eines Weges von „input“, „throughput“, „output“ und „outcome“. Dieser Weg wird bspw. beschrieben als: „Die Untersuchung des Versorgungsbedarfs (Input), der Versorgungsstrukturen beziehungsweise -prozesse (throughput), der erbrachten Versorgungsleistungen (Output) und des Zugewinns an Gesundheits- beziehungsweise Lebensqualität (Outcome) sowie die unmittelbar gesundheitspolitische Entscheidungsrelevanz der Forschungsergebnisse sind Kennzeichen der Versorgungsforschung.“ www.zvfk.uni-koeln.de/index.php?page=versorgungsforschung (download 15.10.2011).

¹⁷ In der „Gesundheitspolitik“ sind vergleichbare Verengungen zu beobachten, bspw. in dem Gesundheitspolitik mit „Kostendämpfungspolitik“ gleichgesetzt wird, vgl. kritisch dazu Rosenbrock/Gerlinger 2006 [2003], S. 12.

¹⁸ Hinzu kommt, dass vor diesem Hintergrund auch entsprechende *Methoden* wie beispielsweise die Health Technology Assessments entwickelt werden, die ihrerseits entsprechende Ergebnisse hervorbringen.

¹⁹ ZVFK, (Hervorheb. CL)

²⁰ Dabei wäre zunächst einmal zu klären, wie Wirtschaftlichkeit im Kontext des öffentlichen Gutes Gesundheit definiert werden könnte. Hierbei wären m.E. auch unterschiedliche Folgekosten (etwa von Arbeitsbedingungen und Gesundheit/sversorgung) für alle Beteiligten zu berücksichtigen, sprich die Wirtschaftlichkeit wäre auch in einem größeren Kontext zu betrachten und zu untersuchen. Für den Bereich der Forschung, der hier in Rede steht, ist eine normative Setzung von Wirtschaftlichkeit als Versorgungsziel (mutmaßlich betriebswirtschaftlich definiert) jedoch problematisch, sofern es sich gleichsam um die einzige Forschungsperspektive handelt und zudem keine entsprechende Reflexion in die Erkenntnisse eingearbeitet wird. Wissenschaftliche Forschung ist selbstredend etwas anderes als etwa Politikberatung oder Evaluation. Ob mit einer einseitigen Ökonomisierung einer Zielumschreibung von Versorgung neue Erkenntnisse aus völlig unterschiedlichen Perspektiven generiert werden können, dürfte aufgrund der normativen Verengung zweifelhaft sein. Möglicherweise handelt es sich hier um eine Konsequenz aus der Versorgungsforschung als *anwendungsorientierte* Wissenschaft. Auffällig sind ähnliche, respektive übereinstimmende normative Setzungen aus der neueren bundesdeutschen Sozi-

aufmerksam machen, wie sich die Ökonomisierung des Gesundheitswesens als hegemoniales Projekt auch innerhalb der Wissenschaft offenbar unreflektiert zeigt.²¹ Oder anders ausgedrückt: Wie die Wissenschaft – hier die Versorgungsforschung – als Akteurin der Meso-Ebene der Gesundheitsversorgung Einfluss auf die anderen Ebenen und auf andere AkteurInnen durch ihre definitorischen Setzungen, Methoden und Erkenntnisse ausüben kann.²² Über die Versorgungsforschung als einer Akteurin hinaus möchte ich mit Ihnen heute einen intensiveren Blick auf die Meso-Ebene werfen und dabei auf einige AkteurInnen zu sprechen kommen, die in der Versorgungsforschung bislang unberücksichtigt geblieben sind.

Damit komme ich zum zweiten Teil meines Vortrags, in dem ich ausgewählte Aktivitäten und Instrumente von Meso-AkteurInnen sowie Zusammenhänge zwischen Meso- und Makroebene herausarbeite, aus denen potentielle²³ Konsequenzen für die Mikro-Ebene der Gesundheitsversorgung erwachsen können.

Weitere Akteurinnen und Akteure auf der Meso-Ebene des Gesundheitswesens und Akteurskonstellationen

Die Meso-Ebene des Gesundheitswesens ist, wie gezeigt, ein disparates Feld, auch hinsichtlich der Einflussmöglichkeiten der verschiedenen AkteurInnen. Im Folgenden möchte ich mich einer zentralen gesundheitspolitisch tätigen Akteurin der Meso-Ebene zuwenden, die viel zu wenig Beachtung erfährt: und zwar *der Bertelsmann Stiftung*.²⁴ Die *Bertelsmann Stiftung* habe

algesetzgebung. Denn im Sozialgesetzbuch ist im Buch V (Gesetzliche Krankenversicherung) ein „Wirtschaftlichkeitsgebot“ geregelt: Im ersten Absatz § 12 SGB V heißt es: „(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ SGB V: www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/___12.html (download 11/2011). Unabhängig von der Frage, ob hier der gleiche Wirtschaftlichkeitsbegriff gemeint ist, wird das Versorgungsziel in der Umschreibung eng an ausschließlich ärztliche Tätigkeit gebunden, gleichwohl diese gesundheitliche Versorgung mehr umfasst als die ärztliche Tätigkeit. Des Weiteren ist bedenkenswert, wie die sogenannten weichen Faktoren, etwa die ‚sprechende Medizin‘ als ‚wirtschaftliches‘ Ziel betrachtet werden. Diese Aspekte bedürften jedenfalls weiterer Forschungsarbeiten aus inter/trans/disziplinären Perspektiven.

²¹ Zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens vgl. auch die Ausführungen von Thomas Gerlinger und Kai Mosebach 2009, die Ökonomisierung mit Blick auf die politische Steuerung analysieren.

²² An dieser Stelle sollte deutlich werden, dass ein Blick auch auf die anderen Ebenen der Versorgung sinnvoll sein kann. Damit lässt sich nicht nur die Komplexität von potentiellen Einflussfaktoren verstehen, sondern vor diesem Hintergrund können auch politische beziehungsweise wissenschaftliche Handlungsansätze entwickelt werden. Mit einer solchen Untersuchung ließen sich mithin die Hintergründe des outputs und outcomes der Versorgung ausleuchten.

²³ Zum Konzept der *potentiellen Folgen* im Kontext von Folgenabschätzungen (dort: von Medienkonzentration), vgl. Leidinger 2003, insb. S. 128-137.

²⁴ Forschungsprojekte zu Bertelsmann als gesundheitspolitischer Akteurin stehen noch aus; konkret liegen zu diesem Fokus nur drei Texte kritischer Publizistik vor: Volke 2007, Werle 2007 und Schiller 2007. In dem jüngst erschienenen und von Thomas Schott und Claudia Hornberg herausgegebenen Band „Die Gesellschaft

ich ausgewählt, da ihr in verschiedener Hinsicht eine immense Bedeutung für den Gesundheitsbereich zukommt. Bevor ich das genauer erläutere, möchte ich zunächst auf die Arbeit der Stiftung allgemein eingehen und damit deren Machtressourcen aufzeigen.

Bertelsmann AG und Bertelsmann Stiftung als (gesundheits-)politische Akteurrinnen

Der Name *Bertelsmann* wird in der Regel zunächst mit dem Medienkonzern Bertelsmann assoziiert. Gegründet 1835 in Gütersloh ist die *Bertelsmann AG* schon lange das größte Medienhaus in Europa und unter den zehn weltweit größten Medienkonzernen.^{25,26} Die *Bertelsmann Stiftung* wurde 1977 vom Leiter des Unternehmens, Reinhard Mohn (1921-2009), gegründet. Konzern und Stiftung sind kaum voneinander zu trennen: Denn 1993 wurden siebzig Prozent der Kapitalanteile des Gesamtkonzerns Bertelsmann AG auf die Stiftung übertragen; aktuell sind es knapp achtzig Prozent.²⁷ Der Jahresetat der Stiftung ist zwar seit der Finanz- und Wirtschaftskrise von rund 75 auf ungefähr 60 Millionen Euro gesunken, dennoch gehört sie zu den zehn größten Unternehmensstiftungen.²⁸ Sie ist – obgleich gesellschaftlich umstritten²⁹ – als gemeinnützig anerkannt und damit steuerbegünstigt.³⁰

und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland“ findet sich ein deskriptiver Beitrag von Erika Mezger, die als Mitarbeiterin der Hans-Böckler-Stiftung darin einen Aufsatz mit dem Titel „Der Beitrag großer Stiftungen zur öffentlichen Gesundheit“ publiziert. Sie beschreibt die Kooperationen zwischen gewerkschaftlicher Hans-Böckler-Stiftung und der Bertelsmann Stiftung – ohne weiterführende Analyse und völlig ungeachtet jeder Kritik an Stiftungsengagement im Allgemeinen und an dem der Bertelsmann Stiftung im Besonderen. Vgl. Mezger 2011.

²⁵ Über den klassischen Medienbereich hinaus baut die Bertelsmann AG stetig ihr Dienstleistungsgeschäft aus; das zentrale Unternehmen ist dabei *Arvato*, eine 100-prozentige Tochter von Bertelsmann. Das Dienstleistungsgeschäft ist relevant für Projekte der Teil/Privatisierung etwa von Stadtverwaltungen. Vgl. die Bertelsmann-Publikation Hart/Welzel (o.J. [2004?]). Zu *Arvato* im PPP-Geschäft vgl. Schuler 2010, S. 187. Vgl. zur Einführung kritisch Rügemer 2008a, S. 133. Ausführlich zur Stiftung sei auf die Studie von Thomas Schuler (2010, insb. S. 176-189) verwiesen. Vgl. auch Wernicke/Bultmann, 2007.

²⁶ Im internationalen Ranking rutschte die Bertelsmann AG inzwischen von Platz drei der Weltspitze auf Platz sieben der weltweit größten Medienkonzerne ab. Mediendatenbank des Instituts für Medien- und Kommunikationspolitik. www.mediadb.eu/datenbanken/internationale-medienkonzerne/bertelsmann-ag.html (download 10/2011). Zur Globalisierung der Medien und unternehmerischen Strategien der Bertelsmann AG vgl. Leidinger 2003.

²⁷ Die Besitzverhältnisse der Bertelsmann AG verteilen sich folgendermaßen: Bertelsmann Stiftung (77,6 Prozent), Familie Mohn (19,1 Prozent), Reinhard Mohn Stiftung und BVG-Stiftung (3,3 Prozent). www.mediadb.eu/datenbanken/internationale-medienkonzerne/bertelsmann-ag.html (download 10.10.2011). Zur Frage der Steuerersparnis durch die Kapitalverhältnisse sowie zum Zusammenhang von Unternehmensarbeit (Arvato als Tochter der Bertelsmann AG) und Stiftungsarbeit am Beispiel der Privatisierung von Kommunalverwaltungen vgl. Schuler 2010, insb. S. 179-189; 214ff. Rügemer 2008a, S. 130-135.

²⁸ Formaljuristisch wurde die Stiftung als Bürgerstiftung von Reinhard Mohn gegründet. Sie ist die mit Abstand größte *operativ* tätige Einrichtung. Das Anlagevolumen beläuft sich auf rund 700 Millionen Euro, vgl. dazu Schöller 2003, S. 804; Schöller-Schwedes 2009; Schuler 2010.

²⁹ Die Gemeinnützigkeit wurde 2009 in einem Gutachten unabhängiger JuristInnen bezweifelt, außerdem vom Autor Thomas Schuler (2010). Vgl. Lindner, Krämer und Priehn 2009. Die Bertelsmann Stiftung gab sofort nach Erscheinen eine „Stellungnahme“ zum Buch heraus und veröffentlichte zudem ein Interview: „Projekte

Selbstverständnis der Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann ist eine operative Stiftung,³¹ das heißt sie nimmt keine Förderanträge von außen entgegen, sondern „investiert ihr Budget ausschließlich in Projekte, die sie selbst konzipiert, initiiert und auch in der Umsetzung begleitet“, so heißt es auf der Stiftungswebsite zum eigenen Leitungsanspruch. Die Bandbreite ist weit gefächert und umfasst mit den sechs Bereichen Politik, Gesellschaft, Wirtschaft, Bildung, Gesundheit und Kultur nahezu das gesamte gesellschaftliche Spektrum.³²

der Stiftung sollen den Menschen nutzen und nicht Profitinteressen“ – Interview mit Dr. Gunter Thielen zum Buch „Bertelsmann Republik Deutschland – Eine Stiftung macht Politik“. Gütersloh 9.8.2010. www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-1F2DE3BE-56431ABE/bst/hs.xsl/nachrichten_102711.htm (download 9/2011). Vgl. auch den Fernseh-Beitrag der „Kulturzeit“ (3sat) von Ralf Gerstenberg über die Bertelsmann Stiftung anlässlich des Erscheinens des Buches von Thomas Schuler. www.youtube.com/watch?v=gnRiggUrmcQ (download 10/2011).

³⁰ Dabei ist darauf hinzuweisen, dass in den USA steuerbegünstigte Stiftungen bereits seit 1969 nicht mehr als 20 Prozent eines Unternehmens halten dürfen, um möglichen Interessenskonflikten vorzubeugen. Vgl. zum Beispiel Frank Adloff im Gespräch mit Liane von Billerbeck: Soziologe fordert mehr Transparenz für deutsche Stiftungen. Deutschlandradio Kultur 14.10.2010, www.dradio.de/dkultur/sendungen/thema/1296011/ (download 10/2011). Vgl. außerdem ebenfalls kritisch: Notar Peter Rawert: Stiftungen nicht immer Garant für Gemeinnutz. Stiftungen und ihr „Sympathievorschuss“. Peter Rawert im Gespräch mit Katrin Heise. In: dradio.de 4.1.2011. www.dradio.de/dkultur/sendungen/thema/1356807/ (download 10/2011). Eine entsprechende Änderung des Stiftungsrechts fordert/e die damalige Bundestagspräsidentin Antje Vollmer, die auch den Einfluss der Stiftung auf die Politik betont. Sie kritisiert „Doppelstiftungen, die zum Teil gemeinnützig, daneben aber von Firmen- und Familieninteressen geleitet sind“. Antje Vollmer über Gütersloher Stiftung. „Bertelsmann ist unberührbar“. Ganz gleich wer in Berlin die Regierung stellt, die Bertelsmann-Stiftung aus Gütersloh regiert immer mit. Interview (Steffen Grimberg) mit der grünen Stiftungsexpertin Antje Vollmer. In: [taz](http://taz.de) 16.9.2010. www.taz.de/!58419/ (download 10/2011).

³¹ Organe der Stiftung sind ein 5-köpfiger Vorstand und als weiteres Führungsgremium ein „Kuratorium“, das aus maximal 14 Personen besteht. Dem Vorstand gehören an: Dr. Gunter Thielen (Vorsitzender), Liz Mohn (stellvertretende Vorsitzende), Dr. Jörg Dräger, Aart De Geus und Dr. Brigitte Mohn. „Das Kuratorium ist Beratungs- und Kontrollorgan, ähnlich einem Aufsichtsrat.“ Vorsitzender des Kuratoriums ist seit dem 1. August 2007 Prof. Dr. Dieter H. Vogel, der diesem Gremium seit Januar 2004 angehört. Das Kuratorium besteht aus maximal 14 Mitgliedern. „Es setzt sich zusammen aus Liz Mohn sowie weiteren Persönlichkeiten, die durch ihre Tätigkeit ein besonderes Interesse und praktischen Bezug zu den Aufgaben der Stiftung nachgewiesen haben und über Führungserfahrung und Verständnis für die Fortschreibung von Ordnungssystemen verfügen.“ (Stiftungswebsite) Kuratoriumsmitglieder sind: Prof. Dr. Dieter H. Vogel (Vorsitzender des Kuratoriums der Bertelsmann Stiftung, Gesellschafter der Bertelsmann Verwaltungsgesellschaft mbH und Geschäftsführender Gesellschafter der Lindsay Goldberg Vogel GmbH), Liz Mohn (Stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes und des Kuratoriums der Bertelsmann Stiftung, Vorsitzende der Gesellschafterversammlung und Geschäftsführerin der Bertelsmann Verwaltungsgesellschaft mbH, Gütersloh), Wolf Bauer (Vorsitzender der Geschäftsführung der UFA Film & TV Produktion), Dr. Wulf H. Bernotat (Ehem. Vorsitzender des Vorstandes der E.ON AG), Christoph Mohn (Geschäftsführer Christoph Mohn Internet Holding GmbH; Vorsitzender des Vorstandes der Reinhard Mohn Stiftung), Eduardo Montes (Chairman of Asociación Española de la Industria Eléctrica (UNESA, Madrid), Prof. Dr. Elisabeth Pott (Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Prof. Dr. Thomas Rauschenbach (Vorstandsvorsitzender und Direktor des Deutschen Jugendinstituts), Rolf Schmidt-Holtz (Chairman Just Software AG), Dr. Wolfgang Schüssel (Bundeskanzler der Republik Österreich a. D.), Klaus-Peter Sieglöcher (Leiter des ZDF-Studios in New York). Bis zu seinem Tod am 3. Oktober 2009 war Reinhard Mohn Kuratoriumsmitglied. www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-9511CB07-9147E608/bst/hs.xsl/9914.htm (download 10.10.2011).

³² Vgl. ähnlich zum Stand des Jahres 2003 Schöller 2003, S. 804. Zum programmatischen Selbstverständnis der Bertelsmann Stiftung vgl. Schöller 2001, S. 123-143; Schöller-Schwedes 2009; Schuler 2010.

Die *Bertelsmann Stiftung* hat 300 festangestellte Mitarbeitende, die mit dem Jahresetat von etwa 60 Millionen Euro sechzig Projekte beziehungsweise Programme³³ durchführen. Mehr als die Hälfte davon sind Gesundheitsprojekte. Es wäre also höchste Zeit, sich mit dieser Akteurin und ihren Strategien genauer zu beschäftigen. Zu analysieren wären eine Fülle personeller und institutioneller Querverbindungen sowie Publikationen zum Gesundheitsbereich.³⁴

Es wäre zu einfach und mithin falsch anzunehmen, dass alles, was aus dem Hause Bertelsmann kommt, problematisch ist. Die Stiftung greift oftmals an sich wichtige Probleme auf, betrachtet sie allerdings zumeist nur in einem ökonomisierten Sinne.³⁵ „[A]llen ihren gesellschaftspolitischen Reformkonzepten“ liegt „eine betriebswirtschaftliche[n] Managementphilosophie“ zugrunde.³⁶ Als Unternehmensstiftung ist es dabei durchaus ein legitimes Interesse, betriebswirtschaftliches Denken und ökonomisches Kalkül in die Welt zu tragen.³⁷

„Problematisch wird es dann, wenn – bedingt durch die Bündelung von Machtressourcen³⁸ [Stichwort zum Beispiel Medienzugang und Jahresetat 60 Millionen Euro, cl.] und dem damit verbundenen politischen Einfluss eines gesellschaftlichen Akteurs – die abweichenden Auf-

³³ Diese 60 Vorhaben sind in zahlreiche Unterprojekte untergliedert und – nicht immer ganz durchsichtig – Teile von sogenannten Programmen. Lässt man sich auf der Stiftungswebsite alle Gesundheitsprojekte beziehungsweise Programme anzeigen, gibt es 38 Treffer, darunter sind sieben aktuelle Gesundheitsprojekte. Die sieben Projekte sind lt. Stiftungswebsite: „Anschub.de. Programm für die gute gesunde Schule“, „Gesundheitsmonitor“, „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“, „Internationales Netzwerk Gesundheitspolitik“, „Kinder.Stiften.Zukunft“, „Kitas bewegen - für die gute gesunde Kita“, „Weisse Liste - Patienten unabhängig informieren“ (download 10.10.2011).

³⁴ Aktuell widmet sich die Stiftung verstärkt Informationen für PatientInnen, eine Entwicklung, die man sich genauer anschauen sollte. Es bleibt auch abzuwarten, wann frauenspezifische Einrichtungen der Meso-Ebene in die Strategien der Stiftung eingebunden werden sollen. Der Information von PatientInnen zur „Wahl eines geeigneten Krankenhauses oder Arztes“ – gendgerechte Sprache ist keine Stärke der Stiftung – dient das von Bertelsmann 2006 initiierte Projekt „Weiße Liste“, an dem die großen Verbraucher- und Patientenverbände beteiligt sind. Dabei handelt es sich per se wohl um ein nützliches Instrument für Patientinnen und Patienten. Allerdings bleibt abzuwarten, anhand welcher Kriterien der Krankenhausvergleich vorgenommen wird. An der Bewertung von Ärztinnen und Ärzten können bislang Versicherte von AOK und BARMER GEK teilnehmen, kürzlich kam die Techniker Krankenkasse (TK) hinzu, die sich ab 2012 beteiligt. www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-42C09E03-1BA24FC9/bst/hs.xsl/37142.htm (download 14.10.2011). www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-42C09E03-1BA24FC9/bst/hs.xsl/36964.htm (download 14.10.2011). Die Telefonberatungen führt die *Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) gGmbH* durch. Eine genauere Untersuchung hinsichtlich einer Standardisierung (wie wohl perspektivischer Zertifizierung nach Benchmarking etc.) von Beratungen und deren Auswirkungen auf Patient_innen mit unterschiedlichen Bedürfnissen stehen noch aus.

³⁵ Zum philanthropischen Selbstbild der Stiftung sowie zur Beeinflussung von Unternehmenskulturen vgl. kritisch Schöller 2003, S. 808.

³⁶ Schöller-Schwedes 2009.

³⁷ Vgl. Schöller 2003.

³⁸ Zu den Machtressourcen für die Bertelsmann Stiftung zählen – als Stiftung des Medienkonzerns – „nahezu unerschöpfliche ökonomische und mediale Ressourcen“, ihre „Kooperationsstrategie und ausgedehnte Netzwerkbildung“ und daraus folgend der Einfluss auf Staat und Wissenschaft. Schöller-Schwedes 2009.

fassungen anderer Interessensvertreter in der Öffentlichkeit pluralistischer Gesellschaften nicht mehr zur Geltung gelangen.“³⁹

Die *Bertelsmann Stiftung* knüpft, so ihr Gründer Reinhard Mohn, an die Tradition der US-amerikanischen Think Tanks an.⁴⁰ Allerdings besteht ein zentraler Unterschied zu diesen Denkfabriken: Während Think Tanks sich als geschlossene Organisationen begreifen, zeichnet sich die *Bertelsmann Stiftung* gerade durch ein „ausgeprägt kooperatives Vorgehen“ aus.⁴¹ „Sie arbeitet zum einen mit unterschiedlichen anderen Stiftungen zusammen, angefangen mit den beiden ihr geistig nahestehenden Stiftungen *Heinz-Nixdorf* und *Ludwig-Erhardt* über die [gewerkschaftliche] *Hans-Böckler-Stiftung* und die [grünen-nahe] *Heinrich-Böll-Stiftung*. Zum anderen unterhält sie enge Verbindungen zu einer Vielzahl öffentlicher und halböffentlicher Einrichtungen.“⁴²

Die Stiftung verfolgt eine „Doppelstrategie“ der erfolgreichen Netzwerkbildung mit anderen zivilgesellschaftlichen AkteurlInnen der Meso-Ebene, und zwar „bei gleichzeitiger Herstellung enger Kooperationsbeziehungen zu staatlichen Einrichtungen“. Damit werden auch „neue Akteurskonstellationen“ seitens der Bertelsmann Stiftung forciert.³⁹ Im Kuratorium, einem von zwei Stiftungsorganen, sitzt beispielsweise die Leiterin einer Bundesoberbehörde, Stichwort „Makroebene“ – die Rede ist von Elisabeth Pott, Professorin und Direktorin der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*.⁴³

Mit ihrem „korporatistischen Ansatz“ gelingt es der *Bertelsmann Stiftung*, die unterschiedlichen gesellschaftlichen AkteurlInnen „systematisch“ in ihre Strategie miteinzubinden.³⁹ Diese AkteurlInnen entfalten ihrerseits Aktivitäten und verstärken damit die „Wirkungsmacht“ der Stiftung.³⁹ Am Beispiel der Zusammenarbeit mit der Gewerkschaftsstiftung stellt Oliver Schölller-Schwedes dabei kritisch fest, dass Kooperationen mit der Bertelsmann Stiftung „immer wieder von einer *konzeptionellen* Vereinnahmung durch Unternehmensinteressen bedroht“ sind.⁴⁴

³⁹ Schölller-Schwedes 2009.

⁴⁰ Vgl. Schölller 2001, S. 130f.

⁴¹ Schölller 2003, S. 804; 809, (Hervorheb. CL).

⁴² Schölller 2003, S. 804 (Einschübe und Hervorheb. CL).

⁴³ Ein Auswahlkriterium für das Stiftungskuratorium ist wie erwähnt, dass die Personen mit ihrer „Tätigkeit ein besonderes Interesse und praktischen Bezug zu den Aufgaben der Stiftung nachgewiesen haben sowie über Führungserfahrung und Verständnis für die Fortschreibung von Ordnungssystemen verfügen.“ www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-FD2E7126-C486A4D2/bst/hs.xsl/2090.htm (download 10.10.2011).

⁴⁴ Schölller 2003, S. 805, (Hervorheb. CL). Eine andere Form der Vereinnahmung wird angewandt, in dem WissenschaftlerInnen- beziehungsweise ExpertInnengruppen zusammengestellt werden, die bspw. gemeinsam ein Papier erarbeiten. Die AutorInnen werden genannt und darauf verwiesen, dass die Inhalte nicht von allen

Bertelsmann verfolgt „originäre Unternehmensinteressen, wobei erzieherische und ein ökonomischer Effekt unterschieden werden können“: Es geht um eine stärkere „Ausrichtung an einem wirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkül“ und zum anderen sollen „neue Märkte erschlossen werden“, indem sich etwa öffentliche Einrichtungen „zu privaten Dienstleistungsunternehmen“ entwickeln und auf betriebswirtschaftliche Kosten-Leistungsrechnungen umstellen.⁴⁵ Diese Erkenntnisse aus Analysen zum Bertelsmann’schen Bildungsdiskurs⁴⁶ sind – bei aller wissenschaftlich gebotenen Vorsicht – wohl sehr ähnlich auf den Gesundheitsbereich⁴⁷ übertragbar.

Für die *Bertelsmann Stiftung* als gesundheitspolitische Akteurin der Meso-Ebene lassen sich „verschiedene[n] Wege“ der Einflussnahme zusammenfassen: Netzwerke, persönliche Kontakte, Treffen und Konferenzen, die Schriftenreihe „Gesundheitspolitik in Industrieländern“, der 2001 ins Leben gerufene „Gesundheitsmonitor“, der sich dem Zustand der ambulanten Versorgung widmet und neuerdings von der *Barmer GEK* mitgetragen wird,⁴⁸ die Verleihung des „Präventionspreises“, das *Centrum für Krankenhaus-Management*⁴⁹ und darüber hinaus die erwähnten weiteren konkreten Projekte⁵⁰ im Gesundheitsbereich, die die Stiftung initiiert und durchführt. Im Folgenden stelle ich Ihnen beispielhaft die Arbeit einer Einrichtung der Stiftung vor.

gleichermaßen geteilt werden. So heißt es beispielsweise in der Publikation zu PPP: „Die Mitglieder der Projektgruppe sind nicht Vertreter ihrer Institutionen; die Ausführungen des Prozessleitfadens geben daher nicht die Auffassung dieser Institutionen, sondern die Auffassung der Mitglieder wieder. Sie entsprechen nicht immer der Auffassung jedes Mitglieds“. Bertelsmannstiftung/Clifford Chance Pünder/Initiative D21 (Hrsg.): Prozessleitfaden Public Private Partnership. Eine Publikation aus der Reihe PPP für die Praxis. o.J. www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6F4B9B60-B2736165/bst/xcms_bst_dms_18439_18440_2.pdf (download 10/2011), o.S.

⁴⁵ Schöller 2003, S. 806; Schöller-Schwedes 2009.

⁴⁶ Eine akteurszentrierte Policy- und Diskursanalyse zu zehn Jahren bildungspolitischen Aktivitäten der Bertelsmann Stiftung zeigte, dass die Denkfabrik den „Bildungsdiskurs maßgeblich im Sinne einer *Finanzierungsreform*“ beeinflusst hat. Schöller-Schwedes 2009, (Hervorheb. CL).

⁴⁷ Die Bertelsmann-Stiftung mischte sich auch nachhaltig in die Diskussion um die „Gesundheitsreform“ ein. Dazu vergab sie im Jahr 2000 beispielsweise den Carl-Bertelsmann-Preis für Gesundheitspolitik. Die gesundheitspolitische Stoßrichtung lässt sich nachlesen im Recherchebericht für den Preis. Vgl. Böcken, Butzlaff und Esche, Andreas 2003. Zum Preis: www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-A3446CDB-7EA081F6/bst/hs.xsl/5834_5843.htm (download 11.10.2011)

⁴⁸ Vgl. www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/11419.htm (download 14.10.2011).

⁴⁹ Werle 2007, S. 227, (Hervorheb. CL).

⁵⁰ Als „Schwerpunkte“ zum Thema Gesundheit nennt die Stiftung „Bürgerorientiertes Gesundheitswesen“ und „Gesunde Lebenswelten“. Der Bereich unter dem Titel „Bürgerorientiertes Gesundheitswesen“ verzweigt sich wiederum in zwei Schwerpunkte „Versorgung verbessern“ und „Bürger informieren und beteiligen“. www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-42C09E03-1BA24FC9/bst/hs.xsl/274.htm (download 14.10.2011). Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung stellt die Stiftung ebenfalls als zentral heraus, wobei diese Verbesserung – ganz im Sinne *wirtschaftswissenschaftlichen* Denkens – zur Qualitätssicherung im „Wettbewerb“ geschehen solle. www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0F5E484D-27662A8F/bst/hs.xsl/344.htm (download 3.11.2011). Dazu orientiert man sich an internationalen Beispielen, den Best Practice und entwickelt Benchmarking.

Das Centrum für Krankenhausentwicklung (CKM) der Bertelsmann Stiftung

Ende 1993 hob die *Bertelsmann Stiftung* das *Centrum für Krankenhausentwicklung*, kurz *CKM*, aus der Taufe. Ähnlich wie beim *Centrum für Hochschulentwicklung*, kurz *CHE*⁵¹, wird das *Centrum für Krankenhausentwicklung* gemeinsam mit anderen Akteuren der Meso- und Makroebene gegründet, nämlich „mit dem Land Nordrhein-Westfalen und der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster“.⁵² In der Chronik der Stiftung heißt es, man erarbeite am Institut „innovative Organisations- und Führungskonzepte für den Krankenhaussektor und ‚mobilisiere‘ dabei auch Management-Methoden aus Industrie, Dienstleistungsgewerbe und Handel. Arbeitsschwerpunkte der Einrichtung sind praxisorientierte Forschung und Projektarbeit, Lehre an der Universität sowie die Weiterbildung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen. Darüber hinaus entwickelt das *CKM* ein Modell für den Krankenhaus-Betriebsvergleich“.⁵³⁵⁴

Die Angliederung an die Universität Münster⁵⁵ erfolgte institutionell wie personell. Konkret ist das *Bertelsmann-Centrum für Krankenhausmanagement* dem *Institut für BWL, insb. Krankenhausmanagement*, kurz *IKM*, angegliedert. Die Leitung dieses Instituts wie auch des Centriums hat Professor Wilfried von Eiff inne. Lässt man sich auf der Homepage die jeweiligen Teams der Zentren anzeigen, erscheinen dieselben Personen: Eiff und seine vier wissenschaftlich Mitarbeitenden. Die Einrichtungen *IKM* und *CKM* an der staatlichen Uni Münster sind demnach personell identisch und damit auch inhaltlich letztlich *nicht mehr* voneinander zu trennen.⁵⁶

⁵¹ Vgl. zur Arbeit des *CHE* zum Beispiel Schöller 2003, S. 805-807; Schöller 2006, S. 57-60; 63f.; Schöller-Schwedes 2009.

⁵² www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-088BE40D-46C8F08F/bst/hs.xsl/2088_9626.htm (download 14.10.2011).

⁵³ Zum Projekt Betriebsvergleich heißt es auf der Stiftungswebsite: „Betriebsvergleiche und Benchmarking haben sich als wirksame Controlling-Instrumente auch im Gesundheitswesen erwiesen. Bisher existiert aber noch kein allgemein anerkanntes Verfahren für einen Krankenhaus-Betriebsvergleich. Eine Vergleichbarkeit der Kosten- und Leistungsstrukturen wird von Krankenhausdirektoren in Deutschland zudem noch generell vehement bestritten. Das internationale Netzwerk liefert praktische Ansätze hierzu.“ www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-80A4EF2D-320C380E/bst/hs.xsl/7756.htm (download 31.10.2011). Es wäre interessant zu wissen, in welchem Rahmen der Vergleich – und zu welchem Zweck – zur Anwendung kommen soll. Denkbar wäre ggf. eine Implementierung in die „Weiße Liste“ für die Krankenhaussuche.

⁵⁴ www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-088BE40D-46C8F08F/bst/hs.xsl/2088_9626.htm (download 14.10.2011). Das *CKM* beriet auch die hessische Landesregierung bei der erstmaligen Privatisierung von Hochschulkliniken in der Bundesrepublik, konkret in Gießen und Marburg (Röhn Klinikum AG). Vgl. Criegern 2007. und Schuler 2010, S. 197. Die Verfassungsmäßigkeit dieser Uni-Kliniken-Privatisierung ist umstritten, vgl. zum Beispiel Becker 2006.

⁵⁵ Vgl. www.wiwi.uni-muenster.de/ckm/consult/profil/ueber_uns/index.html (download 12.10.2011).

⁵⁶ Das *Centrum für Krankenhausmanagement* initiiert u.a. Forschungsprojekte und tauscht sich mit Unternehmensberatungen im Gesundheitsbereich aus, etwa mit *Taylor Wessing*. Außerdem ist das *CKM* durch die Personalunion mit dem *Institut für BWL, insb. Krankenhausmanagement* an der Ausbildung von Studierenden an einer *staatlichen* Hochschule beteiligt. Das *CKM* hat darüber hinaus noch eine geschlossene Untereinheit etabliert, die der Elite-Bildung für das Gesundheitsmanagement dient: den *CKM-Cirke*. In diesem werden ins-

Schaut man sich an, welche Fragen vom CKM und dessen Netzwerken (über einzelne Forschungsprojekte hinaus) aufgeworfen werden, finden sich in der Tat innovative Ansätze. Würden diese Fragen positiv beantwortet, wäre dies ein weiterer Schritt der Aushöhlung von Gesundheit als öffentlichem Gut durch weitere finanzielle Eigenbeteiligungen: Im Rahmen des Fach-Workshops „Ethik und Ökonomie in der Medizin“, der demnächst im Rahmen der *Medica* in Düsseldorf stattfindet und vom Leiter des CKM, Wilfried von Eiff, geleitet wird, diskutiert man beispielsweise folgende Frage, ich zitiere: „Ist es ethisch vertretbar, schmerzarme und mit kurzer Verweildauer verbundene Eingriffe, deren Kosten durch das DRG-System *nicht* vollständig gedeckt sind, einem Patienten nur gegen *Zuzahlung* zu ermöglichen?“⁵⁷

Das DRG-System, den meisten hier wohl bekannt, ist ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren in Krankenhäusern, das entlang von Fall-Diagnosen anstatt von Liegezeiten im Krankenhaus berechnet wird.⁵⁸ An dieser von der *Bertelsmann Stiftung* aufgeworfenen Zuzahlungsfrage lässt sich gut illustrieren, dass bei einer normativen Setzung von „Wirtschaftlichkeit“ als eigenständigem Ziel von Versorgung aus Forschungsarbeiten andere Antworten resultieren, als bei einer Zieldefinition, die sich nur an PatientInnen orientiert und an der Qualität der Versorgung.

besondere Führungskräfte für Krankenhäuser im Sinne des Managementgedankens geschult. Der Zugang zu allen Informationen über diesen Zirkel ist ausschließlich zahlenden Mitgliedern zugänglich. www.wiwi.uni-muenster.de/ckm/cirke/index.html (download 12.10.2011). Ein weiteres Beispiel zum CKM, das die enge Orientierung an ökonomischen Fragen illustriert und auch die Zusammenarbeit mit Unternehmensberatungen zeigt: Ende September fand der „Tag des Gesundheitsrechts 2011“ statt. Die Tagung wurde ausgerichtet und geleitet von der Unternehmensberatung *Taylor Wessing*. Deren Selbstbeschreibung für den Gesundheitsbereich lautet: „Taylor Wessing gehört zu den führenden internationalen Kanzleien im Life Sciences & Healthcare Bereich. Seit mehr als 15 Jahren beraten wir internationale wie nationale Pharma-, Medizinprodukte- und Biotech-Unternehmen.“ Die Veranstaltung war übertitelt mit „Gesundheitsinfrastruktur im Wandel – Konsolidierungstrends und Verbundlösungen“ und beschäftigte sich mit der Öffnung des Gesundheitsbereichs für private Investoren. Eiff vom CKM hielt in diesem Rahmen einen Vortrag zu „Trends im M+A-Markt [Mergers and acquisitions, c] Gesundheitswirtschaft“. Vgl. www.wiwi.uni-muenster.de/ckm/ sowie www.taylorwessing.com/de/ueber-uns/taylor-wessing.html (downloads 14.10./19.10.2011).

⁵⁷ Diese Veranstaltung im Rahmen der *Medica* fand am 17.11.2011 in Düsseldorf statt. ReferentInnen waren: Prof. Dr. Monika Bobbert, Dr. Christian Hick, Prof. Dr. Georg Marckmann, Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff. www.wiwi.uni-muenster.de/ckm/ (download 14.10.2011; Hervorheb. CL). Vgl. auch die Website der *Medica*. www.medica.de/cipp/show,lang,1/oid,30868/event_id,2612/~Web-EventsDatashet/events_datashet (download 20.11.2011). Außerdem sei angemerkt, dass die Moderations- wie Referententätigkeit von Wilfried von Eiff auf der Website des CKM unter „Aktuelles“ aufgeführt wird, während er auf dem Veranstaltungsprogramm nur mit dem Hinweis „Münster“ genannt wird, sodass eine Zuordnung zwischen universitärem Institut und CKM verschwimmt. Lässt man sich weitere Infos zum Referenten anzeigen, findet sich der Hinweis auf das CKM. www.medica.de/cipp/show,lang,1/oid,30868/author_id,576/~Web-EventsDatashet/authors_datashet (download 20.11.2011).

⁵⁸ Das Kürzel *DRG* steht für *Diagnosis Related Groups* und lässt sich mit diagnosebezogenen Fallgruppen übersetzen. Das DRG-System wurde seit 2003 schrittweise eingeführt.

Die hier diskutierte private Zuzahlungsfrage,⁵⁹ die bei den sogenannten *IGEL*-, den Selbstzahlerleistungen in den niedergelassenen Praxen bereits eine besondere Rolle spielen,⁶⁰ macht eine Gesundheitsleistung von einer Leistung für StaatsbürgerInnen zu einer Leistung für KonsumentInnen.⁶¹ Dass Frauen als KonsumentInnen, zumal wenn das Entgelt hoch ist, in der Regel schlechter abschneiden, muss ich in diesem Kreis wohl kaum gesondert zu betonen.⁶²

Im Folgenden möchte ich Sie mit einem globalen Finanzinstrument im Gesundheitsbereich vertraut machen, das von der *Bertelsmann Stiftung* in unterschiedlicher Weise forciert wird.⁶³ Es basiert auf einer spezifischen Akteurskonstellation zwischen *Makro*- und *Meso*-Ebene. Obwohl es auf den ersten Blick nicht so aussieht, kann es dabei auch zu *potentiellen* Auswirkungen auf die Mikro-Ebene der Gesundheitsversorgung kommen: die Rede ist vom Finanzinstrument Public Private Partnership.

Public Private Partnership (PPP)/Öffentliche private Partnerschaft (ÖPP) – nur ein Finanzinstrument?

Bei Public Private Partnership handelt es sich allgemein formuliert um „Kooperationen von Staat und Privatwirtschaft bei der Realisierung öffentlicher Aufgaben“.⁶⁴ Die PPPs werden

⁵⁹ Vgl. dazu die Idee der privaten Eigenbeteiligung im Hochschulbereich, Schöller-Schwedes 2009.

⁶⁰ Vgl. dazu zum Beispiel mit Blick auf Frauengesundheit Beckermann et al., S. 4 und 12-14, zitiert nach der Manuskript-Fassung vom Oktober 2011 (vollständige Angabe siehe Literaturverzeichnis am Ende dieses Beitrags).

⁶¹ Vgl. Altwater 2003, S. 171-201, (Hervorheb. CL).

⁶² Vgl. Sauer 2007, S. 21 und Gottschlich/Vinz 2007, S. 16.

⁶³ Die Bertelsmann Stiftung hat dafür u.a. die Reihe „PPP für die Praxis“ ins Leben gerufen und stellt Leitfäden für PPP-Projekte bereit: Bertelsmannstiftung/Clifford Chance Pünder/Initiative D21. Vgl. auch Hart/Welzel ([2004?]). StiftungsmitarbeiterInnen halten außerdem PPP-befürwortende Vorträge, etwa Kirsten Witte auf dem Kongress „Neustart Kommune“ der *Wirtschaftswoche* 2006. Witte ist langjährige Mitarbeiterin und Leiterin des Programms „LebensWerte Kommune“ der Bertelsmann Stiftung. Sie erwähnt während ihres Vortrags durchaus auch Risiken von PPPs, sie schreibt: Es könne zur „Privatisierung von Erträgen, [und] *Kommunalisierung* von Verlusten“ kommen. Dazu führt sie lapidar aus: „Bei den so genannten PP-Partnerschaften handelt es sich eher um Vernunftfehen als um Liebesheiraten. Natürlich will der private Partner nicht primär den Bürgern Gutes tun, sondern Geld verdienen. Das ist auch sein gutes Recht. Die Kommunen müssen daher aufpassen, dass sie von den im Vertragsrecht sehr kompetenten privaten Partnern *nicht* über den Tisch gezogen werden.“ Witte 2006 (Hervorheb. CL). Vgl. auch Rügemer 2008a, S. 60-64, Ruehl/Klönne 2007, S. 381-394.

⁶⁴ Hoering 2005, S. 152f. Im Unterschied dazu steht die öffentliche Ausschreibung und Auftragsvergabe. Der Begriff PPP kommt aus den USA aus der Zeit nach dem 2. Weltkrieg. PPP entstand verstärkt unter der Regierung von „New Labour“ in UK. Vgl. Rügemer 2008a, S. 11; 13. Sehr aufschlussreich hinsichtlich der Probleme, die sich aus PPP-Finanzierungen hinsichtlich der Haushaltsbelastungen ergeben können, ist der gemeinsame Erfahrungsbericht der Rechnungshöfe 2011. Kritische Informationen zu PPP/ÖPP sowie zum Thema Privatisierung, entsprechende Artikel sowie Aufrufe finden sich im Internet auf der PPP-Kampagnen-Seite „PPP-Irrweg“ des globalisierungskritischen Netzwerks *attac* <http://ppp-irweg>, außerdem auf dem Privatisierungswiki für das Gesundheitswesen www.ungesundleben.org/privatisierung/index.php/Hauptseite sowie auf dem Blog zur Gesundheitsversorgung „NotRuf 113“ <http://notruf113.blog.de/>. Ein besonderer Blick auf die Situation der

eingedeutscht auch *Öffentlich Private Partnerschaft*, kurz *ÖPP* genannt. Eine einheitliche Definition gibt es bislang nicht.⁶⁵ Ein PPP wäre beispielsweise der Bau eines Krankenhauses und dessen *nicht*-medizinischer Betrieb durch einen privaten Investor; typisch ist Unternehmen wie international tätige Baukonzerne etwa *Bilfinger Berger* oder *Hochtief*.⁶⁶ Vereinfacht gesagt übernimmt der Investor Planen und Bauen, Finanzierung und den nicht-medizinischen Betrieb der Anlage – der Staat nutzt das Objekt und zahlt dafür.⁶⁷

Die PPP-Verträge zwischen dem Staat und der Privatwirtschaft sind auf Dauer, das heißt zwischen fünfzehn und vierzig Jahren, zumeist auf dreißig angelegt.⁶⁸ Trotz dieser zeitlichen Begrenzung können PPPs *politisch* als eine Form der Privatisierung⁶⁹ von öffentlichen Dienstleistungen begriffen werden. Das heißt mit PPP kommt es zu einer weiteren Privatisierung der öffentlichen ‚Daseinsvorsorge‘⁷⁰ als Teil öffentlicher Güter.⁷¹

Beschäftigten finden sich auf den Seiten von „labournet germany“ www.labournet.de/branchen/dienstleistung/gw/index.html sowie auf deren Unterseiten zu Privatisierung und Protest www.labournet.de/diskussion/wipo/gats/gesund.html. Weitere Links sind jeweils diesen Websites zu entnehmen.

⁶⁵ Insofern zeigen sich sehr enge und sehr weite Auslegungen dessen, was als öffentlich-private Partnerschaft zu verstehen ist. Im Kontext des Gesundheitswesens wird in der Literatur zum Beispiel das städtische Klinikum Drehdorf als PPP geführt, für das ein Medizintechnikunternehmen (*Limes AG*) über zehn Jahre die Radiologie bereit stellt, vgl. Gerstberger/Schneider 2008, S. 59f. Kirsten Witte von der *Bertelsmann Stiftung* bezeichnet etwa das Augsburger Nachsorgemodell „Bunter Kreis“ als PPP und fordert im Übrigen eine Ausweitung von PPP auf den sozialen und kulturellen Bereich. Mit Blick auf eine Verrentungsquote im öffentlichen Dienst von 40 Prozent bis 2016 „muss man also über Reorganisation und PPP nachdenken“. Witte 2006, S. 9-11. Ich beziehe mich entgegen weiter Auslegungen hier auf PPP/ÖPP als sogenannte strukturierte Finanzierung.

⁶⁶ *Hochtief* entwickelte sich vom Bauunternehmen zum globalen Konzern und Betreiber großer Immobilien, vgl. Rügemer 2008a, S. 114. Vgl. Hochtief: Gesundheitsmarkt Deutschland. Status, Trends und Perspektiven. www.hochtief.de/hochtief/data/pdf/ht_gesundheit_d.pdf; www.hochtief.de/hochtief/pdfservice/8834 (downloads 31.10.2011). Zu *Bilfinger Berger* vgl. zum Beispiel PPP-Kompakt. Monatlicher Informationsbrief für Entscheider aus Politik, Wirtschaft und Verwaltung, Ausgaben: März 2009. www.rsbk.de/de/service/ppp_kompakt/default.html (downloads 10/2011).

⁶⁷ Tim Engartner zit.n. Bischoff, Furtkamp und Müller 2008. Der Begriff „Nutzung“ wird hier alltagssprachlich verwendet, vertragsrechtlich können die Konstruktionen für PPPs sehr unterschiedlichen aussehen (Mietkauf, Leasing, Miete, Nutzung, Contracting, Forfaitierung), vgl. den Überblick in einer Veröffentlichung der Bertelsmann Stiftung: Bertelsmannstiftung/Clifford Chance Pünder/Initiative D21 (Hrsg.) o.J., S. 123-126. Die weitverbreitetsten Finanzierungsarten von PPP sind Projektfinanzierung und die Forfaitierung. Vgl. Bundesverband Public Private Partnership, Arbeitskreis ‚Finanzierung‘. www.bppp.de/bppp.php/cat/14/aid/32/title/Finanzierung (download 11/2011). Vgl. Hintergrundgespräch vom 30.11.2011 mit einem Experten aus dem PPP-Business, der anonym bleiben möchte (im Folgenden: Hintergrundgespräch 2011). Bei der Forfaitierung mit Einredeverzicht kommt es zu einer „eindeutigen Verschiebung der Risiken in Richtung öffentliche Hand“, die „vor allem im Wirtschaftlichkeitsvergleich bislang nicht ausreichend Berücksichtigung gefunden hat“. Präsidentinnen und Präsidenten der Rechnungshöfe 2011, S. 6f.

⁶⁸ Vgl. Rügemer 2008a, S. 144.

⁶⁹ Vgl. zum Beispiel Huffs Schmidt 2004 oder Rügemer 2008b.

⁷⁰ Vgl. zum Beispiel für einen ersten Überblick Badura 2004. Die Privatisierung war – neben Liberalisierung und Deregulierung – ein zentraler Motor der Globalisierung. Vgl. zum Beispiel Gruppe von Lissabon 1997, S. 64. Im Gesundheitsbereich zeigt sich die Privatisierung klassischerweise im Verkauf von Kliniken. Laut aktuellen „Grunddaten der Krankenhäuser“ des Statistischen Bundesamtes ging die Zahl öffentlicher Krankenhäuser von insgesamt 1.110 Einrichtungen im Jahr 1991 auf 648 im Jahr 2009 zurück, die Anzahl der privaten Kliniken stieg dagegen im selben Zeitraum von 358 auf 667. Vgl. Statistisches Bundesamt 2011, S. 13. Der inzwischen „relative Bedeutungsverlust“ des öffentlichen Krankenhausesektors ist Folge von Schließungen und von Verkäu-

Den Befürwortenden von PPP zufolge handele es sich um eine Win-win-Situation für beide PartnerInnen: die privaten Investoren und den Staat. Für Kommunen, Länder beziehungsweise den Bund werden Schnelligkeit und bedeutsame Effizienzgewinne hervorgehoben.⁷² Insbesondere die PPP-Lobby betont die leeren Kassen der Kommunen, die nicht mehr in der Lage seien, ihre Schulen oder Kliniken zu sanieren beziehungsweise neue zu bauen, es käme zum „Investitionsstau“ – zumal Neuschulden nicht in Frage kämen, da künftige Generationen nicht weiter belastet werden dürften, von der institutionalisierten Schuldenbremse⁷³ einmal ganz zu schweigen.

Die Konstruktion der PPPs wurde in den 1990er Jahren vor allem in Großbritannien angewandt.⁷⁴ In der BRD werden PPPs mittlerweile auch beim Krankenhausbau und -betrieb genutzt.⁷⁵ Das Potential dafür gilt aber als bei weitem noch nicht ausgeschöpft.⁷⁶ PPPs im Kli-

fen an private Konzerne (vgl. Schulten/Böhlke 2009, S. 99). Die *Financial Times Deutschland* titelte 2009 entsprechend mit der Überschrift „Klinik-Shopping in der Krise“. (4.7.2009, www.ftd.de/unternehmen/handeldienstleister/gesundheitswirtschaft/krankenhauskonzern-rhoen-klinik-shopping-in-der-krise/535923.html, download 10/2011). Zu Privatisierungen im Gesundheitsbereich vgl. Schulten/Böhlke 2009, S. 103f. Zu den Privatisierungsformen vgl. Mosebach 2009, S. 54-56.

- ⁷¹ Zum Begriff der öffentlichen Güter und deren Funktion der Sicherung vgl. Altwater 2003. Zur Sicherheitsfunktion öffentlicher Daseinsvorsorge schreibt der Politikwissenschaftler: „Bei der Herstellung von menschlicher Sicherheit geht es um die Beseitigung von vermeidbaren Unsicherheiten, die Menschen daran hindern, ein selbstbestimmtes Leben zu führen und sich zu kollektivem Handeln zusammen zu finden, um die Zukunft zu gestalten.“ Vgl. die Debatte um Gesundheit als öffentliches Gut auf transnationaler Ebene Kickbusch 2005. Hier schließt sich auch die Debatte um Commons (Gemeingüter) an, was zu erläutern jedoch hier zu weit führt. Vgl. dazu Rätz 2011 und Stütze 2011.
- ⁷² Vgl. dazu Rügemeier 2008a, S. 157. Außerdem wird betont, dass die PPPs schneller zu einer Umsetzung von Bauvorhaben führen. Die Investoren zielen mit PPPs auf eine Diversifizierung von Risiken, den Zugang zu neuen Geschäftsfeldern, Stärkung ihrer Wettbewerbsfähigkeit sowie auf eine Verbesserung der Auslastung. Vgl. Landré September 2008, S. 5.
- ⁷³ Die umstrittene Schuldenbremse wurde 2009 eingeführt. Sie verbietet eine Nettokreditaufnahme für die Länder. Vgl. dazu kritisch Köhrsen, Truger, und Will 2009; Horn, Niechoj, Proano, et al. 2008; Schutte/Waßmuth 2011. Über die Schuldenbremse hinaus sind die „Maastricht-Kriterien“ zu nennen. Vgl. zum Beispiel Vesper 2007. Christina Deckwirth hat eine Untersuchung zur Privatisierung der öffentlichen Daseinsvorsorge vor dem Hintergrund von EU-Politiken (Ausweitung des Wettbewerbsrechts, Maastricht-Kriterien sowie Umbau der europäischen Finanzmärkte) vorgelegt. Vgl. für einen Überblick Deckwirth 2008. Zu feministischen Perspektiven auf Mikro- und Makroökonomie vgl. Elson, Bakker und Young 2011; Bauhardt/Caglar 2010; Caglar 2009.
- ⁷⁴ Vgl. zur Einführung wie auch zur Umbenennung von Private Finance Initiative (PFI) zu Public Private Partnership in Großbritannien, Rügemeier 2008a, S. 13-23.
- ⁷⁵ Zunächst wurden PPPs im Bereich von Infrastrukturmaßnahmen wie bei dem Bau von Autoverkehrswegen genutzt. Laufende und ausgeschriebene PPP-Projekte lassen sich in der Projektdatenbank des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung nachschauen: www.ppp-projektdatenbank.de. Zur Projektdatenbank heißt es auf der Ministeriumswebsite ungeachtet anhaltender Kritiken: „Public Private Partnership (PPP) steht für modernes und effizientes Verwaltungshandeln. Durch eine langfristig angelegte Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und privater Wirtschaft lassen sich öffentliche Infrastrukturprojekte effizienter realisieren.“ (download 10/2011).
- ⁷⁶ Eines der größten PPP-Projekte im Gesundheitsbereich der Hochtechnologie, das 2012 seine Arbeit hätte aufnehmen sollen, ist kürzlich geplatzt, da sich einer der Investoren, *Siemens*, aus dem Vertrag zurückgezogen hat: In Kiel hätte ein Partikeltherapiezentrum für die Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen entstehen sollen, Finanzvolumen: 258 Millionen Euro. Das Kieler Zentrum hätte allerdings vor allem Leistungen angeboten, die nicht über die Gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt worden wären. NDR 14.9.2011: Kein Partikeltherapiezentrum in Kiel. www.ndr.de/regional/schleswig-holstein/ptz105.html (down-

nikbereich finden sich beispielsweise in Berlin, Dortmund, Gießen und Leipzig, neu sind Verträge für die *Hochtaunus-Kliniken* in Hessen.⁷⁷

Die zunehmende Bedeutung von PPPs⁷⁸ im Gesundheitsbereich, insbesondere im Hinblick auf die Debatte über die Privatisierung universitätsmedizinischer Krankenversorgung, konstatierte auch die Arbeitsgruppe „Privatisierung“ im Krankenhaussektor des Vorstandes der *Bundesärztekammer*. Die AG legte 2007 ihren Abschlussbericht vor und schrieb kurz über die Konsequenzen der PPPs in der Universitätsmedizin: „Die nachfolgenden Auswirkungen auf die ambulante und stationäre Behandlung der Bevölkerung, auf Forschung und Lehre sind noch nicht absehbar.“⁷⁹

Immerhin wird hier festgestellt, dass man noch nichts über die Folgen wisse. Das ist zwar wenig, aber durchaus mehr, als davon auszugehen, dass es keine Folgen gäbe, da es sich ja vermeintlich nur um ein *Finanzinstrument*⁸⁰ in schwieriger Haushaltslage handele. Allerdings ist es, gelinde gesagt, schon erstaunlich, wenn Projekte im Gesundheitsbereich als PPP diskutiert beziehungsweise umgesetzt werden, ohne dass man die möglichen Folgen davon zuvor bedacht hat.

load 11/2011). Vgl. zum Projekt aus der Sicht der Wirtschaftsprüfer Price Waterhouse Coopers: Landré, Burkhard: PPP im Bereich innovativer Hochtechnologie: Das Partikeltherapiezentrum Kiel – eine Fallstudie*. Vortrag Juni 2008. www.wip.tu-berlin.de/typo3/index.php?id=1991 (download 17.10.2011). Zu den Verträgen einzelner Angestellten-Krankenkassen für die Partikeltherapie vgl. die gemeinsame Presseerklärung 2007. www.presse.dak.de/ps.nsf/sblArchiv/94B0F34A4AD5000BC125739B004146B9?Open (download 11/2011).

⁷⁷ Vgl. zu den Projektstandorten PPP-Kompakt. Monatlicher Informationsbrief für Entscheider aus Politik, Wirtschaft und Verwaltung, Ausgaben: März 2009, Dezember 2008, September 2008.

www.rsbk.de/de/service/ppp_kompakt/default.html (downloads 10/2011). Tim Engartner zitiert nach Bischoff, Furtkamp und Müller 2008, S. 5. www.linksfraktion-hamburg.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/DIE_LINKE_HH_Fraktion_OEPP_Broschuere_Netz.pdf (download 10/2011). Gescheitert sind PPP-Projekte in Bremen, Göttingen und Viersen, ausgeschrieben wurde PPPs im Krankenhausbereich in Aachen, Essen und Köln. Vgl. Landré September 2008, S. 8; Kleine Anfrage 2011, S. 2; Rügemer 2011. Als Beispiel für kritiklose Berichterstattung zu PPP im Klinikbereich vgl. Schiner 2011.

⁷⁸ Das Finanzinstrument PPP wurde seit Anfang der 90er Jahre insbesondere in Großbritannien angewandt – auch dort im Gesundheitsbereich. In der BRD wurde das erste PPP-Projekt im Hochbau 2002 initiiert. In Großbritannien heißen die PPPs im Gesundheitsbereich „Local Improvement Finance Trust Company“ (LIFTCo). Vgl. Rügemer 2008a, S. 37-42 und Rügemer 2008b. Obgleich keine wissenschaftliche Studie, lesen sich die Interviewauszüge mit Krankenhauspersonal über die Situation in PPP/PFI-Kliniken, die John Lister zusammengestellt hat, sehr erhellend. Dokumentiert werden Probleme zum Klinikbau, Ausstattung, Bettenanzahl/Räume, Arbeitsbedingungen etc. Vgl. Lister 2003. In der sogenannten Entwicklungszusammenarbeit in Trikontländern wird PPP für *Öffentliche-private Produktentwicklungsgesellschaften* (PDPs) beispielsweise vom *Verband forschender Arzneimittelhersteller* gefordert. Vgl. Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V.: *Public-Private Partnerships: Der beste Weg zu neuen Mitteln gegen Tuberkulose, Malaria und tropische Armutskrankheiten*. o.O. 4.4.2011. www.vfa.de/de/wirtschaft-politik/entwicklungslaender/public-private-partnerships-gegen-tuberkulose-malaria-tropische-armutskrankheiten.html (download 17.10.2011). Die erste PPP im Hochbau der BRD war das Thermalbad Wiesbaden, vgl. Daube 2010, S. 19.

⁷⁹ Bundesärztekammer: *Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit*. Berlin Juni 2007, S. 59. www.arzt.de/downloads/Ergebnisbericht_final.pdf (download 9/2011).

⁸⁰ Vgl. zum Beispiel Schiner 2011.

Kritik an PPP/ÖPP

Die Kritik an PPP ist vielschichtig.⁸¹ Als zentrale Probleme zeigten sich bei bisherigen Erfahrungen aus anderen Bereichen, dass Planung und Durchführung „oft unter Ausschluss der Öffentlichkeit“ stattfanden und nicht zuletzt dadurch die „Spielräume für demokratische und zivilgesellschaftliche Einflussnahme und Kontrolle“ beschränkt werden.⁸² Die umfangreichen PPP-Verträge unterliegen strengster Geheimhaltung.⁸³ Die Geheimhaltung ist an sich bereits politisch skandalös, aber darüber hinaus gewinnen Unternehmen durch PPPs an „Einfluss auf politische Entscheidungen und Prioritätensetzungen“.⁸⁴ Öffentliche Güter sollten am Gemeinwohl orientiert sein. Durch PPPs werden öffentliche Güter wie die Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern verstärkt jedoch auch an privatwirtschaftlichen Interessen ausgerichtet^{85, 86}

Hinsichtlich der Erwerbsarbeitsplätze und Arbeitsbedingungen im Zusammenhang mit PPP-Projekten sprechen die KritikerInnen von einer Förderung von Outsourcing, Erwerbslosigkeit, Tariffucht, Leiharbeit und andere Niedriglöhnerie – sowie Arbeitsverdichtung.⁸⁷ Denn

⁸¹ Vgl. für eine erste Übersicht Hoering 2004; 2005; ausführlich Rügemer 2008a; Kösling 2007, S. 21-25; Schutte/Waßmuth 2011; Rühl/Klönne 2007.

⁸² Hoering 2005, S. 152f.

⁸³ Personalräte mussten nicht selten gerichtlich ein Einsichtsrecht für einen Teil der Unterlagen durchsetzen. Die Geheimhaltung führt auch in den wissenschaftlichen Gutachten über PPPs zu der absurden Situation, dass man etwas zu analysieren versucht, dessen Inhalte man sozusagen gar nicht kennt. So heißt es beispielsweise in einem Arbeitspapier der *Technischen Uni Freiberg*: „Aufgrund der geringen Anzahl von realisierten PPPs im Krankenhausbereich in Deutschland sowie der vertraulichen Handhabung der damit verbundenen Verträge wird an dieser Stelle auch auf Erfahrungen aus anderen PPP-Hochbaubereichen bei der Betrachtung der Risikoverteilung und -bewertung Bezug genommen.“ Jacob, Neunzehn und Uhlig 2008. Die Geheimhaltungspflicht zu den PPP-Vertragswerken besteht nicht nur gegenüber der Öffentlichkeit allgemein, sondern auch gegenüber den gewählten Abgeordneten. Kenntnisse haben von staatlicher Seite: BürgermeisterInnen, KämmerInnen sowie StadträtInnen. Hoering 2005, S. 152f. Zur Geheimhaltung vgl. auch Rügemer 2008a, S. 153f.

⁸⁴ Hoering 2005, S. 152f. Dies gilt beispielsweise auch für den medizinischen Forschungsbereich (s. bspw. das erwähnte Partikeltherapiezentrum der Kieler Uni-Klinik).

⁸⁵ Durch die PPP-Verträge werden Haushaltsmittel für einen Zeitraum von 15 bis zu 40 Jahren gebunden. Der politische Handlungsspielraum der Kommunen wird dadurch verkleinert und inflexibel. Auch Querfinanzierung (Profitableres gegen Unprofitableres) ist nicht mehr möglich. Vgl. Hoering 2004, S. 2; Rühl/Klönne 2007, S. 402; Schutte/Waßmuth 2011. In diesem Zusammenhang wird auch kritisch gefordert, die PPP-Verträge nach 7 oder 10 Jahren einer Revision zu unterziehen und ggf. nochmals neu auszuschreiben. Vgl. Hintergrundgespräch 2011.

⁸⁶ Vgl. zum Beispiel Rügemer 2008a. PPPs „fungieren als Einstieg in eine Teilprivatisierung“. Oftmals verbleiben bei PPPs generell unprofitable Aufgabenbereiche in öffentlicher Verantwortung. Hoering 2005, S. 152f.

⁸⁷ Vgl. Rügemer 2008a, S. 163. Den Wechsel von Tarifbereichen durch Outsourcing im Rahmen von Privatisierung erwähnt die AG der Bundesärztekammer zur Privatisierung, vgl. Bundesärztekammer 2007, Kap. 16/17. Insbesondere seit Einführung der DRG-Fallpauschalen und dem sich daraus ergebenden verstärkten Wettbewerbsdruck, werden auch in kommunalen Krankenhäusern (weitere) Tätigkeiten outgesourct, auch die Arbeit hat sich verdichtet. Dennoch stellt sich die Situation in den privatisierten Krankenhäusern offenbar verschärfter dar – systematische Studien für die Bundesrepublik fehlen bislang. Vgl. zur Vergleich der Arbeitsbedingungen und Versorgung die Beiträge in Böhlke, Nils u.a. (Hrsg.) 2009. Eine Untersuchung aus den USA kommt zu dem Schluss, dass die Sterberate in privaten Krankenhäusern „erheblich höher ist“ als in nicht-profitorientierten. Vgl. Schulten/Böhlke 2009, S. 117, Fußnote 11.

zumeist ist der Hinweis auf Wettbewerb in diesem Kontext, der vermeintlich ein Qualitätswettbewerb sein soll, letztlich nur ein Wettbewerb um Arbeitskosten.⁸⁸

Unabhängig von diesen Überlegungen sind PPPs auch investitionstheoretisch in die Kritik geraten. Denn sie erweisen sich in vielen Fällen als sehr viel teurer als eine staatliche Kreditaufnahme für Investitionen. Das heißt, die Kapitalkosten sind bei PPPs in der Regel sehr viel höher. Dies liegt insbesondere an den günstigeren Kreditzinsen, die der Staat zahlen müsste, die aber bei PPPs nicht zum Tragen kommen, da der Investor den Kredit bei der Bank aufnimmt.⁸⁹ Eine resümierende Berechnung der *Financial Times* zu zwanzig Jahren Erfahrungen mit PPPs im Musterland Großbritannien kommt zu dem Ergebnis, dass die PPPs die Steuerzahlenden – je nach Laufzeit – 20 bis 25 Milliarden (GBP) britische Pfund, also rund 30 Milliarden Euro, im Vergleich zu herkömmlicher staatlicher Kreditaufnahme extra gekostet haben.⁹⁰ Kalkulationen der *Financial Times* zufolge sind gegenwärtig 53 Milliarden (GBP) britische Pfund in PPP-Projekten gebundenes, also investiertes Kapital. Im Vergleich zu den Kosten für Staatsanleihen für Investitionen müssen die Steuerzahlenden für dieses Privatkapital wie gesagt zusätzlich 20 bis 25 Milliarden Pfund zahlen. Das ist rund die Hälfte der insge-

⁸⁸ Ebda., S. 108.

⁸⁹ Um diese kommunalkreditähnlichen Finanzierungsbedingungen zu erhalten ist bei PPPs eine sogenannte „Forfaitierung mit Einredeverzicht“ üblich, was auch auf die Anforderung der Banken nach Refinanzierung zurückzuführen ist. Vgl. Hintergrundgespräch 2011. Die Forfaitierung an sich ist ein Kreditsubstitut. Es ist eine internationale, auf längere Laufzeiten gerichtete Finanzierungsvariante des echten Forderungsverkaufs, also auch eine Umschichtung von Vermögen. Der Forderungskäufer (Forfaiteur) verzichtet auf jeglichen Rückgriff auf den Forderungsverkäufer (Forfaitist). „Wegen des regreßlosen Forderungsverkaufs übernimmt der Forfaiteur das volle Ausfallrisiko.“ Hering 2011, S. 57, Fußnote 2. Bei einer Forfaitierung mit Einredeverzicht „verkauft die Projektgesellschaft die Forderungen aus zukünftigen Leistungen an die Geschäftsbanken, sodass diese die neuen Gläubiger werden. Gleichzeitig verzichten die öffentlichen Auftraggeber für die letzten unterschiedlichen Prozentpunkte des (wohlgemerkt) privaten Kredits auf jegliche Einreden aus dem Vertrag der Projektgesellschaften. In der Folge werden die Banken jederzeit die Raten erhalten, egal wie das Vertragsmanagement zum Beispiel bei Schlechtleistungen gegenüber den Projektgesellschaften greift. Diese Konstruktion verhilft dem privaten Anbieter zu nur leicht verteuerten Krediten gegenüber den Konditionen der öffentlichen Kreditaufnahme.“ Kösling 2007, S. 23. Vgl. zur Forfaitierung mit Einredeverzicht auch Bertelsmannstiftung/Clifford Chance Pünder/Initiative D21 (Hrsg.) o.J., S. 126. Die Bertelsmann Stiftung verweist auf die Möglichkeit einer Absicherung seitens der öffentlichen Hand, „separate Sicherungsabreden“ durch Bürgschaften und Patronatserklärungen, damit die Kommune eine Kontrollmöglichkeit bei Leistungsproblemen habe. Eigentlich ist das Betreiberentgelt nicht vom Einredeverzicht berührt, sondern „nur“ Planen und Bauen. Allerdings trägt die Kommune bei der Forfaitierung mit Einredeverzicht das volle Bonitätsrisiko. Das heißt, sofern der Investor in der Zwischenzeit insolvent ist, können bspw. auch keine Minderleistungen mehr ersetzt werden oder Ähnliches. Vgl. Hintergrundgespräch 2011. Dies dürfte ähnlich für die Nachunternehmer einer PPP gelten. Des Weiteren kann es passieren, dass die Kommune zumindest streckenweise für Leistungen zahlt, die sie gar nicht mehr erhält. Des Weiteren betonen die Rechnungshöfe, dass „sorgfältig zu regeln“ sei, „welche Gewährleistungs- und Vertragsrechte Bestandteil des Einredeverzichts werden sollen“. Vgl. Präsidentinnen und Präsidenten der Rechnungshöfe 2011, S. 7.

⁹⁰ Vgl. Timmins/Giles 2011 und Timmins 2011. Genauer geschaut kostet die *private* Finanzierungsstrategie in Großbritannien 2,2 Prozent mehr als die herkömmliche staatliche Kreditaufnahme für Investitionen. Diese immensen Summen dürften auf die Betreiberleistungen zurückzuführen sein. Darüber hinaus gibt es in Großbritannien keine Forfaitierung mit Einredeverzicht. Vgl. Hintergrundgespräch 2011.

samt investierten Summe.⁹¹ Dazu kommen BeraterInnenkosten und zwar 2,5 bis 4 Milliarden Pfund plus die laufenden Beratungsgebühren über die Vertragszeit hinweg. Denn zur Ausarbeitung der komplexen Verträge werden Unternehmensberatungen und Wirtschaftsprüfer engagiert, die oft zur „Weltliga“⁹² gehören und immense Beraterhonorare erhalten wie beispielsweise *PricewaterhouseCoopers* und *Ronald Berger*.⁹³ Des Weiteren recherchierte die Zeitung, dass neunzig der 700 existierenden⁹⁴ PPP/PFI-Projekte heute im Besitz von Unternehmen sind, die sich in Steueroasen angesiedelt haben. Das heißt, die Konzerne zahlen keinerlei Steuern auf ihre Profite an den Staat, sodass auch nichts an die BürgerInnen zurückfließt.⁹⁵ Über all diese und andere, potentiell negative Folgen von PPPs schweigen sich die Befürwortenden aus.

PPP-Lobby

Das sind vor allem die unmittelbar Nutznießenden: Beraterfirmen, Banken und international operierende Großkonzerne⁹⁶ (die mittelständische Wirtschaft wird durch die großen PPPs tendenziell vernichtet, hat also wenig Interesse daran); zusammengeschlossen haben sich die Profiteure in der PPP-Lobby-Organisation *Bundesverband Public Private Partnership (BPPP)*

⁹¹ Diese Zusatz-Summe entspricht ca. 40 neuen Kliniken, wie die *Financial Times* anmerkt. Vgl. Timmins 2011.

⁹² Rügemer 2008a.

⁹³ *Pricewaterhouse Coopers* hat international sogar ein eigenes Institut zum Gesundheitssektor aufgebaut, das *PwC's Health Research Institute (HRI)*. Vgl. www.pwc.com/us/en/health-industries/health-research-institute/index.jhtml (download 11/2011).

Zu *Ronald Bergers* Aktivitäten im Krankenhausbereich und PPP vgl. zum Beispiel Henzelmann 2006. Zum Beratungswesen generell: Rügemer 2004. Die BeraterInnen, in der Regel bei PPP Anwaltskanzleien, haften im übrigen nicht für ihre Beratungsleistung, es sei denn es handelt sich um vorsätzliche Falschberatung, Rügemer 2008a, S. 129.

⁹⁴ Aus den beiden Texten aus der *Financial Times* geht leider nicht zweifelsfrei hervor, ob es sich bei der Zahl 700 um die zum Erscheinungszeitpunkt des Artikels im Sommer 2011 tatsächlich noch laufenden Projekte handelt oder um die Anzahl seit Beginn der PPP/PFI-Finanzierungsstrategie insgesamt. Vgl. Timmins/Giles 2011; Timmins 2011.

⁹⁵ Vgl. Timmins/Giles 2011. Aus dem Artikel der *Financial Times* geht dies nicht hervor, dies dürfte aber folgenden, postkolonialen Hintergrund haben: So verweist Werner Rügemer auf die „City of London“ mit ihren „osmotischen Beziehungen zum weltweit größten Kranz von Finanzoasen: den englischen Kanalinseln Sark, Guernsey, Jersey, der Isle of Man, dann Gibraltar und den entfernteren Inseln der Karibik (Cayman Islands), den Virgin Islands und den Bermudas. Diese Finanzoasen sind wirtschaftlich und steuerrechtlich selbständig, gehören jedoch zum britischen Commonwealth. Gegenüber der Europäischen Union kann jede englische Regierung darauf verweisen, dass das Wirtschafts- und Steuerrecht dieser Territorien leider, leider nicht dem Einfluss der britischen Regierung unterliege, während sie in Wirklichkeit ein ausgelagerter Arm der City of London sind. Natürlich sind auch die Beziehungen zu den anderen wichtigen Finanzoasen wie der Schweiz und den Bahamas gut entwickelt.“ Rügemer 2008a, S. 17.

⁹⁶ Noch komplexer werden PPPs und ihre potentiellen Auswirkungen, wenn man bedenkt, dass neben den Konzernen darin auch private Finanzinvestoren eingebunden sein können. Thorsten Schulte und Nils Böhlke verweisen rekurrierend auf Niko Stumpfögger (2007) darauf, dass sich in den angelsächsischen Ländern private Krankenhauskonzerne „zu einem lukrativen Anlageobjekt von privaten Finanzinvestoren entwickelt haben“. In der Bundesrepublik besitzt das britische Private Equity Unternehmen *Apax* über den zu ihm gehörenden schwedischen Gesundheitskonzern *Capio* 13 Kliniken. Schulte/Böhlke 2009, S. 108.

– eine Abkürzung, die man sich vielleicht merken sollte.⁹⁷ Wie undurchsichtig die Beeinflussung ist, zeigt sich am Beispiel eines Textes in der Fachzeitschrift *Das Krankenhaus* der *Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.* – Stichwort Medien-Akteurin auf der Meso-Ebene: Ein Artikel über PPP im Krankensektor aus dem Jahr 2005 entpuppt sich als verdeckte PR zu PPP.⁹⁸ Ersteller des Beitrags ist Hans Wilhelm Alfen, Professor für Betriebswirtschaft an der *Bauhausuniversität Weimar*. Herr Alfen ist aber nicht nur Wissenschaftler, sondern hat 2004 auch eine Beratungsfirma gegründet, die *Alfen Consult GmbH*. Dieser Fakt steht nicht einmal in einer Fußnote des besagten Artikels über PPP, obwohl es aus wissenschaftlicher Perspektive – und als Wissenschaftler werden die Autoren im Artikel vorgestellt – unredlich ist, solche Interessenskonflikte nicht offenzulegen. Denn, Sie ahnen es schon: *Alfen Consult* berät zu PPP und lässt sich das auch gut und gerne bezahlen.⁹⁹ Hans Wilhelm Alfen ist zumindest aktuell sogar Mitglied der zentralen PPP-Lobbyorganisation *BPPP*.

Die Problematik abschließend, möchte ich noch auf eine bedeutsame *strukturelle* Komponente aufmerksam machen, die die Rolle der Unternehmensberatungen und WirtschaftsprüferInnen in Verhandlungsprozessen zu PPP betrifft.

⁹⁷ Vgl. auch Rügemeier 2008a, u.a. S. 60-65. Das Lobby-Netz ist weit gespannt und arbeitet neben Hochglanzbroschüren beispielsweise mit der Herausgabe eigener Zeitungen zu PPP, einem Innovationspreis und entsprechenden Konferenzen und Informationstagen, an denen KommunalpolitikerInnen und Verwaltungsangestellte in der Regel – kostenlos – teilnehmen dürfen. Zum BPPP vgl. deren Selbstdarstellung und Mitgliederliste www.bppp.de/media/file/11.BPPP_Broschuere_final.pdf; www.bppp.de/bppp.php/cat/3/title/Mitglieder (downloads 3.11.2011). Den „Innovationspreis“ 2011 des BPPP erhielt im Bereich Gesundheit das Gesundheitszentrum Ruit: „Ziel ist es, das bestehende Angebot der Klinik durch einen Neubau mit einer zentralen Notaufnahme, einer onkologischen Tagesklinik, einer Intensivstation sowie einem ambulanten Operationszentrum zu erweitern. Ebenso sind im Plan für das Gesundheitszentrum eine Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und eine Privatklinik mit drei Operationsräumen und 40 Betten für Selbstzahler enthalten.“ www.bppp.de/bppp.php/cat/40/title/Innovations-preis_PPP (download 2.12.2011).

⁹⁸ Alfen, Buscher, Daube, und Weidemann (2005): Public Private Partnership im Krankenhaus. In: *das Krankenhaus* 12/2005, S.1083-1088. www.kohlhammer.de/krankenhaus.de/download/Portale/Zeitschriften/Krankenhaus/fachbeitrag/fachbeitrag_12_05.pdf (download 9/2011). Zitiert wird der Text zu PPP von Hans Alfen und Co-Autoren bspw. von Thorsten Schulten und Nils Böhlke (2009, S. 103). PPP als Instrument wird dabei von den beiden Autoren im Kapitel „Funktionale Privatisierung“ zusammen mit Outsourcing von Krankenhausdienstleistungen am Rande erwähnt.

⁹⁹ Zur Alfen Consult vgl. Rügemeier 2008a, S. 79f. Vgl. auch die Unternehmenswebsite www.alfen-consult.de/publikation_vt.html. Vgl. zur PPP-Beratungstätigkeit (u.a. Klinik Viersen 2006) die Referenzliste von Alfen Consult im Hochbau www.alfen-consult.de/refer_hoch.html (downloads 1.11.2011). Auch in der Forschung zu PPP an Universitäten zeigt sich zumindest über einen – immerhin transparenten – „Projektbeirat“ eine Gemengelage von privaten Interessen: Unter dem Titel „PPP-Krankenhäuser. Qualitative und quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken“ wurde an der Universität Freiberg vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) im Rahmen der Forschungsinitiative „Zukunft Bau“ ein Projekt gefördert, in dessen Projektbeirat potentiell unternehmerische Nutznießende von PPPs sitzen, etwa der ehemalige Geschäftsführer von *Bilfinger Berger Project Investments GmbH* und ein Mitarbeiter von *Medfacilities GmbH der Uniklinik Köln*. Jacob 2009 sowie Umstrukturierung und Erweiterung bestehender Krankenhausstandorte mit Hilfe von Public Private Partnership. Leitfaden. O. J. <http://fak6.tu-freiberg.de/construction-business-management/publikationen/#c1199> (download 11/2011).

Business-Pläne von PPP-Beraterfirmen für den *medizinischen* Bereich von Kliniken

In Rahmen eines Vortrags über ein PPP-Projekt im Klinikbereich – das Partikeltherapiezentrum in Kiel, der Vertrag ist gerade geplatzt – benannte ein Mitarbeiter der internationalen Wirtschaftsprüfer *PricewaterhouseCoopers*, Burkhard Landré, stichwortartig auch Einzelleistungen zu ihrer Beratungsarbeit für die Klinik. Dazu gehörte auch die „Entwicklung eines Business Plans für die medizinische Projektgesellschaft“.¹⁰⁰ Es ist demnach anzunehmen, dass dieser Business Plan auch Stellen und Arbeitsabläufe von Medizin und Pflege kalkulierte.¹⁰¹ Ein weiteres Indiz: In dem erwähnten PR-Artikel zu PPP im Krankenhaussektor von Hans Wilhelm Alfen und Co-Autoren heißt es: Die klinischen Leistungen sollten ausschließlich vom Krankenhausträger verantwortet werden. Aber: „Da jedoch auch in diesem Bereich enorme Effizienzpotenziale bestehen, sollte die *Ausweitung auf Teile der primären Versorgungsleistungen* (zum Beispiel *Personalmanagement*) nicht kategorisch ausgeschlossen werden und in der künftigen Diskussion Berücksichtigung finden.“¹⁰² Des Weiteren werden „Sekundärleistungen“ angesprochen, und zwar als „Supportleistungen“, konkret: Dialyse, Labor, Nuklearmedizin, Physiotherapie, aber auch die Fachbibliothek, Apotheke, Strahlenschutz etc. Auch diese Arbeitsleistungen könnten künftig – so der Rat aus der Betriebswirtschaft – im Rahmen von PPPs unter den Bedingungen privater Investoren erbracht werden.¹⁰³

¹⁰⁰ Landré Juni 2008, S. 13.

¹⁰¹ Zwei zentrale Kennziffern aus dem betriebswirtschaftlichen Kennzahlenkatalog, die auch bei Businessplänen zur Anwendung kommen, lauten: Arbeitsintensität und Personalintensität. Vgl. dazu Bilanzkennzahlen zur Bilanzanalyse (Kennzahlenkatalog). www.controllingportal.de/Fachinfo/Kennzahlen/Bilanzkennzahlen-zur-Bilanzanalyse.html ; www.controllingportal.de/Fachinfo/Grundlagen/Kennzahlen/Arbeitsintensitaet.html www.controllingportal.de/Fachinfo/Grundlagen/Kennzahlen/Personalintensitaet.html (downloads 10/2011).

¹⁰² Alfen, Buscher et al. 2005, S. 1086 (Hervorh. CL).

¹⁰³ Ebda., S. 1086. Unter „Sekundärleistungen“ werden von Alfen u.a. zum einen „*Diagnostisch-therap[eutische]* Unterstützungsleistungen“ sowie *Med. [izinisch]-technische* Ver- und Endversorgung (etwa die Zentralsterilisation, Strahlenschutz) gefasst. Die Übertragbarkeit von Tätigkeiten im Krankenhaus auf private Investoren im Rahmen von PPP werden von BeraterInnen und WirtschaftsprüferInnen unterschiedlich eingeschätzt: *Lovells LLP* nennt „Bau, Betreiberleistungen („Hotel“), Instandhaltung, Ausstattung mit mediz. Gerät, Instandhaltung des Geräts, [G]gf. diagno. Und therap. Unterstützungsleistungen.“ *Lovells/Knütel* 2007, S. 7. *PricewaterhouseCoopers* (PWC) sieht eine zunehmende Übertragbarkeit von Aufgaben beginnend mit der Infrastrukturmaßnahme im Bau über „Tertiärleistungen“ (etwa Desinfektion, Reinigung, Wäscherei) und „Sekundärleistungen“ (etwa medizinisch-technische Ver- und Endversorgung sowie diagnostisch-therapeutische Unterstützungsleistungen) und endend mit den klinischen Leistungen im Primärbereich. Vgl. Landré September 2008, S. 10. In einem Gutachten von *PWC* zur Krankenhausfinanzierung mit PPP heißt es zur Übertragbarkeit jedoch deutlich offen: „Prinzipiell ist daher jede Tätigkeit im Krankenhauswesen auch durch einen Privaten wahrnehmbar. Wesentlicher Ansatzpunkt für eine PPP ist jedoch, dass der private Partner seine Leistungen im Auftrag des Krankenhausträgers erbringt und nicht selbst Vertragspartner der Kostenträger (Krankenkassen, etc.) wird. (...) Damit [wenn der medizinisch-pflegerische Kernbereich auf Private übertragen ist, CL] würde aber der Betrieb des Krankenhauses vollständig privat organisiert, ohne dass der öffentliche Auftraggeber die Möglichkeit zur Einflussnahme durch Entgeltzahlungen hätte. Dies entspricht jedoch nicht dem gefestigten Verständnis einer PPP, die durch partnerschaftliches Zusammenwirken geprägt ist und der öffentlichen Hand gewisse Steue-

Aus diesen Fakten und Hinweisen abgeleitet, lässt sich für andere PPP-Projekte im Gesundheitsbereich vorsichtig schließen, dass dort die beteiligten Unternehmensberatungen im Rahmen ihrer Arbeit – respektive insbesondere der Generalunternehmer – Einfluss auf Personalsituation und Ausgestaltung der Arbeitsplätze des klinischen Bereichs nehmen können, also bei ÄrztInnen, Pflegekräften, therapeutischem und anderem Fach-Personal.¹⁰⁴ Was bedeutet das?

Resümee

Damit komme ich zum letzten Teil meines Vortrags. Der Einfluss, der sich aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen¹⁰⁵ ergibt und der der Effizienzsteigerung dient, dürfte diejenigen Konsequenzen nach sich ziehen, die sich schon bei Privatisierungen im Allgemeinen und bei PPPs im Besonderen zeigt(ten): Outsourcing, Entlassungen, Stellen-Streichungen, Tariffucht, Leiharbeit und andere Niedriglöhnerie. Für die verbliebenen Arbeitskräfte heißen die Folgen Arbeitsverdichtung an neoliberal umgestalteten Arbeitsplätzen.¹⁰⁶ Die Folgen eines schlechteren Personalschlüssels und von Arbeitsverdichtung wiederum dürften naheliegender Weise in schlechterer gesundheitlicher Versorgung bestehen,¹⁰⁷ womit wir uns nun wieder auf der Mik-

rungsinstrumente sowie die Letztverantwortung belässt.“ PricewaterhouseCoopers: Gutachten zur Bewertung von öffentlich-privaten Partnerschaftsmodellen in der Krankenhausfinanzierung. Auftrag 0.0462938.001. O.O. o.J. [ca. 2007]. www.oiepp-plattform.de/media/attachments/07_KKH_Gutachten_Hessen_PwC1.pdf (download 10/2011). (Gutachtenauftrag durch das Hessische Sozialministerium 5.7.2006), S. 62 (Hervorheb. CL).

¹⁰⁴ Dies wiederum dürfte Rückwirkungen innerhalb des Aushandlungsprozesses einer PPP hinsichtlich der Frage der Profitabilität des Projektes für die privaten Investoren haben.

¹⁰⁵ Zur Problematik der Wirtschaftlichkeitsvergleichen oder Machbarkeitsstudien bei PPPs generell vgl. Rügemer 2008a, insb. S. 83f.; 139-142. Rügemer kritisiert neben den Kosten insbesondere die UrheberInnen dieser Rechnungen, den engen Bezug auf das jeweilige PPP-Projekt, anstatt einer Rechnung, die sich etwa auf die entsprechende Stadt bezieht oder gar auf die Volkswirtschaft, ebenso wenig finde keine Betrachtung hinsichtlich des „Wirtschafts- und Steuerkreislaufes“ statt. Er zählt des Weiteren auf, was in die Rechnungen zumeist nicht oder nur ungenügend eingeht: die „Mehrwertsteuer“ (gemeint ist wohl die Umsatzsteuer auf Gehälter von im öffentlichen Dienst Beschäftigten vs. privates Personal), „Steuerverluste des Staates“, „doppelte Zinsen“, „Verluste im regionalen Wirtschaftskreislauf“, abgebaute Erwerbsarbeitsplätze und Niedriglöhne. Rügemer 2008a, S. 139-141. Außerdem kritisiert Rügemer völlig zu Recht die „quantifizierten Risikorechnungen“. Rügemer 2008a, S. 141. Die Berechnungen, die teils bis hinter Komma genau sind und die die Effizienzgewinne mittels PPP für die Kommune illustrieren sollen, halten selbst manche PPP-PraktikerInnen – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der langen Laufzeiten – für unseriös. Etwaige Vorteile von PPPs (im Sinne von Leistung/Gegenleistung) klären sich erst in der Vergangenheit. Vgl. Hintergrundgespräch 2011. Wie bereits erwähnt kritisieren auch die Rechnungshöfe den mangelnden Einbezug von Risiken etwa durch die Forfaitierung mit Einredeverzicht in Wirtschaftlichkeitsvergleichen. Vgl. Präsidentinnen und Präsidenten der Rechnungshöfe 2011, S. 6f. Die Kritik an doppelten Zinszahlungen durch PPP oder auch die Entstehung von Nebenhaushalten (vgl. dazu zum Beispiel Bischoff, Furtkamp und Müller 2008) ist umstritten, vgl. Hintergrundgespräch 2011.

¹⁰⁶ Dazu zählen auch die Versuche der Standardisierung von Arbeitsprozessen in Krankenhäusern. Diese Form des „Risk managements“ wird auch vom *Bertelsmann'schen CKM* beziehungsweise Wilfried von Eiff gefordert, vgl. Criegern 2007. Zur Leiharbeit vgl. Schulzen/Böhlke 2009, S. 110, FN 6.

¹⁰⁷ Dies nehmen auch Thorsten Schulte und Nils Böhlke an, das immer stärkere Spezialisierungsprofil von Privatkliniken sowie die höhere Investitionsquote könne sich aber auch „positiv auf die Patientenversorgung“ auswirken. Schulzen/Böhlke 2009, S. 115.

ro-Ebene „Ärztin/Patientin“ oder „Pflegerkraft/Patient“ befinden. Das vermeintliche *Nur-Finanzinstrument* Public Private Partnership erweist sich demnach bei der Betrachtung seiner potentiellen Konsequenzen als ein Neu-Strukturierungsinstrument in der gesundheitlichen Versorgung.

Auswirkungen auf Frauen/Gesundheit

Die grundsätzlich zu den angerissenen Problemfeldern fehlende Forschung erschwert natürlich auch gender-orientierte und queer-feministische wissenschaftliche Analysen. Eine grundlegende Folge für Frauen liegt jedoch auf der Hand: Potentielle Auswirkung von PPPs im Gesundheitsbereich ist eine schlechtere Gesundheitsversorgung, und zwar durch die Effekte auf das Personal sowie durch die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dabei trifft es besonders Arbeitsplätze von Frauen¹⁰⁸. Denn diese finden sich vermehrt in der Pflege, bei den diagnostisch-therapeutischen Arbeiten von Dialyse bis Labor und zudem im nicht-medizinischen Bereich von Catering bis Reinigung. Die anhaltenden Umstrukturierungen im Krankenhaussektor, etwa mittels PPP, werden sich des Weiteren auf die ambulanten Praxen, Stichwort „Nachsorge“ etc. auswirken, außerdem auf die medizinische Forschung und Lehre – das *Wie* müsste dringend analysiert werden.

Über dieses problematische Auswirkungspotential auf die Beschäftigten hinaus lässt sich allgemein aus den Überlegungen über Privatisierung und Geschlechterpolitik ein „häufig unsichtbarer Transfer von Arbeit und Verantwortung an private Haushalte“ konstatieren. Dieser Transfer „im Rahmen der geschlechtlichen Arbeitsteilung“ läuft auf eine „Feminisierung“ von sozialer Verantwortung hinaus, wenn etwa Sparmaßnahmen im Gesundheitsbereich „familiäre Gesundheitspflege“ zur Folge haben und dann als „unbezahlte Frauenarbeit verlangt und zur Verfügung gestellt“ werden.¹⁰⁹ Die vermeintliche Alternative dazu ist die prekäre Beschäftigung, um nicht zu sagen Ausbeutung, etwa von Pendelmigrantinnen aus Osteuropa für Gesundheitsarbeit in Privathaushalten.¹¹⁰ Unabhängig davon, „who cares“¹¹¹ – im Krankenhaus, in der Praxis, dem Pflegeheim, im Privathaushalt – haben die Arbeitsbedingungen für Frauen,

¹⁰⁸ Die Gruppe von Frauen, die von den potentiellen Konsequenzen besonders tangiert wird, muss wiederum genauer, insbesondere entlang der Kategorien „race“, „ethnicity“ und class differenziert werden.

¹⁰⁹ Altwater 2003; Sauer 2007, S. 20; vgl. auch Gottschlich/Vinz 2007, S. 16.

¹¹⁰ Vgl. zur Übersicht zum Beispiel Steffen, Margret: Pflegeberufe immer unattraktiver. Migrantinnen im Niedriglohnbereich. In: drei 35/2010. <http://drei.verdi.de/2010/ausgabe-35/aktiv/seite-7/pflegeberufe-immer-unattraktiver> (download 11/2011). Vgl. dazu ausführlich Lutz 2003, 2007a und 2007b.

¹¹¹ Vgl. dazu die Debatte um Care-Ökonomie, zuletzt Das Argument 292, 3/2011 „Care – eine feministische Kritik der politischen Ökonomie?“ 3/2011. Zu Care-Arbeit und Gesundheitswesen allgemein Madörin 2007.

bezahlt oder unbezahlt, zumal durch weitere Arbeitsverdichtungstendenzen wie auch die Erwerbslosigkeit ihrerseits ebenfalls Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Frauen.¹¹²

Die Frage nach Handlungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund der geschilderten Problemlagen ist ein eigenes Thema, auf das wir auch in der Diskussion eingehen könnten. Ein zentraler Dreh- und Angelpunkt ist dabei jedenfalls vor dem Hintergrund der weitgreifenden Netzwerkbildung im Stile *Bertelsmanns* einerseits und dem Ausschluss der Öffentlichkeit bei Verhandlungen um PPP/ÖPP andererseits eine kritische, eine sich verweigernde und/oder eine eingreifende Öffentlichkeit.

Lassen Sie mich in diesem Sinne meinen Vortrag schließen mit den Worten von Ingrid Lohmann, einer Bildungshistorikerin der Uni Hamburg. Sie fordert einen sorgsamen Umgang mit Kooperationen und Drittmitteln. Außerdem müssten dringlich Netzwerkanalysen zu den neuen Einflussgeflechten durchgeführt und die wissenschaftlichen wie journalistischen Ergebnisse an die Öffentlichkeit gebracht werden: „Jedenfalls, solange wir noch eine haben.“¹¹³

¹¹² Vgl. zum Pflegebereich Kumbruck, Rumpf und Senghaas-Knobloch 2011.

¹¹³ Lohmann 2007, S. 166. Das komplette Zitat von Ingrid Lohmann lautet folgendermaßen: „Was kann man als Erziehungswissenschaftler/in in dieser Lage tun? Dazu meine siebte und abschließende These: Erstens, sich in Zukunft genauer anschauen, mit wem man Kooperationen eingeht, denn Stiftung ist nicht gleich Stiftung, Drittmittel sind nicht gleich Drittmittel, und selbst Zivilgesellschaft ist konzeptionell nicht gleich Zivilgesellschaft. Zweitens, analysieren, was aus der allgemein-pädagogischen Überzeugung geworden ist und wird, wonach pädagogisches Handeln gegenüber dem Ökonomischen eine Eigenstruktur und eine Eigenlogik hat und haben soll. Drittens, Netzwerkanalysen der neuen, postnationalen Einflussgeflechte mit den Mitteln des *Power Structure Research* (vgl. Burris 2006) oder wenigstens mit den Mitteln des investigativen Journalismus betreiben und die Ergebnisse an die Öffentlichkeit bringen. Jedenfalls, solange wir noch eine haben.“

Literatur

AG Frauen im Forum Umwelt und Entwicklung (2007): Veränderung von Staatlichkeit und öffentlicher Güter – Voraussetzungen für Nachhaltigkeit, Geschlechtergerechtigkeit und Sicherung der Lebensgrundlagen. Dokumentation. Berlin u.a.

Alfen, Hans Wilhelm/Buscher, Frederik/Daube, Dirk/Weidemann, André: Public Private Partnership im Krankenhaus. In: das Krankenhaus 12/2005, S. 1083-1088.
www.kohlhammer.de/krankenhaus.de/download/Portale/Zeitschriften/Krankenhaus/fachbeitrag/fachbeitrag_12_05.pdf (download 9/2011).

Altwater, Elmar (2003): Was passiert, wenn öffentliche Güter privatisiert werden? In: Peripherie. Zeitschrift für Politik und Ökonomie in der Dritten Welt 90/91/2003, S. 171-201,
www.erzwiss.uni-hamburg.de/personal/lohmann/datenbank/altwater2003.pdf (download 10/2011)

Badura, Jens (2004): Was bedeutet denn eigentlich Daseinsvorsorge? In: Lexikon der Globalisierung. www.taz.de/1/archiv/archiv/?dig=2004/05/10/a0184 (download 10/2011)

Balfanz, Detlev/Kraan, Achim/Riegler, Markus (1998): Bausteine der Betriebswirtschaftslehre. Frankfurt/M.: Bund-Verlag.

Bauhardt, Christine/Caglar, Gülay (Hrsg.) (2010): Gender and Economics: Feministische Kritik der politischen Ökonomie. Bielefeld: Transcript.

Becker, Stefan (2006): Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg – verfassungsgemäß? In: Medizinrecht 8/2006, S. 472-474

Beckermann, Maria J./Kleinemeier, Anke/Kuhlmann, Mechthild/Linckh, Angelika/Schumann, Claudia/Waldschütz, Eva (*im Druck*): Ein solidarisches Gesundheitssystem für alle! Unveröffentlichtes Manuskript, 20 S.

Bischoff, Joachim/Furtkamp, Ute/Müller, Bernhard (2008): Öffentlich Private Partnerschaften. Eine besonders intelligente Form der Privatisierung? DIE LINKE, Fraktion in der Hamburgischen Bürgerschaft. Hamburg, www.linksfraktion-hamburg.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/DIE_LINKE_HH_Fraktion_OEPP_Broschuere_Netz.pdf (download 10/2011)

Böcken, Jan/Butzlaff, Martin/Esche, Andreas (Hrsg.) (2003): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche Carl-Bertelsmann-Preis 2000, Verlag Bertelsmann Stiftung Gütersloh, 3., überarb. Auflage 2003. www.bertelsmannstiftung.de/.../xcms_bst_dms_15707_15708_2.pdf (download 11.10.2011).

Böhlke, Nils u.a. (Hrsg.) (2009): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus der Sicht der Beschäftigten. Hamburg: VSA.

Bormann, Cornelia: Theoretische Aspekte und Ansatzpunkte der Versorgungsforschung, in: Janßen, C., Borgetto, B., Heller, G. (Hrsg.): Medizinsoziologische Versorgungsforschung: Theoretische Ansätze, Methoden und Instrumente sowie ausgewählte Ergebnisse. Weinheim: Juventa 2007, S. 13-24.

Bormann, Cornelia: Ziele und Fragestellungen der Versorgungsforschung. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Referat Gesundheitsforschung (Hrsg.): Versorgungsforschung. Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2000 – 2008). Bonn/Berlin: Selbstverlag 2008, S. 8-12.

Caglar, Gülay (2009): Engendering der Makroökonomie und Handelspolitik: Potenziale transnationaler Wissensnetzwerke. Wiesbaden: VS Verlag.

Criegern, Birgit von (2007): Besser, Sie bleiben gesund! Wie die Bertelsmann-Stiftung Druck auf die Regierung macht, um Krankenhäuser in ein Konkurrenzsystem zu zwingen. In: der Freitag 26.10.2007. www.freitag.de/2007/43/07431801.php (download 9/2011).

Daube, Dirk (2010): Public Private Partnership (PPP) für Immobilien öffentlicher Krankenhäuser. Dissertation Fakultät Bauingenieurwesen der Bauhaus-Universität Weimar.

Deckwirth, Christina (2008): Europa drängt auf Privatisierung. Bei der Liberalisierung und Privatisierung von Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge spielt die EU eine entscheidende Rolle: Sie dehnt ihre Regelwerke für die Privatwirtschaft auf immer weitere Teile der Gesellschaft aus. In: Böcklerimpuls 18/2008, S. 7. www.boecklerimpuls.de (download 11/2011)

Elson, Diane/Bakker, Isabella/Young, Brigitte (ed.) (2011): Questioning Financial Governance from a Feminist Perspective. London/New York: Routledge.

Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In: Böhlke, Nils u.a. (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus der Sicht der Beschäftigten. Hamburg: VSA, S. 10-40.

Gerstberger, Wolfgang/Schneider, Karsten unter Mitarbeit von Katrin von Schäwen (2008): Öffentlich Private Partnerschaften. Zwischenbilanz, empirische Befunde und Ausblick. Berlin: edition Sigma.

- Gosewinkel, Dieter/Rucht, Dieter/Daele, van den Wolfgang/Kocka, Jürgen (2004): Einleitung. Zivilgesellschaft. In: dies. (Hrsg.): Zivilgesellschaft – national und transnational. WZB-Jahrbuch 2003. Berlin: edition sigma, S. 11-26.
- Gottschlich, Daniela/Vinz, Dagmar (2007): Das Konzept der öffentlichen Güter und seine Relevanz für Nachhaltigkeit und Geschlechterpolitik - eine Einleitung. In: AG Frauen im Forum Umwelt und Entwicklung, S. 10-17.
- Gramsci, Antonio: Gefängnishefte. Kritische Gesamtausgabe in 10 Bänden, hg. von Klaus Bochmann und Wolfgang Fritz Haug. Hamburg/Berlin 1991ff.
- Gruppe von Lissabon (1997): Grenzen des Wettbewerbs. Die Globalisierung der Wirtschaft und die Zukunft der Menschheit. München: Luchterhand [Orig. 1995].
- Hart, Thomas/Welzel, Carolin (Hrsg.) (o.J. [2004?]): Public Private Partnerships und E-Government. Gütersloh.
- Henzelmann, Torsten (2006): Wirtschaftliche Bewertung von PPP im Krankenhaus. Business Process Outsourcing von Sekundärprozessen. Ronald Berger Strategy Consultants. Hannover, 13. September.
- Hering, Thomas unter Mitarbeit von Toll, Christian (2011): Einführung in die Wirtschaftswissenschaft. Kurs: Einführung in die Betriebswirtschaftslehre. Fakultät für Wirtschaftswissenschaft. Hagen: FernUniversität.
- Hoering, Uwe (2005): Stichwort: Public-Private Partnership. In: Wissenschaftlicher Beirat von attac (Hrsg.): ABC der Globalisierung. Hamburg: VSA, S. 152f. www.globe-spotting.de/public_private_partnership.html (download 10/2011).
- Hoering, Uwe (2004): Trojanisches Pferd Public-Private Partnership und Privatisierung. In: Die Privatisierung der Welt. Reader des wissenschaftlichen Beirats von Attac. Hamburg: VSA-Verlag, S. 72-78. Online: <http://www.globe-spotting.de/water0.html> (download 10/2011).
- Horn, Gustav A./Niechoj, Torsten/Proano, Christian R./Truger, Achim/Vesper, Dieter/Zwiener, Rudolf: Die Schuldenbremse – eine Wachstumsbremse? IMK-Report 29, Juni. Düsseldorf 2008. www.boeckler.de/imk_6456.htm?produkt=HBS-004148&chunk=1 (download 11/2011)
- Huffschmidt, Jörg (2004): Was bedeutet Privatisierung? In: Lexikon der Globalisierung. www.taz.de/1/archiv/archiv/?dig=2004/02/02/a0171 (download 10/2011).
- Jacob, Dieter (Hrsg.) (2009): Endbericht zum Forschungsprojekt PPP – Krankenhäuser. Qualitative und quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken. Technische Universität Freiberg, 20.5.2009.

Jacob, Dieter/Neunzehn, Dirk/Uhlig, Thilo (2008): Qualitative und quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken mit Hilfe von PPP. Technische Universität Bergakademie Freiberg. Fakultät für Wirtschaftswissenschaften. Freiburger Arbeitspapiere #01/2008. <http://fak6.tu-freiberg.de/construction-business-management/ppp/#c1096> (download 10/2011).

Kickbusch, Ilona/Hartwig, Kari A./List, Justin M. (ed.) (2006): Globalization, women and health in the 21st century. Palgrave.

Kickbusch, Ilona (2005): Gesundheit als globales öffentliches Gut: eine politische Herausforderung im 21. Jahrhundert. www.ilonakickbusch.com/global-health-governance/kickbuschgesundheitgut2005.pdf (download 10/2011)

Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Paus und Anja Schillhaneck (Bündnis 90/Die Grünen) 2011: Zukunft des Campus Charité Benjamin Franklin. Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 16/13712. www2.anja-schillhaneck.de/uploads/ka16_13712.pdf (download 11/2011).

Köhren, Jens/Truger, Achim/Will, Henner: Die Schuldenbremse: Eine schwere Bürde für die Finanzpolitik. Stellungnahme des IMK in der Hans-Böckler-Stiftung im Rahmen der öffentlichen Anhörung des nordrhein-westfälischen Landtags. Reihe: IMK Policy Brief. Düsseldorf 2009. www.boeckler.de/6299.htm?produkt=HBS-004501&chunk=5 (download 9/2011).

Kösling, Robert (2007): Public Private partnership. Handlungsmöglichkeiten für Personalräte. In: Der Personalrat 1/2007, S. 21-25. www.verdi-wir-in-der-ba.de/pv_info_inhalt/pr_07_01_ppp.pdf (download 10/2011)

Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (2011): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Mit einem Beitrag von Ute Gerhard. Münster: Lit Verlag.

Leidinger, Christiane: Medien – Herrschaft – Globalisierung. Folgenabschätzung zu Medieninhalten im Zuge transnationaler Konzentrationsprozesse. Münster: Westfälisches Dampfboot 2003.

Lindner, Klaus/Krämer, Michael/Priehn, Wiebke (2009): Ist die Bertelsmann Stiftung „gemeinnützig“ im Sinne von Paragraph 52 ff. AO? Eine Expertise unabhängiger Juristen. In: Neue rheinische Zeitung Online-Flyer Nr. 183 vom 04.02.2009. www.nrhz.de/flyer/beitrag.php?id=13431 (download 10/2011).

Lister, John (2003): The PFI-Experience. Voices from the frontline. Interviews with staff in nine PFI hospital schemes in England, Scotland and Wales. London.
www.healthemergency.org.uk/pdf/PFI_experience.pdf (download 10/2011).

Lohmann, Ingrid (2007): Die „gute Regierung“ des Bildungswesens: Bertelsmann Stiftung. In: Wernicke/Bultmann, S. 155-171.

Lohr, Kathleen N./Steinwachs, Donald M. (2002): Health Services Research: An Evolving Definition of the Field, in: HSR: Health Services Research 37:1, S. 15-17.

Lovells LLP/Knütel, Christian (2007): Workshop PPP im Gesundheitswesen. Ausgewählte rechtliche Themen. 11. September 2007. Frankfurt/M.

Lutz, Helma (2007a): Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. Opladen/Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

Lutz, Helma (2007b): „Die 24-Stunden-Polin“ - Eine intersektionelle Analyse transnationaler Dienstleistungen. In: Klinger, Cornelia/Knapp, Gudrun-Axeli/Sauer, Birgit (Hrsg.): Achsen der Ungleichheit. Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität. Frankfurt/M./New York: Campus, S. 210-234.

Lutz, Helma (2003): Ethnizität. Profession. Geschlecht. Die neue Dienstmädchenfrage als Herausforderung für die Migrations- und Frauenforschung. 2. voll. überarb. Aufl., Münster.

Madörin, Mascha (2007): Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie. Eine Forschungsskizze. In: Denknetz. Jahrbuch 2007, S. 141-162. www.denknetz-online.ch/IMG/pdf/Madorin.pdf (download 10/2011)

Mezger, Erika (2011): Der Beitrag großer deutscher Stiftungen zur öffentlichen Gesundheit. In: Schott, Thomas/Hornberg, Claudia (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag, S. 445-457.

Mosebach, Kai: Zwischen Konvergenz und Divergenz: Privatisierungs- und Ökonomisierungsprozesse in europäischen Krankenhaussystemen. In: Böhlke, Nils u.a. (Hrsg.), S. 43-65.

Pfaff, Holger: Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben (2003). In: ders./Schrapp, Matthias/Lauterbach, Karl W./Engelmann, Udo/Halber, Marco (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern: Verlag Hans Huber, S. 13-23.

Pfaff, Holger (2010): Wissens-Update, Teil 1: Rahmenbedingung der Versorgung: der Kontext der Gesundheitsleistung. Vortrag auf dem BMC Fortbildungs-Workshop (Wissens-Update),

20.9.2010, Berlin. www.imvr.uni-koeln.de/uploads/.../Pfaff_H_2010_Wissens-Update1.pdf (download 10/2011).

Pfaff, Holger/Neugebauer, Edmund A. M./Glaeske, Gerd/Schrappé, Matthias (Hrsg.) (2011): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. Stuttgart: Schattauer.

Präsidentinnen und Präsidenten der Rechnungshöfe des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2011): Gemeinsamer Erfahrungsbericht zur Wirtschaftlichkeit von ÖPP-Projekten. Wiesbaden 14.09.2011.

www.rechnungshof-hessen.de/index.php?seite=veroeffentlichungen_publicationen.php&selected=25&selected2=120 (download 2.12.2011).

Rätz, Werner (2011): Gutes Leben für alle. Das Konzept „soziale Infrastruktur“ ermöglicht eine radikale Reformpolitik. In: ak - analyse & kritik 562, 17.6.2011, S. 13.

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2006 [2003]): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern: Hans Huber, 2. überarb. und erw. Aufl.

Rügemer, Werner (2011): Die ersten Public-Private-Partnership-Krankenhäuser in Deutschland. In: Infodienst Krankenhäuser 54/2011 (September), S. 38-42. http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchenpolitik/krankenhaeuser/infodienst_krankenhaeuser/data/Nr.-54-Infodienst-Krankenhaeuser-09-2011.pdf (download 11/2011).

Rügemer, Werner (2008a): „Heuschrecken“ im öffentlichen Raum. Public Private Partnership. Anatomie eines globalen Finanzinstruments. Bielefeld: transcript.

Rügemer, Werner (2008b): Privatisierung in Deutschland: eine Bilanz. Von der Treuhand zu Public Private Partnership. Münster: Westfälisches Dampfboot, 4. überarb. und erw. Aufl.

Rügemer, Werner (2004): Die Berater – Ihr Wirken in Staat und Gesellschaft. Bielefeld: transcript.

Ruehl, Wilhelm/Klönne, Arno (2007): Bertelsmann und Public-Private-Partnership. In: Wernicke/Bultmann, S. 381-394.

Sauer, Birgit (2007) : Öffentliche Güter, Transformation von Staatlichkeit und die Maskulinisierung des Staates. In: AG Frauen im Forum Umwelt und Entwicklung, S. 19-28.

Schiner, Sabine (2011): Öffentlich? Privat? Beides! Pionierarbeit im Klinikbau. Der Neubau zweier kommunaler Krankenhäuser im Hochtaunus-Kreis erfolgt als erster bundesweit in Form einer öffentlich-privaten Partnerschaft. In: Ärztezeitung 20.4.2011.

Schiller, Susanne (2007): Einflussnahme der Bertelsmann Stiftung auf die Reformen im öffentlichen Bereich. Diplomarbeit an der Universität Bremen, FB 11, Studiengang Sozialpädagogik. Bremen, www.anti-bertelsmann.de/2007/EinflussBertelsmannStiftung.pdf (download 9/2011).

Schöller-Schwedes, Oliver (2009): Governance durch Stiftungen. Der Beitrag der Bertelsmann-Stiftung bei der Restrukturierung des öffentlichen Bildungssystems. In: Botzem, Sebastian/ Hofmann, Jeanette/Quack, Sigrid/Folke Schuppert, Gunnar/ Straßheim, Holger (Hrsg.): Governance als Prozess. Koordinationsformen im Wandel. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Schöller, Oliver/Leidinger, Christiane (2007): Medienpolitische Aktivitäten der Bertelsmann-Stiftung. In: Wernicke/Bultmann, S. 87-107.

Schöller, Oliver (2006): Die Bertelsmann-Stiftung – Hegemonie im Bildungsbereich. In: Barth, Thomas: Bertelsmann: Ein globales Medienimperium macht Politik. Hamburg: Anders Verlag, S. 54-70.

Schöller, Oliver (2001): „Geistige Orientierung“ der Bertelsmann-Stiftung. Beiträge einer deutschen Denkfabrik zur gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit. In: Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 122, S. 123-143.

Schuler, Thomas (2010): Bertelsmannrepublik Deutschland. Eine Stiftung macht Politik. Frankfurt/New York: Campus.

Schulten, Thorsten/Böhlke, Nils (2009): Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Patienten. In: Böhlke, Nils u.a, S. 97-123.

Schutte, Jürgen/Waßmuth, Carl (2011): Lunapark21: Privatisierung und Demokratie, Mai 2011. www.ppp-irrweg.de/ag-privatisierung/neuigkeiten/detailansicht/datum/2011/04/25/lunapark21-privatisierung-und-demokratie/?L=2&cHash=4c5b48a40b2d1e34dd2b7d1926b1c2c3 (download 10/2011).

Statistisches Bundesamt (2011): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2009. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Strauss, Bernhard (2008): Psychosoziale Versorgungsforschung. Einführung in ein Schwerpunktthema. In: Psychotherapeut 4/2008, S. 244-253.

Stützle, Ingo (2011): (Dis)harmonisches Dreieck. Ein Gespräch über öffentliche Güter, Grundeinkommen und Commons mit Friederike Habermann, Dagmar Paternoga und Thomas Seibert. In: ak – analyse & kritik 562, 17.6.2011, S. 14 f.

Timmins, Nicholas (2011): Public finances: A divisive initiative. In: Financial Times 7.8.2011.

Timmins, Nicholas/Giles, Chris (2011): Private finance costs taxpayer £20bn. In: Financial Times 7.8.2011.

Vesper, Dieter: Staatsverschuldung und öffentliche Investitionen. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. IMK Policy Brief. Düsseldorf 2/2007.
www.boeckler.de/imk_5036.htm?jahr=2007 (download 11/2011).

Volke, Matthias (2007): Das Konzept „Eigenverantwortung“ und die Individualisierung der Gesundheitsprävention. In: Wernicke/Bultmann, S. 211-223.

Werle, Hermann (2007): Nach der Reform ist vor der Reform. In: Wernicke /Bultmann, S. 225-239.

Wernicke, Jens/Bultmann, Torsten (Hrsg.) (2007): Netzwerk der Macht - Bertelsmann: Der medial-politische Komplex aus Gütersloh. Marburg: BdWi-Verlag, 2. erw. Aufl.