

# **Public Private Partnership (PPP) für Immobilien öffentlicher Krankenhäuser**

**Entwicklung eines PPP-Eignungstests als Entscheidungshilfe für  
kommunale Krankenhäuser und Universitätsklinika**

## **Dissertation**

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor-Ingenieur (Dr.-Ing.)

an der Fakultät Bauingenieurwesen

der Bauhaus-Universität Weimar

vorgelegt von:

**Dipl.-Wirtsch.-Ing. Dirk Daube**

aus Altenburg/ Thür.

Gutachter:

Prof. Dr.-Ing. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Hans Wilhelm Alfen

Prof. Dr.-Ing. Bernd Nentwig

Prof. Dr.-Ing. Dipl.-Wi.-Ing. Kunibert Lennerts

Tag der Disputation: 16. Dez. 2010

---

## Impressum

Schriftenreihe der Professur Betriebswirtschaftslehre im Bauwesen

Herausgeber

© Bauhaus-Universität Weimar

Fakultät Bauingenieurwesen

Professur Betriebswirtschaftslehre im Bauwesen

Univ.-Prof. Dr.-Ing. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Hans Wilhelm Alfen

Marienstraße 7A

D-99423 Weimar

Tel.: (+49) 03643/584592

Autor

Dr.-Ing. Dirk Daube

E-Mail: dirk.daube@web.de

Bezugsmöglichkeit

Verlag der Bauhaus-Universität Weimar

Fax: 03643/581156

E-Mail: verlag@uni-weimar.de

Druck

docupoint Magdeburg GmbH

Umschlaggestaltung

Christian Mohr

ISBN 978-3-86068-439-9

Diese Veröffentlichung steht online als Volltext im Publikationsportal der Bauhaus-Universität Weimar unter folgender URL zur Verfügung: <http://e-pub.uni-weimar.de/volltexte/2011/1536/>

---

## Vorwort des Herausgebers

Der Bedarf an der Optimierung des Mitteleinsatzes für Investitionen und Bewirtschaftung im Gesundheitswesen und insbesondere auch bei Krankenhäusern ist beachtlich. Dies mag auch der Grund sein, warum bereits eine Vielzahl von Modellen zur Verbesserung der Aufgabenwahrnehmung in diesem Sektor entwickelt und ausprobiert wurden. Mit und ohne Privatsektorbeteiligung reichen sie von formalen über funktionale bis hin zu Modellen der materiellen Teil- und Vollprivatisierung. Vieles spricht dafür - und das ist gleichzeitig die grundlegende Arbeitsthese von Herrn Daube - dass auch Modelle der Public Private Partnership (PPP) mit ihrem Lebenszyklusansatz und den anderen effizienzfördernden Merkmalen unter bestimmten Randbedingungen im deutschen Krankenhausbereich einen Beitrag zu den dringend benötigten Investitionen und Effizienzsteigerung leisten können.

Gleichwohl hat sich PPP in Deutschland im Krankenhausbereich noch nicht in dem Maße als Beschaffungsvariante etablieren können wie bei Gebäuden und Anlagen anderer öffentlicher Sektoren wie z.B. des Bildungs-, Verwaltungs- oder Transportsektors. Auch im Vergleich zum Ausland ist die Anwendung gerade in diesem Bereich bisher eher gering. Unter den ohnehin vergleichsweise wenigen Beispielen sind zudem einige Fehlschläge zu verzeichnen. Insofern drängen sich einerseits Fragen nach den genaueren Ursachen und ggf. vorhandenen Hemmnissen für PPP in diesem speziellen Sektor auf. Zum anderen besteht ganz offensichtlich Bedarf dafür, die Eignung von PPP als Beschaffungsvariante schon in einer sehr frühen Entwicklungsphase dieser i.d.R. besonders komplexen Immobilienprojekte verlässlich erkennen zu können.

Hier setzt die Arbeit von Herrn Daube an. Auf der Grundlage einer sehr umfassenden Analyse der krankensektorspezifischen organisatorischen, rechtlichen, wirtschaftlich-finanziellen und (immobilien-)technischen Rahmenbedingungen, einer Auswertung der bereits vorhandenen Projekterfahrung anhand von einschlägigen Fallstudien und mit einem entscheidungstheoretischen Ansatz der Betriebswirtschaftslehre als theoretischem Bezugsrahmen entwickelt er einen spezifischen PPP-Eignungstest sowie einen Katalog von Umsetzungsempfehlungen, mit dem eine erfolgreiche Entwicklung entsprechender Projekte sichergestellt werden soll.

Damit stellt die Arbeit von Herrn Daube nicht nur eine anspruchsvolle, wissenschaftliche Leistung dar, sondern gleichzeitig eine Handlungsgrundlage für Gesetzgeber und Entscheider im Gesundheitssektor sowie v.a. für Projektleiter. Die in vieler Hinsicht bemerkenswerte Arbeit ist also gleichermaßen von wissenschaftlichem wie von praktischem Interesse.

Weimar, im Februar 2011

H.W. Alfen

---

## Vorwort des Autors

Die vorliegende Arbeit entstand während meiner Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Professur Betriebswirtschaftslehre im Bauwesen an der Bauhaus-Universität Weimar. Hier habe ich mich bereits frühzeitig in Forschung und Lehre mit der Beschaffungsvariante Public Private Partnership (PPP) und dem damit verbundenen nachhaltigen lebenszyklusorientierten Immobilienmanagement befasst. Das große Entwicklungspotenzial für PPP im Gesundheitsbereich und der bis dato geringe Informationsstand zu den Hintergründen waren die Auslöser dafür, mich intensiv mit der Materie auseinanderzusetzen.

Mit den nun vorliegenden Ergebnissen hoffe ich, die Anwendung des PPP-Ansatzes im Krankenhausbereich ein Stück weit greifbarer zu machen und einen Beitrag zur sachlichen Diskussion der Chancen und Risiken dieser Investitionsvariante zu leisten. Bei richtiger Ausgestaltung kann sich öffentlichen Krankenhäusern damit ein neuer Weg erschließen, den stetig steigenden Anforderungen, insbesondere an Wirtschaftlichkeit und Effizienz, gerecht zu werden, ohne die eigene Identität und Trägerschaft aufgeben zu müssen.

Die Arbeit wäre ohne die Unterstützung von Praxispartnern, Kollegen und Freunden nicht möglich gewesen. All jenen möchte ich an dieser Stelle herzlich danken.

An vorderster Stelle gebührt mein Dank meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr.-Ing. Hans Wilhelm Alfen, insbesondere für seinen fachlichen Rat und die stetige Motivation zur Verwirklichung eigener Ideen. Das geschenkte Vertrauen und die gewährte Entfaltungsfreiheit bildeten zusammen eine fruchtbare Grundlage für diese Arbeit. Prof. Dr.-Ing. Bernd Nentwig und Prof. Dr.-Ing. Kunibert Lennerts danke ich für ihr Interesse an der Arbeit und die Bereitschaft, diese als Gutachter zu begleiten.

Zu großem Dank verpflichtet bin ich darüber hinaus den Vertretern der Krankenhäuser, die mir für Interviews zur Verfügung standen. Frau Greive, Herr Jacoby, Herr Dr. Wähling, Herr Dölzig, Herr Dr. Wendel, Herr Kampf, Herr Buscher, Herr Rauber, Herr Eckardt sowie Herr Dr. Axer haben durch das Einbringen ihre Projekterfahrung diese Arbeit erst möglich gemacht.

Ein ganz besonderer Dank gilt Frau Daniela Rittmeier und Frau Dr. Susann Cordes für die zahlreichen konstruktiven Gespräche, die mir wichtige Anregungen gegeben haben. Auch die Übernahme des Lektorats war eine große Hilfe.

Von ganzem Herzen danke ich Frau Diana Kußauer, die mich stets unermüdlich unterstützt und in schwierigen Phasen bestärkt hat. Ihr gebührt ein maßgeblicher Anteil am Gelingen dieser Arbeit. Mein Dank gilt auch meiner Tochter Felicitas und meinem Sohn Erik, die mir durch ihre Liebe stets Halt und Kraft gegeben haben.

Weimar, im Februar 2011

Dirk Daube

---

## Inhaltsübersicht

1	EINLEITUNG .....	1
1.1	Problemstellung.....	2
1.2	Stand der Wissenschaft .....	3
1.3	Zielsetzung der Arbeit .....	5
1.4	Theoretischer Bezugsrahmen .....	5
1.5	Aufbau der Arbeit .....	7
2	GRUNDLAGEN DER UNTERSUCHUNG .....	10
2.1	Public Private Partnership (PPP) .....	10
2.2	Öffentliche Krankenhäuser.....	21
2.3	PPP-Eignungstest .....	35
2.4	Zusammenfassung des zweiten Kapitels .....	52
3	SEKTORSPEZIFISCHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PPP .....	53
3.1	Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern .....	53
3.2	Krankenhaus-Immobilien.....	75
3.3	Krankenhausfinanzierung.....	94
3.4	Zusammenfassung des dritten Kapitels .....	121
4	GANG DER UNTERSUCHUNG .....	123
4.1	Konzeption der Fallstudienuntersuchung .....	123
4.2	Ausgewählte Fallstudienprojekte.....	129
4.3	Ausblick auf weitere geplante Projekte .....	141
4.4	Zusammenfassung des vierten Kapitels .....	143
5	ENTWICKLUNG EINES PPP-EIGNUNGSTESTS FÜR IMMOBILIEN- PROJEKTE ÖFFENTLICHER KRANKENHÄUSER .....	144
5.1	Prüfung der grundsätzlichen Realisierbarkeit von PPP.....	144
5.2	Prüfung des Effizienzpotenzials von PPP .....	167
5.3	Ablauf des PPP-Eignungstests .....	209
5.4	Verifizierung des entwickelten PPP-Eignungstests.....	220
5.5	Zusammenfassung des fünften Kapitels .....	232
6	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND AUSBLICK .....	234

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	XII
Tabellenverzeichnis .....	XV
Formelverzeichnis .....	XVI
Abkürzungsverzeichnis .....	XVII
<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Problemstellung .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Stand der Wissenschaft .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Zielsetzung der Arbeit .....</b>	<b>5</b>
<b>1.4 Theoretischer Bezugsrahmen .....</b>	<b>5</b>
<b>1.5 Aufbau der Arbeit .....</b>	<b>7</b>
<b>2 GRUNDLAGEN DER UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Public Private Partnership (PPP) .....</b>	<b>10</b>
2.1.1 Definition .....	11
2.1.2 Einschaltung privater Unternehmen als Erfüllungsgehilfe .....	12
2.1.3 Merkmale .....	13
2.1.4 Gestaltungsformen .....	14
2.1.5 Vertragsmodelle .....	16
2.1.6 Entwicklungsstand von PPP in Deutschland .....	19
<b>2.2 Öffentliche Krankenhäuser .....</b>	<b>21</b>
2.2.1 Begriffliche Grundlagen .....	21
2.2.1.1 Das Krankenhaus als Ort stationärer Gesundheitsversorgung .....	21
2.2.1.2 Krankenhausbegriff .....	22
2.2.1.3 Krankenhaustyp und Zulassungsart .....	23
2.2.1.4 Leistungskapazitäten .....	24
2.2.1.5 Versorgungsstufen .....	25
2.2.2 Abgrenzung öffentlicher Krankenhäuser .....	28
2.2.2.1 Trägerschaft .....	28
2.2.2.2 Rechtsformen .....	31
2.2.2.3 Leistungsangebot .....	33
2.2.3 Ausgangssituation für den Einsatz von PPP .....	34
<b>2.3 PPP-Eignungstest .....</b>	<b>35</b>
2.3.1 Gesetzliche Vorschriften zur Wirtschaftlichkeit .....	35
2.3.1.1 Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit .....	35
2.3.1.2 Anwendung des Wirtschaftlichkeitsprinzips .....	36

2.3.2	Bedeutung der Wirtschaftlichkeit für öffentliche Krankenhäuser.....	38
2.3.2.1	Formalziele öffentlicher Krankenhäuser .....	38
2.3.2.2	Sachziele öffentlicher Krankenhäuser .....	39
2.3.2.3	Zielsystem öffentlicher Krankenhäuser.....	40
2.3.2.4	Bedeutung der Kostenwirtschaftlichkeit.....	41
2.3.3	Untersuchung der Wirtschaftlichkeit mittels PPP-Eignungstest .....	41
2.3.3.1	Wirtschaftlichkeitsuntersuchung im Rahmen des PPP-Beschaffungsprozesses.....	42
2.3.3.2	Inhalt eines PPP-Eignungstest .....	44
2.3.3.3	Erfolgsfaktoren der PPP-Lösung .....	45
2.3.3.4	Prüfkriterien eines PPP-Eignungstests.....	47
2.3.4	Anpassungsbedarf für krankenhausspezifischen PPP-Eignungstest .....	51
<b>2.4</b>	<b>Zusammenfassung des zweiten Kapitels .....</b>	<b>52</b>
<b>3</b>	<b>SEKTORSPEZIFISCHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PPP .....</b>	<b>53</b>
<b>3.1</b>	<b>Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern.....</b>	<b>53</b>
3.1.1	Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe.....	53
3.1.1.1	Arten öffentlicher Aufgaben .....	53
3.1.1.2	Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe .....	56
3.1.1.3	Verantwortung der Länder zur Krankenhausversorgung.....	56
3.1.1.4	Mitwirkungspflicht der Kreise und Gemeinden .....	57
3.1.1.5	Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Krankenhäuser .....	60
3.1.1.6	Gewährleistungsverantwortung der öffentlichen Hand .....	60
3.1.2	Bisherige privatwirtschaftliche Kooperationsformen im Krankenhausbereich .....	62
3.1.2.1	Privatisierungsformen im Krankenhausbereich .....	63
3.1.2.2	Einordnung von PPP als Form der funktionalen Privatisierung ...	65
3.1.2.3	Stufen der Einbeziehung privater Partner.....	67
3.1.2.4	Kooperationsformen der funktionalen Privatisierung .....	68
3.1.3	Neuerungen von PPP gegenüber bestehenden privatwirtschaftlichen Kooperationsformen .....	71
3.1.4	Einfluss der rechtlichen Rahmenbedingungen auf die Umsetzung eines PPP-Projektes .....	74
<b>3.2</b>	<b>Krankenhaus-Immobilien .....</b>	<b>75</b>
3.2.1	Spezifische immobilienwirtschaftliche Merkmale von Krankenhäusern .....	75
3.2.1.1	Einordnung als Sonderimmobilie .....	76
3.2.1.2	Bauliche Strukturen von Krankenhäusern .....	76
3.2.1.3	Drittverwendungsfähigkeit .....	81
3.2.1.4	Lebenszykluskosten .....	82
3.2.1.5	Technische und wirtschaftliche Lebensdauer.....	83
3.2.2	Immobilienwirtschaftliche Dienstleistungen im Krankenhaus.....	83
3.2.2.1	Unterscheidung von Kern- und Unterstützungsleistungen .....	84
3.2.2.2	Sekundärleistungen im Krankenhaus .....	87
3.2.2.3	Tertiärleistungen im Krankenhaus .....	88

3.2.2.4	Krankenhausspezifische Anforderungen an das Facility Management.....	90
3.2.3	Einfluss der Merkmale von Krankenhaus-Immobilien auf die Umsetzung eines PPP-Projektes.....	92
<b>3.3</b>	<b>Krankenhausfinanzierung .....</b>	<b>94</b>
3.3.1	Grundlagen der dualistischen Krankenhausfinanzierung .....	95
3.3.2	Investitionsfinanzierung .....	97
3.3.2.1	Inhalt der Investitionsfinanzierung .....	97
3.3.2.2	Anspruch auf Förderung von Investitionskosten nach KHG .....	98
3.3.2.3	Unterscheidung von Einzelförderung und Pauschalförderung.....	99
3.3.2.4	Praxis der Festbetragsförderung .....	100
3.3.2.5	Rückgang der KHG-Fördermittel zur Investitionsfinanzierung... ..	101
3.3.2.6	Einsatz der Baupauschale in NRW .....	103
3.3.2.7	Investitionsförderung von PPP in Hessen.....	106
3.3.2.8	Anpassung bundesgesetzlicher Vorgaben .....	107
3.3.3	Finanzierung der Betriebskosten.....	108
3.3.3.1	Einführung des DRG-Fallpauschalensystems .....	108
3.3.3.2	Zuordnung zu diagnosebezogenen Fallgruppen .....	109
3.3.3.3	Krankenhausvergütung auf Basis von DRGs .....	112
3.3.3.4	Finanzierung von Instandhaltungskosten .....	115
3.3.4	Investitionsbedarf öffentlicher Krankenhäuser .....	117
3.3.5	Einfluss der Krankenhausfinanzierung auf die Umsetzung eines PPP-Projektes .....	119
<b>3.4</b>	<b>Zusammenfassung des dritten Kapitels.....</b>	<b>121</b>
<b>4</b>	<b>GANG DER UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>123</b>
<b>4.1</b>	<b>Konzeption der Fallstudienuntersuchung.....</b>	<b>123</b>
4.1.1	Methodik.....	123
4.1.2	Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes.....	125
4.1.3	Informationsquellen .....	127
<b>4.2</b>	<b>Ausgewählte Fallstudienprojekte .....</b>	<b>129</b>
4.2.1	Logistikzentrum am Klinikum Dortmund .....	130
4.2.2	Parkhaus am UK Düsseldorf .....	132
4.2.3	Westdeutsches Protonentherapiezentrum Essen (WPE) am UK Essen... ..	134
4.2.4	Nordeuropäisches Radioonkologisches Centrum Kiel (NRoCK) am UK Schleswig-Holstein .....	136
4.2.5	Teilneubau am Klinikum Bremen-Mitte.....	137
4.2.6	U/B West am Klinikum der Universität zu Köln (KUK).....	138
4.2.7	Teilneubau am Allgemeinen Krankenhaus (AKH) Viersen.....	140
<b>4.3</b>	<b>Ausblick auf weitere geplante Projekte .....</b>	<b>141</b>
<b>4.4</b>	<b>Zusammenfassung des vierten Kapitels .....</b>	<b>143</b>

5	ENTWICKLUNG EINES PPP-EIGNUNGSTESTS FÜR IMMOBILIENPROJEKTE ÖFFENTLICHER KRANKENHÄUSER .....	144
<b>5.1</b>	<b>Prüfung der grundsätzlichen Realisierbarkeit von PPP .....</b>	<b>144</b>
5.1.1	Rechtliche Zulässigkeit .....	145
5.1.2	Vereinbarkeit mit den Bedingungen der Investitionskostenförderung .....	146
5.1.3	Politische Unterstützung .....	148
5.1.4	Vereinbarkeit mit strategischer Ausrichtung des Klinikums .....	150
5.1.5	Bestandssicherheit eines Krankenhauses .....	152
5.1.6	Rechtsformadäquates Sicherheitskonzept .....	154
5.1.6.1	Insolvenzfähigkeit der Krankenhausträgersgesellschaft .....	154
5.1.6.2	Erfahrungen in den Fallstudien .....	156
5.1.6.3	Schlussfolgerungen zum Einsatz von Sicherungsinstrumenten .....	157
5.1.7	Abgrenzbarkeit des PPP-Projektes .....	158
5.1.8	Vereinbarkeit des PPP-Vertragsmodells mit bestehender Grundstückseigentümerschaft .....	161
5.1.8.1	PPP-Vertragsmodelle in den Fallstudien .....	161
5.1.8.2	Schlussfolgerungen zum Einsatz von PPP-Vertragsmodellen ..	164
5.1.9	Vereinbarkeit mit bestehenden Vertragsbeziehungen .....	166
<b>5.2</b>	<b>Prüfung des Effizienzpotenzials von PPP .....</b>	<b>167</b>
5.2.1	Höhe des Projektvolumens .....	168
5.2.1.1	Höhe der Investitionskosten .....	168
5.2.1.2	Anteil der Betriebskosten am Projektvolumen .....	170
5.2.1.3	Projektvolumen der Fallstudienprojekte .....	171
5.2.1.4	Schlussfolgerungen zum Prüfkriteriums Projektvolumen .....	172
5.2.2	Dauer der Vertragslaufzeit .....	173
5.2.2.1	Einflussfaktoren auf die Vertragslaufzeit .....	174
5.2.2.2	Vertragslaufzeiten der Fallstudienprojekte .....	174
5.2.2.3	Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium Vertragslaufzeit .....	176
5.2.3	Umfang der Leistungsübertragung .....	177
5.2.3.1	Privater Leistungsumfang in den Fallstudienprojekten .....	177
5.2.3.2	Unterscheidung von Hard und Soft FM Leistungen .....	181
5.2.3.3	Übertragbarkeit des technischen Gebäudemanagements .....	182
5.2.3.4	Übertragbarkeit des infrastrukturellen Gebäudemanagements ..	183
5.2.3.5	Bereitstellung, Wartung und Instandhaltung von Medizintechnik .....	186
5.2.3.5.1	Integration der Medizintechnik in den Fallstudienprojekten .....	187
5.2.3.5.2	Optionen zur Integration der Medizintechnik in ein PPP-Projekt .....	188
5.2.3.6	Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium Leistungsumfang .....	190
5.2.4	Sachgerechte Risikoverteilung .....	191
5.2.4.1	Erfahrungen zur Risikoverteilung in den Fallstudienprojekten ..	192
5.2.4.2	Risikoverteilung am Beispiel des PPP-Projektes am UK Essen ..	193

5.2.4.3	Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium sachgerechter Risikoverteilung.....	194
5.2.5	Einsatz outputorientierter Leistungsbeschreibungen.....	195
5.2.5.1	Zusammensetzung einer outputorientierten Leistungsbeschreibung .....	196
5.2.5.2	Leistungsbeschreibung in den Fallstudien .....	200
5.2.5.3	Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium outputorientierte Leistungsbeschreibung .....	200
5.2.6	Einsatz leistungsorientierter Vergütung.....	201
5.2.6.1	Elemente einer leistungsorientierten Vergütung .....	201
5.2.6.2	Erfahrungen in den Fallstudien .....	203
5.2.6.3	Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium leistungsorientierte Vergütung .....	204
5.2.7	Marktinteresses .....	204
5.2.7.1	Vorgehen bei einer Markterkundung.....	205
5.2.7.2	Markterkundung am Beispiel des Fallstudienprojektes am AKH Viersen.....	205
5.2.7.3	Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium Marktinteresse.....	206
<b>5.3</b>	<b>Ablauf des PPP-Eignungstests .....</b>	<b>209</b>
5.3.1	Vorbereitung.....	209
5.3.1.1	Strategische Vorüberlegungen .....	210
5.3.1.2	Bildung eines Projektteams .....	211
5.3.1.3	Zusammenstellung der Datengrundlage.....	213
5.3.1.4	Festlegung des Kriterienkatalogs.....	215
5.3.2	Durchführung des PPP-Eignungstests .....	217
5.3.3	Auswertung der Ergebnisse des PPP-Eignungstests.....	219
<b>5.4</b>	<b>Verifizierung des entwickelten PPP-Eignungstests .....</b>	<b>220</b>
5.4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse für die Fallstudien-Projekte .....	220
5.4.2	Anwendung des PPP-Eignungstests auf das PPP-Projekt der Hochtaunus-Kliniken.....	223
5.4.3	Abschließende Würdigung der Anwendung an Praxisbeispielen.....	232
<b>5.5</b>	<b>Zusammenfassung des fünften Kapitels.....</b>	<b>232</b>
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND AUSBLICK.....</b>	<b>234</b>
Anhang 1:	Strukturierter Fragebogen .....	XXI
Anhang 2:	Interviewpartner.....	XXV
Anhang 3:	Gliederung des Krankenhauses nach DIN 13080 .....	XXVI
Anhang 4:	Sicherungsinstrumente.....	XXVII
Anhang 5:	Verteilung ausgewählter Risiken im Fallstudienprojekt WPE am UK Essen. ....	XXX
Anhang 6:	Vorschlag zur Risikoallokation bei PPP-Krankenhaus-Projekten.....	XXXII

Anhang 7: Fragebogen zur Markterkundung für das PPP-Projekt am AKH Viersen.....XXXVI  
Anhang 8: Checkliste für Stufe A des PPP-Eignungstests.....XXXVIII  
Anhang 9: Checkliste für Stufe B des PPP-Eignungstests.....XLIV  
  
Quellenverzeichnis .....XLIX  
Index..... XLXXI

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Abgrenzung der praktisch-normativen (entscheidungsorientierten) Betriebswirtschaftslehre als theoretischer Bezugsrahmen.....	6
Abbildung 2:	Systematischer Aufbau der Arbeit.....	9
Abbildung 3:	Innen- und Außenverhältnis bei Einschaltung eines privaten Unternehmens als Erfüllungsgehilfe des öffentlichen Auftraggebers.....	13
Abbildung 4:	Unterscheidung von PPP auf Vertragsbasis und Institutioneller PPP.....	14
Abbildung 5:	Vertragsstruktur bei der Vertrags-PPP.....	15
Abbildung 6:	Vertragsstruktur bei der Institutionellen PPP.....	16
Abbildung 7:	Entwicklung der Anzahl der PPP-Projekte im öffentlichen Hochbau, Stand Dez. 2008.....	20
Abbildung 8:	Verteilung der PPP-Projekte nach Sektoren.....	21
Abbildung 9:	Abgrenzung stationärer Gesundheitseinrichtungen.....	22
Abbildung 10:	Einteilung der Allgemeinen Krankenhäuser nach Anzahl der Betten.....	25
Abbildung 11:	Versorgungsstufen in der Krankenhausbedarfsplanung.....	26
Abbildung 12:	Aufteilung der Allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft 1991 bis 2005.....	30
Abbildung 13:	Aufteilung der Betten in Allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft 1991 bis 2005.....	31
Abbildung 14:	Rechtsformen für Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft.....	32
Abbildung 15:	Rechtsformen öffentlicher Krankenhäuser 2002 bis 2006.....	33
Abbildung 16:	Vergleich des Leistungsumfang der Allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerart.....	34
Abbildung 17:	Arten des Wirtschaftlichkeitsprinzips.....	37
Abbildung 18:	Zielsystem eines öffentlichen Krankenhauses.....	40
Abbildung 19:	Ablauf der Phase I des PPP-Beschaffungsprozesses.....	43
Abbildung 20:	Grundsätzlicher Ablauf einer PPP-Wirtschaftlichkeitsuntersuchung.....	44
Abbildung 21:	Zweck-Mittel-Hierarchie öffentlicher Aufgaben.....	54
Abbildung 22:	Arten öffentlicher Aufgaben.....	54
Abbildung 23:	Systematik der Privatisierungsformen für den Krankenhausbereich.....	65
Abbildung 24:	Verantwortungen von öffentlichem Krankenhausträger und Privatem bei Privatisierungsformen.....	67
Abbildung 25:	Grundlegende Anordnung privatwirtschaftlicher Kooperationsmodelle für öffentliche Krankenhäuser.....	72
Abbildung 26:	Zulässigkeit von PPP als Voraussetzung für die Realisierbarkeit von	

---

PPP.....	74
Abbildung 27: Einordnung von Krankenhäusern in die Typologie der Immobilienarten.....	76
Abbildung 28: Einteilung von Gebäuden und -einheiten eines Krankenhauses nach Technisierungsgrad.....	79
Abbildung 29: Gegenüberstellung zentraler und dezentraler Baustruktur eines Krankenhauses. ....	80
Abbildung 30: Strukturierung eines Krankenhauses nach medizinischen Kompetenzzentren. ....	81
Abbildung 31: Untergliederung der Leistungen im Krankenhaus. ....	86
Abbildung 32: Sekundärleistungen im Krankenhaus. ....	88
Abbildung 33: Tertiärleistungen im Krankenhaus. ....	89
Abbildung 34: Besonderheiten von Krankenhaus-Immobilien. ....	93
Abbildung 35: Zahlungsströme in der duale Krankenhausfinanzierung Deutschlands. ....	96
Abbildung 36: Abgrenzung der Wirtschaftsgüter.....	97
Abbildung 37: Formen der Investitionsförderung nach dem KHG.....	99
Abbildung 38: Investitionsförderung der Krankenhäuser durch die Länder 1991-2006. ...	102
Abbildung 39: Inkompatibilität von Förderverfahren und PPP-Beschaffungsverfahren vor dem Jahr 2008 in Hessen, vereinfachte Darstellung.....	106
Abbildung 40: Grundprinzip der Zuordnung von Behandlungen zu einer abrechenbaren DRG. ....	111
Abbildung 41: Bugetermittlung in der Konvergenzphase. ....	114
Abbildung 42: Krankenhausvergütung auf Basis der DRGs. ....	115
Abbildung 43: Formen der Förderung von Instandhaltungskosten. ....	116
Abbildung 44: Entwicklung des Krankenhausmarktes. ....	118
Abbildung 45: Einordnung der Fallstudienanalyse in die Forschungsmethodik.....	124
Abbildung 46: PPP-Projektstruktur für den Neubau eines Logistikzentrums am Klinikum Dortmund. ....	131
Abbildung 47: PPP-Projektstruktur für den Neubau eines Parkhauses am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD). ....	133
Abbildung 48: PPP-Projektstruktur für den Neubau des WPE am UK Essen. ....	135
Abbildung 49: PPP-Projektstruktur für den Neubau des NRoCK am UK S-H.....	137
Abbildung 50: Grundstrukturen zum Einsatz von PPP als Beschaffungsvariante.....	159
Abbildung 51: Geeignete Einsatzbereiche der PPP-Vertragsmodelle im Krankenhausbereich. ....	165
Abbildung 52: Abhängigkeit von PPP-Finanzierungskosten und Umfang der Betriebsleistungen.....	170

Abbildung 53: Outputorientierte Leistungsbeschreibung als Bestandteil des Planungsprozesses bei PPP-Projekten.....	197
Abbildung 54: Ablauf des PPP-Eignungstests.....	209
Abbildung 55: Projektorganisation für ein PPP-Projekt eines öffentlichen Krankenhauses.....	212
Abbildung 56: Prüfalgorithmus für ein einzelnes Prüfkriterium.....	218
Abbildung 57: Übersicht zum zweistufigen Ablauf des PPP-Eignungstests.....	219

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Prinzipielle Gestaltung der Eigentumsrechte und typische Risikoverteilung der PPP-Vertragsmodelle. ....	18
Tabelle 2:	Marktanteile der Krankenhaustypen, Stand 2006. ....	24
Tabelle 3:	Zukunftsweisende Krankenhaustypen. ....	28
Tabelle 4:	Erfolgsfaktoren einer PPP-Lösung. ....	46
Tabelle 5:	Prüfkriterien eines PPP-Eignungstests. ....	49
Tabelle 6:	Arten gemeindlicher Aufgaben. ....	58
Tabelle 7:	Einordnung von PPP in die Privatisierungssystematik. ....	66
Tabelle 8:	Funktionsbereiche eines Krankenhauses und zugehörige Raumeinheiten. ....	78
Tabelle 9:	Baufolgekosten unterschiedlicher Gebäudearten. ....	82
Tabelle 10:	Technische Lebensdauer ausgewählter Komponenten eines Krankenhausgebäudes. ....	83
Tabelle 11:	Einfluss von Krankenhaus-Immobilien auf die Realisierbarkeit von PPP. ....	94
Tabelle 12:	Einfluss der Krankenhausfinanzierung auf die Realisierbarkeit von PPP. .	120
Tabelle 13:	Ausgewählte PPP-Projekte im Krankensektor Deutschlands. ....	126
Tabelle 14:	Informationsquellen für die Fallstudienanalyse. ....	128
Tabelle 15:	Übersicht zu Projektbezeichnung und Kurztitel der Fallstudienprojekte. ...	129
Tabelle 16:	PPP-Vertragsmodelle der Fallstudien-Projekte. ....	163
Tabelle 17:	Investitionsvolumen in den Fallstudien. ....	171
Tabelle 18:	Bauzeit und vertragliche Betriebslaufzeit in den untersuchten Fallstudienprojekten. ....	175
Tabelle 19:	Übersicht zum Projektanteil der privaten Partner in den Fallstudien. ....	178
Tabelle 20:	Projektanteil privater Partner in den Fallstudien während der Betriebsphase. ....	179
Tabelle 21:	Bereitstellung medizin-technischer Großgeräte in den Fallstudienprojekten. ....	187
Tabelle 22:	Prüfkriterien der Stufe A des PPP-Eignungstests im Überblick. ....	215
Tabelle 23:	Prüfkriterien der Stufe B des PPP-Eignungstests im Überblick. ....	216
Tabelle 24:	Ergebnisse der Stufe A des PPP-Eignungstests für die Fallstudienprojekte. ....	221
Tabelle 25:	Ergebnisse der Stufe B des PPP-Eignungstests für die Fallstudienprojekte. ....	221

## Formelverzeichnis

Formel 1:	Berechnung von Case-Mix und Case-Mix-Index.....	112
Formel 2:	Grundformel zur Bestimmung des Basisfallwertes.....	113

---

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AbgrV	Abgrenzungsverordnung
Abs.	Absatz
ABWL	Allgemeine Betriebswirtschaftslehre
AG	Arbeitgeber / Aktiengesellschaft / Arbeitsgruppe
AKH	Allgemeines Krankenhaus
AN	Auftragnehmer
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
AöR	Anstalt öffentlichen Rechts
Art.	Artikel
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGF	Bruttogrundfläche
BHO	Bundshaushaltsordnung
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bauen und Stadtentwicklung
BMVBW	Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen
BOT	Build-Operate-Transfer
BWL	Betriebswirtschaftslehre
bzw.	beziehungsweise
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
DIFU	Deutsches Institut für Urbanistik
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
EK	Eigenkapital
et al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera (und so weiter)

## Verzeichnisse

---

EU	Europäische Union
FK	Fremdkapital
FM	Facility Management
FMK	Finanzministerkonferenz
FPK	Föderales PPP Kompetenznetzwerk
GEFMA	German Facility Management Association
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
HDB	Hauptverband der Deutschen Bauindustrie e.V.
HMG	Hochschulmedizingesetz
i. S.	im Sinne
i.d.R.	In der Regel
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH
inkl.	inklusive
KBM	Klinikum Bremen-Mitte
KG	Kompetenzgruppe
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KSchG	Kündigungsschutzgesetz
KUK	Klinikum der Universität zu Köln
MDC	Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Categories)
Mio.	Million
NAO	National Audit Office (Rechnungshof des Vereinigten Königreichs Großbritannien)
ND	Nutzungsdauer
Nr.	Nummer
NRoCK	Nordeuropäisches Radioonkologisches Centrum Kiel
NRW	Nordrhein-Westfalen
o.ä.	oder ähnlich
ÖPP	Öffentlich Private Partnerschaften (synonym für Public Private Partnership)

---

ÖTV	Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr
PCCL	Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PEAT	Patient Environment Action Team
PF	Projektfinanzierung
PFI	Project Finance Initiative
PPP	Public Private Partnership
Rn.	Randnummer
SGB	Sozialgesetzbuch
S-H	Schleswig-Holstein
TED	Tenders Electronic Daily (Supplements zum Amtsblatt der Europäischen Union)
u.a.	unter anderem
U/B	Untersuchungs- und Behandlungsbereich
UK	Universitätsklinikum
UKD	Universitätsklinikum Düsseldorf
v.	von
v. H.	von Hundert
Vgl.	Vergleiche
VIFG	Verkehrsinfrastrukturfinanzierungsgesellschaft mbH
VV	Verwaltungsvorschrift
WPE	Westdeutsches Protonentherapiezentrum Essen gGmbH
WR	Wissenschaftsrat
WTZ	Westdeutsches Tumorzentrum



## 1 EINLEITUNG

Public Private Partnership (PPP) setzt sich zunehmend als alternative Beschaffungsvariante für die öffentliche Hand durch. Speziell im Krankenhausbereich bestehen zwar erste Erfahrungen mit PPP, allerdings kann hier im Gegensatz zu anderen öffentlichen Bereichen noch nicht von einer Etablierung gesprochen werden. In vielen Krankenhäusern besteht Unklarheit über dieses neue Organisationskonzept. Was steckt hinter diesem Begriff, der teilweise synonym zur „Privatisierung“ verwendet wird?

Ausgehend von dieser Fragestellung wird in der vorliegenden Arbeit gezeigt, dass PPP bei richtiger Anwendung eine Alternative zum Verkauf eines öffentlichen Krankenhauses darstellt. PPP ist ein Instrument, mit dem privates Know-how und Kapital für den öffentlichen Krankenhausträger nutzbar gemacht wird. Die öffentliche Trägerschaft des Krankenhauses bleibt dabei, im Gegensatz zu einer materiellen Privatisierung, erhalten.

Die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens stellen insbesondere die öffentlichen Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Die Lage ist zunehmend geprägt von Mittelknappheit, Sanierungsstau und stetig steigendem Wettbewerbsdruck um die Patienten. Die Reformbemühungen der Bundesregierung zur Senkung der Gesundheitsausgaben haben in den letzten Jahrzehnten zu immer neuen Gesetzesregelungen in immer kürzeren Zeitabständen geführt. Den bisher letzten großen Schritt in dieser Entwicklung stellt die Umstellung der Krankenhausvergütung auf DRG-Fallpauschalen dar. Die Auswirkungen sind insbesondere in den öffentlichen Krankenhäusern zu spüren. Defizitäre Einrichtungen, die bisher durch Subventionen gestützt wurden, werden nun nicht mehr „künstlich am Leben“ erhalten.<sup>1</sup> Alle Krankenhäuser erhalten eine leistungsorientierte Vergütung, weitgehend unabhängig von den krankenhausspezifisch anfallenden Kosten.<sup>2</sup>

Durch diese Entwicklungen wurde das Bestreben in den Krankenhäuser, die internen Leistungsprozesse zu optimieren, weiter forciert. Dabei kommt den mit der Gebäudesubstanz verbundenen Leistungen eine besondere Bedeutung zu.<sup>3</sup> Aufgrund hoher Investitionskosten und bedeutender Aufwendungen in der Nutzungsphase erreichen die nicht-medizinischen Leistungen in einem Krankenhaus einen beachtlichen Anteil an den Gesamtkosten. Fast ein Drittel der Krankenhaus-Kosten steht nicht in direkter Beziehung zum Heilungsprozess.<sup>4</sup> In Deutschland macht dieser Anteil der nicht-medizinischen Abläufe jährlich rd. 18 Mrd. Euro aus.<sup>5</sup>

Das Optimierungspotenzial des nicht-medizinischen Leistungsbereichs, der auch die bau- und immobilienwirtschaftlichen Leistungen umfasst, wird bisher oft noch unterschätzt und ist in den meisten Fällen noch nicht ausgeschöpft.<sup>6</sup> Allein schon aufgrund dessen finanzieller

---

<sup>1</sup> Vgl. Ziegenbein (2001), S. 3.

<sup>2</sup> Vgl. zur DRG-Systematik die Ausführungen in Abschnitt 3.3.

<sup>3</sup> Vgl. Daube et al. (2005), S. 1083.

<sup>4</sup> Vgl. Lennerts (2009), S.167. Demnach liegt der Kostenanteil für das Facility Management in Krankenhäusern bei ca. 20 bis 30 % der Gesamtkosten.

<sup>5</sup> Vgl. Abel (2007), S.9 und 13.

<sup>6</sup> Untersuchungen im Rahmen des Forschungsprogramms OPIK haben gezeigt, dass bei den Kosten, die im Zusammenhang mit Facility Management Dienstleistungen stehen, ein hohes Kostensenkungspotenzial besteht. In den durchgeführten Berechnungen für ausgewählte Krankenhäuser wurde ein durchschnittlicher Wert von 24 % ermittelt. Vgl. Abel/ Lennerts (2006), S. 8.

Bedeutung bedarf es einer verstärkten wissenschaftlichen Auseinandersetzung.<sup>7</sup> Dieser Notwendigkeit ist bisher noch unzureichend Rechnung getragen worden.

Die vorliegende Arbeit will mit der Erforschung der Anwendbarkeit von PPP für Krankenaus-Immobilien einen Beitrag dazu leisten, diese Lücke zu schließen. Mit dieser für den deutschen Krankenhausbereich neuartigen Beschaffungsvariante wird ein Weg aufgezeigt, wie bei den nicht-medizinischen Leistungen nachhaltig Effizienzpotenziale erschlossen werden können und auf diese Weise ein Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg des gesamten Krankenhauses erzielt werden kann.

### 1.1 Problemstellung

In Deutschland stieg die Anzahl an PPP-Projekten in den letzten Jahren stetig an, wodurch PPP heute in vielen Bereichen des öffentlichen Hochbaus eine etablierte Beschaffungsalternative darstellt.<sup>8</sup>

Als einer der wesentlichen **Auslöser** der zunehmenden Verbreitung von PPP ist die schwierige Finanzlage vieler Kommunen und Länder anzusehen. In den deutschen Gebietskörperschaften haben Einsparungen bei baulichen Investitionen im öffentlichen Bereich zu einem hohen Investitionsstau geführt.<sup>9</sup> PPP stellt einen Weg dar, den Investitionsbedarf schneller und effizienter zu decken als bisher. Effizienter, da insbesondere durch die Ausrichtung auf den Lebenszyklus laut Untersuchungen mit PPP Effizienzvorteile von 10 bis 20 Prozent der gesamten Lebenszykluskosten gegenüber konventionellen Realisierungen möglich sind. Schneller, da durch den Einsatz von privatem Kapital ein Vorziehen von dringend notwendigen Investitionen ermöglicht wird.<sup>10</sup> Rationalisierungseffekte können dann frühzeitiger genutzt und zur Refinanzierung der Investitionen eingesetzt werden.<sup>11</sup>

Im Krankenhausbereich ist das Missverhältnis zwischen benötigten und durch die öffentliche Hand bereitgestellten Investitionsmitteln besonders groß. Vielerorts werden dadurch heute Baustrukturen genutzt, die einer wirtschaftlichen Betriebsführung entgegenstehen. Der erhebliche Bedarf an kurzfristig zu realisierenden Ersatzneubauten kann auf konventionellem Wege nicht gedeckt werden.<sup>12</sup>

Der **Handlungsdruck** zu baulichen Neustrukturierungen wird noch verstärkt durch die erfolgte Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRG-Pauschalen und den sich damit weiter verschärfenden Wettbewerb untereinander. In den Krankenhäusern ist u.a. deshalb ein zunehmendes Interesse an alternativen, insbesondere privatwirtschaftlichen Konzepten für

---

<sup>7</sup> Vgl. Abel (2007), S. 9.

<sup>8</sup> Vgl. Cordes (2009), S. 1.

<sup>9</sup> Basierend auf Untersuchungen im Jahr 2001 stellte das Deutschen Instituts für Urbanistik (DIFU) bereits fest, dass allein der kommunale Investitionsbedarf für die Jahre 2000 bis 2009 rd. 686 Mrd. Euro betrug. Vgl. DIFU (2002), S. 336. In einer aktuellen Studie wird der Investitionsbedarf für den Zeitraum von 2006 bis 2020 mit 704 Mrd. Euro angegeben. Daran zeigt sich, dass der zur Jahrtausendwende bestehende Investitionsstau nicht abgebaut werden konnte. Vgl. dazu DIFU (2008) S. 19, wobei die Angaben in Preisen des Jahres 2000 erfolgen.

<sup>10</sup> Dabei ist zu beachten, dass PPP kein „Bauen ohne Geld“ darstellt. Haushaltsfinanzierte PPP-Projekte müssen ebenso wie bei der konventionellen Realisierung vom öffentlichen Projektträger durch ein Leistungsentgelt an den Privaten bezahlt werden. Vgl. u.a. Cordes (2009), S. 2.

<sup>11</sup> Daube et al. (2005), S. 1083.

<sup>12</sup> Vgl. Alfen/ Daube (2007), S. 206.

Planung, Erstellung, Finanzierung und Betrieb von Krankenhaus-Immobilien festzustellen.<sup>13</sup> Dennoch haben erst vereinzelt öffentliche Krankenhäuser PPP-Projekte realisiert. Mehrere initiierte PPP-Projektentwicklungen mussten abgebrochen werden. Im Gegensatz zum Einsatz bei Schul- oder Verwaltungsbauten hat sich diese neue Beschaffungsvariante für Krankenhäuser und deren Immobilienbestände noch nicht durchgesetzt.<sup>14</sup>

Dabei sind privatwirtschaftliche Kooperationen in deutschen Krankenhäusern seit langem weit verbreitet. Private Unternehmen werden auf vielfältige Weise, insbesondere im Bereich der Unterstützungsleistungen, eingesetzt.

Doch anders als bei den bereits etablierten privatwirtschaftlichen Kooperationsformen liegen zu PPP speziell für den Einsatz im Krankenhausbereich in Deutschland bisher nur begrenzt Informationen vor, was zu missverständlichen Deutungen von PPP beigetragen hat. Nicht selten ist bei Krankenhausvertretern eine Gleichsetzung von PPP mit der materiellen Privatisierung festzustellen. Dieser Ansatz wird der alternativen Beschaffungsvariante PPP nicht gerecht.

Ein Blick nach Großbritannien zeigt, dass PPP erfolgreich im Gesundheitssektor eingesetzt werden kann. Mit einer großen Anzahl an Projekten stellt PPP dort sogar die dominierende Beschaffungsvariante für Krankenhausneubauten dar.<sup>15</sup> Ein ähnliches Bild zeigt sich in Frankreich, wo PPP ebenfalls bereits in mehreren Projekten im Krankenhausbau angewendet wurde.<sup>16</sup>

Anhand der dargestellten Problemstellung zeigt sich der Bedarf für eine wissenschaftliche Untersuchung der Anwendbarkeit von PPP für öffentliche Krankenhäuser in Deutschland. Bevor darauf basierend die Zielstellung der vorliegenden Arbeit konkretisiert wird, soll der Stand bisheriger Forschungen aufgezeigt werden.

## 1.2 Stand der Wissenschaft

Um sich der Thematik PPP im Krankenhausbereich zu nähern, wird auf mehrere ineinandergreifende Wissenschaftsgebiete aufgebaut. Zunächst soll auf den Stand der Forschung im Bereich PPP eingegangen werden. Die zunehmende Verbreitung von PPP in Deutschland wurde durch vielfältige wissenschaftliche Untersuchungen und Beiträge vorbereitet und begleitet, wobei die Erfahrungen im Ausland zwar einbezogen, aber aufgrund der vielfältigen Unterschiede z.B. im Recht- und Steuersystem sowie dem Staatsaufbau nur bedingt übertragbar sind.

Insbesondere aufbauend auf den Arbeiten von BUDÄUS, der in den 90er Jahren damit begann, theoretische Grundlagen für die Zusammenarbeit von öffentlicher und privater Hand herzuleiten,<sup>17</sup> sind die Autoren neuerer Arbeiten dazu übergegangen, spezifische Teilberei-

---

<sup>13</sup> Buscher (2005), S.183: „Etwa ein Drittel aller Krankenhäuser prüft eine Kooperation mit einem Investor, hochgerechnet auf ganz Deutschland sind dies ca. 700 Krankenhäuser.“

<sup>14</sup> Vgl. die Projektübersicht zu PPPs im deutschen Krankenhauswesen in Abschnitt 4.1.2.

<sup>15</sup> Vgl. Department of Health (2009), Die Liste gibt mehr als 30 PPP-Projekte an, die im Krankenhausbereich umgesetzt wurden.

<sup>16</sup> Béréhouc (2009). Demnach befinden sich 12 PPP-Projekte im Krankenhausbereich im laufenden Betrieb und 30 weitere im Bau.

<sup>17</sup> Vgl. Budäus (1998); Budäus (2004a); Budäus (2004b); Budäus (2005); Budäus (2006); Budäus/ Grüb (2007).

che zu beleuchten. So setzen sich Arbeiten mit dem Beschaffungsprozess,<sup>18</sup> den Organisationsmodellen,<sup>19</sup> der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung,<sup>20</sup> dem Risikomanagement,<sup>21</sup> der Finanzierung<sup>22</sup> von PPP-Projekten oder der Ausgestaltung der Leistungsbeziehungen auseinander.<sup>23</sup> Auch hinsichtlich der Einsatzgebiete von PPP sind in den neueren wissenschaftlichen Untersuchungen Spezialisierungen zu erkennen, beispielsweise die Fokussierung auf kleine und mittelständische Unternehmen als private Partner<sup>24</sup> oder die Nutzung von PPP zur Beschaffung von Schulen,<sup>25</sup> Hochschulen<sup>26</sup> oder auch Müllverbrennungsanlagen.<sup>27</sup>

Neben PPP bezieht die vorliegende Arbeit das Wissenschaftsgebiet des Bau- und Immobilienmanagements ein. Zu deren Erforschung bei Krankenhäusern haben die Arbeiten im Rahmen des Forschungsprojektes OPIK (Optimierung und Analyse von Prozessen in Krankenhäusern) maßgeblich beigetragen. Darin wurden neue Erkenntnisse zu den bau- und immobilienwirtschaftlichen Leistungen im Krankenhaus herausgearbeitet, die als wichtige Grundlage in diese Arbeit einbezogen wurden.<sup>28</sup> Darüber hinaus wurden auch die Überlegungen von FROSCH/ HARTINGER/ RENNER<sup>29</sup> sowie JEDERSBERGER/ ALTMANN<sup>30</sup> berücksichtigt, die konkrete Optimierungspotenziale für das Gebäudemanagement im Krankenhaus aufzeigen.

Die Verbindung beider Wissenschaftsgebiete zur Erforschung der Anwendung von PPP im Krankenhausbereich steht noch am Anfang. Erst in der jüngeren Vergangenheit sind hierzu erste Untersuchungen vorgenommen wurden. ENNEMANN hat sich in einer institutionenökonomischen Analyse mit dem Einfluss von PPP auf die Krankenhausführung auseinandergesetzt.<sup>31</sup> Mit der Darstellung des Beschaffungsprozesses eines PPP-Projektes unter Berücksichtigung krankenhausspezifischer Aspekte hat sich FUNKE in ihrer Arbeit beschäftigt.<sup>32</sup> Einen Beitrag zur Verteilung der Risiken in einem PPP-Krankenhausbauprojekt leistet JACOB, indem die Erfahrungen in Großbritannien und Frankreich ausgewertet werden.<sup>33</sup>

In den bisherigen Arbeiten mit Bezug zur Thematik PPP im Krankenhaus dominieren wenig reflektierte Ableitungen aus ausländischen Erfahrungen. Die Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens werden dabei oftmals vernachlässigt, sodass nur ein begrenzter Nutzen für öffentliche Krankenhäuser in Deutschland gegeben ist. Es besteht daher ein konkreter **Bedarf** für Untersuchungen zur Umsetzung von Immobilien-Projektentwicklungen als PPP, welche die speziellen Verhältnisse im deutschen Gesundheitssektor berücksichtigen.

---

<sup>18</sup> Vgl. Alfen/ Fischer (2006); Alfen/ Fischer (2006a); Kohnke (2002).

<sup>19</sup> Vgl. Mühlkamp (1997); Strohbach (2000); Werding (2005).

<sup>20</sup> Vgl. Gottschling (2005).

<sup>21</sup> Vgl. Elbing (2006); Pfnür et al. (2008).

<sup>22</sup> Vgl. Cordes (2009); Boll (2007); Miksch (2007).

<sup>23</sup> Vgl. Fischer (2008).

<sup>24</sup> Vgl. Schaedel (2008).

<sup>25</sup> Vgl. Gottschling (2005).

<sup>26</sup> Vgl. Alfen et al. (2008).

<sup>27</sup> Vgl. Kleiss (2008).

<sup>28</sup> Vgl. u.a. Abel/ Lennerts (2006); Abel (2007); Diez (2009).

<sup>29</sup> Vgl. Frosch/ Hartinger/ Renner (2001).

<sup>30</sup> Vgl. Frosch (2001).

<sup>31</sup> Vgl. Ennenmann (2003).

<sup>32</sup> Vgl. Funke (2005).

<sup>33</sup> Vgl. Jacob (2009a).

Darüber hinaus fehlen bisher wissenschaftliche Auswertungen der ersten PPP-Pilotprojekte öffentlicher Krankenhäuser. Auch wenn es sich erst um einige wenige Projekte handelt, die bislang gestartet wurden, so können die Erfahrungen doch zur Begründung sowie Optimierung zukünftiger Projektentwicklungen genutzt werden.

### 1.3 Zielsetzung der Arbeit

Aus der aufgezeigten Problemstellung leitet sich die Fragestellung ab, warum PPP im Krankenausbau in Deutschland bisher kaum eingesetzt wird. Die Erforschung der Hintergründe für die bisher nicht erreichte Etablierung von PPP als Beschaffungsvariante für öffentliche Krankenhäuser stellt eine zentrale Zielstellung dieser Arbeit dar.

Es sollen die sektorspezifischen Rahmenbedingungen für PPP im Krankenhausbereich systematisch analysiert werden und deren Einfluss auf PPP-Projekte offengelegt werden. Damit soll eine transparente Ausgangslage für den Einsatz von PPP geschaffen werden. In diesem Zusammenhang soll auch untersucht werden, wie sich PPP von bisher im Krankenhausbereich eingesetzten privatwirtschaftlichen Kooperationsformen abgrenzt und warum diese Beschaffungsvariante eine sinnvolle Alternative zu diesen Verfahren darstellen kann.

Um den öffentlichen Krankenhäusern PPP als alternative privatwirtschaftliche Kooperationsform erschließen zu können, sollen des Weiteren die Voraussetzungen eruiert werden, die für eine erfolgreiche Umsetzung zu erfüllen sind. Dabei wird die **Hypothese** vertreten, dass PPP auch im deutschen Krankenhauswesen etabliert werden kann, wenn die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Einsatz in diesem Sektor bekannt sind und diese bei der Projektentwicklung Beachtung finden.

Um für die Zielgruppe dieser Arbeit, die öffentlichen Krankenhausträger bzw. die Krankenhausleitung, einen möglichst großen praktischen Nutzen zu generieren, sollen die Ergebnisse der Arbeit zu einem PPP-Eignungstest verdichtet werden. Mit dessen Hilfe soll frühzeitig erkennbar werden, ob PPP eine geeignete Beschaffungsvariante zur Realisierung einer angestrebten Projektentwicklung im Krankenhausbereich darstellt.

Zur Unterstützung der Anwender des PPP-Eignungstests wird zudem die Ableitung von Gestaltungsempfehlungen angestrebt, die zu einer möglichst umfänglichen Erfüllung der gestellten Anforderungen beitragen. Die Vorschläge für die Konzeption eines PPP-Krankenhausprojektes sollen auch zur Optimierung begonnener Projektentwicklungen dienen.

Insgesamt soll mit der Arbeit ein Beitrag zur Etablierung der Beschaffungsvariante PPP im Krankenhausbereich geleistet werden. Dabei wird allerdings nicht die Verdrängung bisheriger Kooperationsformen und anderer Optimierungsmaßnahmen angestrebt, sondern die Erweiterung des Spektrums an Möglichkeiten, dass öffentlichen Krankenhäusern zur Verfügung steht.

### 1.4 Theoretischer Bezugsrahmen

Der Arbeit liegt der entscheidungstheoretische Ansatz der Betriebswirtschaftslehre als Bezugsrahmen zugrunde. Dieser Ansatz hat die Darstellung, Erklärung und Gestaltung von be-

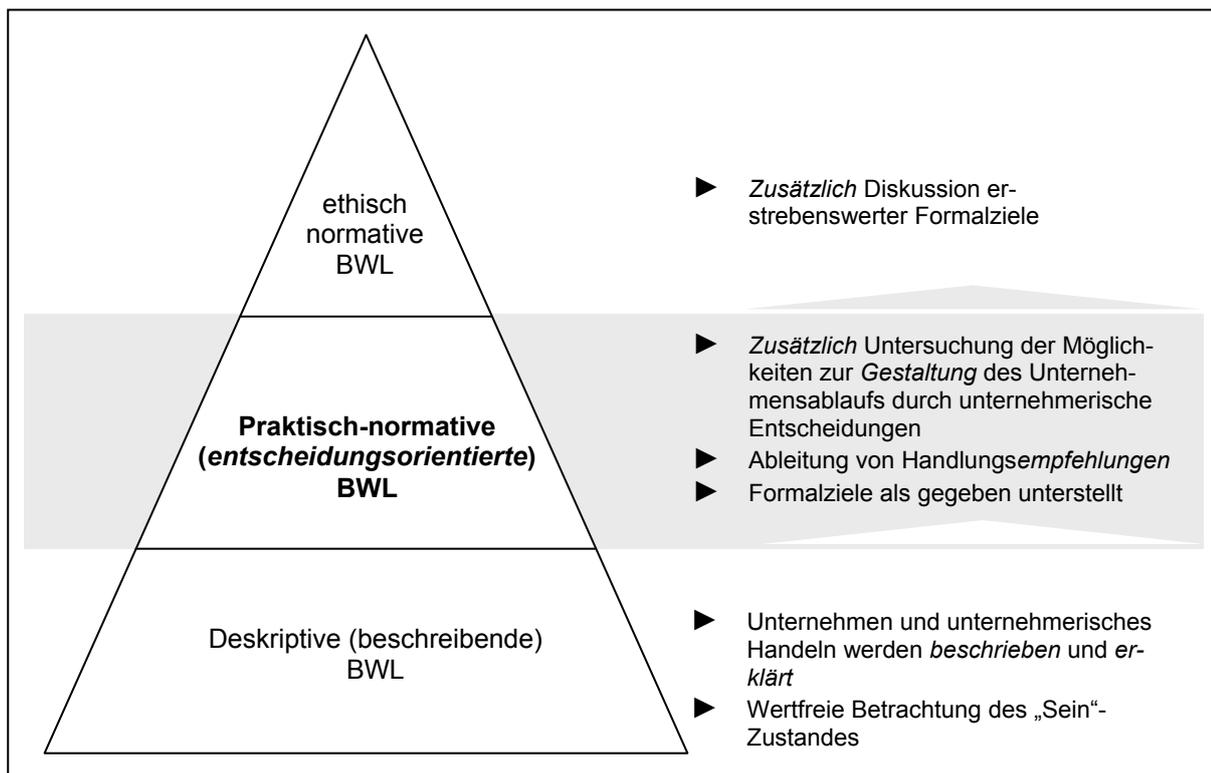
## 1. Einleitung

### Theoretischer Bezugsrahmen

---

triebswirtschaftlichen Problemstellungen zum Gegenstand. Er beruht auf der Entscheidungstheorie, bei der Probleme der Entscheidungsfindung im Mittelpunkt stehen.<sup>34</sup>

In Abbildung 1 werden die Formen der Betriebswirtschaftslehre aufgezeigt und der entscheidungsorientierte Ansatz abgegrenzt. Während sich der deskriptive Ansatz auf das Beschreiben und Erklären von Unternehmen und ihrem Handeln beschränkt, bezieht der praktisch-normative bzw. entscheidungsorientierte Ansatz auch die Gestaltungsmöglichkeiten der Unternehmen durch das Treffen von Entscheidungen mit in die Untersuchungen ein.



**Abbildung 1: Abgrenzung der praktisch-normativen (entscheidungsorientierten) Betriebswirtschaftslehre als theoretischer Bezugsrahmen.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Domschke/ Scholl (2004), S. 16.

Der dritte Ansatz der ethisch normativen Betriebswirtschaftslehre steht an der Spitze der Pyramiden-Darstellung, da bei diesem auch die Formalziele zur Diskussion stehen, die beim entscheidungsorientierten Ansatz noch als gegeben unterstellt werden.<sup>35</sup> Dieser Arbeit wird der entscheidungstheoretische Ansatz zugrunde gelegt, was bedeutet, dass die Formalziele eines öffentlichen Krankenhauses als Grundlage vorangestellt werden und nicht Gegenstand der Untersuchung sind.<sup>36</sup>

In der vorliegenden Arbeit wird in Form eines PPP-Eignungstests ein **qualitatives Entscheidungsmodell** entwickelt. Als Element der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre dienen Entscheidungsmodelle zur Vorbereitung und zum Treffen von Entschei-

---

<sup>34</sup> Vgl. Laux (2003), S. 13.

<sup>35</sup> Dem praktisch normativem Ansatz und den ethisch normativem Ansatz der Betriebswirtschaftslehre liegt die präskriptive (normative) Entscheidungstheorie zugrunde, die von der deskriptiven (beschreibenden, empirisch-realistischen) Entscheidungstheorie abzugrenzen ist.

<sup>36</sup> Vgl. zu den Formalzielen öffentlicher Krankenhäuser Abschnitt 2.3.2.1.

dungen. Diese Aufgabe kommt auch dem PPP-Eignungstest zu, wenn in öffentlichen Krankenhäusern über die Art und Weise einer Projektrealisierung entschieden wird. Bei „Make-or-buy“-Entscheidungen soll er Anhaltspunkte für bzw. gegen die Nutzung von PPP gegenüber einer konventionellen Realisierung aufzeigen und die Grundlagen für eine begründete Bevorzugung einer der beiden Varianten legen.

Die Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Entscheidungsträger ist ein zentrales Anliegen des entscheidungsorientierten Ansatzes. Dieser Ausrichtung folgt die Arbeit, indem Umsetzungs- und Gestaltungsmöglichkeiten für PPP-Projekte öffentlicher Krankenhäuser aufgezeigt werden.

Bei einem Entscheidungsmodell lassen sich mehrere Bestandteile unterscheiden, von denen vier Basiselemente darstellen. Auf diesen Basiselementen beruht auch der PPP-Eignungstest dieser Arbeit, wie die der Aufzählung nachfolgenden Erläuterungen verdeutlichen.

- Ziele bzw. Präferenzen des Entscheidungsträgers
- Die Handlungsalternativen
- Umweltzustände bzw. -situation
- Konsequenzen bzw. Ergebnisse von Aktionen und Umwelteinflüssen

Als Zielstellung der Entscheidungsträger in den öffentlichen Krankenhäusern wird bei der Anwendung des PPP-Eignungstests vorausgesetzt, dass der effizienteste Beschaffungsweg gefunden werden soll.<sup>37</sup> Als Handlungsalternativen werden die PPP-Realisierung und die konventionelle Umsetzung unterschieden. Eine Betrachtung weiterer Realisierungsvarianten ist denkbar, wird zur Eingrenzung der Arbeit aber nicht weiterverfolgt.<sup>38</sup> Die Umweltsituation wird insbesondere durch die sektorspezifischen Rahmenbedingungen des Krankenhausbereichs und herrschende projektspezifischen Bedingungen bestimmt. Das Ergebnis des PPP-Eignungstests besteht in der Empfehlung zur Weiterverfolgung und Intensivierung der PPP-Planungen oder deren Abbruch und konventioneller Realisierung.

An den Aufbau eines Entscheidungsmodells und dessen Basiselemente ist auch der Aufbau der Arbeit angelehnt, wie die folgenden Ausführungen zeigen.

## 1.5 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in sechs Teile gegliedert. Nach dem ersten einleitenden Kapitel werden im **zweiten Kapitel** die Grundlagen für die weiteren Ausführungen gelegt, indem Begriffe und Zusammenhänge mit zentraler Bedeutung für die Arbeit erläutert werden. Zum Inhalt dieses Teils zählt die Herleitung des Grundverständnisses von PPP, wie es in dieser Arbeit verwendet wird. Da die Arbeit auf den Krankensektor als Anwendungsbereich von PPP fokussiert ist, werden anschließend öffentliche Krankenhäuser als potenzielle PPP-Partner charakterisiert und gegenüber Krankenhäusern anderer Trägerarten abgegrenzt. Danach wird untersucht, ob auch bei Krankenhausbaumaßnahmen, wie in anderen Bereichen des öffent-

---

<sup>37</sup> Vgl. weitere Details zur Zielstellung öffentlicher Krankenhäuser Abschnitt 2.3.2.

<sup>38</sup> Die Betrachtung alternativer privatwirtschaftlicher Realisierungsvarianten erfolgt im Weiteren dennoch, um die Abgrenzung der Beschaffungsvariante PPP vornehmen zu können. Vgl. Abschnitt 3.1.2.

lichen Hochbaus, der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit einzuhalten ist. Es wird der Standard aufgezeigt, der sich sektorübergreifend für den PPP-Eignungstest, der ersten Stufe einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung, herausgebildet hat. Dieser wird hinsichtlich der Übertragbarkeit auf den Krankenhausbereich beurteilt.

Es schließt sich im **dritten Kapitel** der analytische Teil der Arbeit an. Hier werden die sektorspezifischen Rahmenbedingungen untersucht, die im Krankenhausbereich für die Anwendung von PPP bestehen. Zunächst werden die rechtlichen Vorgaben eruiert, die für den Einsatz von Privaten gelten. Es wird analysiert, welche Aufgaben öffentliche Krankenhäuser von privaten Unternehmen erbringen lassen dürfen und welche Modelle dafür im Markt existieren. Um die Alleinstellungsmerkmale von PPP erkennen zu können, erfolgt eine Abgrenzung gegenüber den bisher im Krankenhausbereich genutzten privatwirtschaftlichen Kooperationsmodellen.

Es folgt die Untersuchung der Rahmenbedingungen, die sich aus den Merkmalen des Gebäudebestandes von Krankenhäusern ableiten. Krankenhaus-Immobilien und die darin erbrachten Leistungen werden charakterisiert und Besonderheiten gegenüber anderen Immobilienarten aufgezeigt. Einen weiteren Untersuchungsschwerpunkt bildet die Krankenhausfinanzierung, deren Funktionsweise erläutert wird.

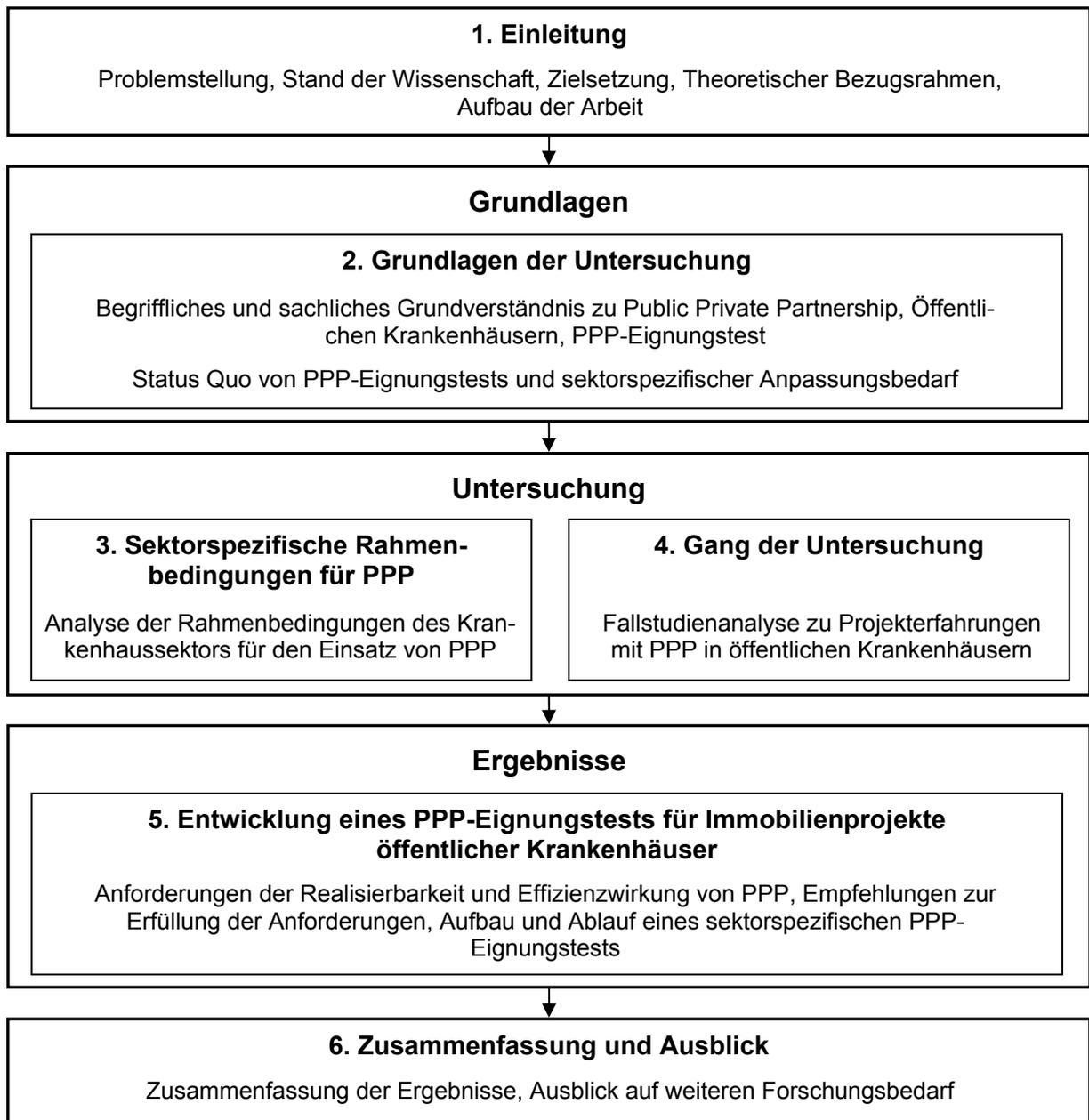
In einem weiteren Schritt werden aus den Rahmenbedingungen des Krankenhausbereichs die Einflüsse für eine Projektentwicklung analysiert, die als PPP umgesetzt werden soll. Auf dieser Grundlage werden die Voraussetzungen abgeleitet, die zur erfolgreichen Realisierung eines PPP-Projektes zu erfüllen sind und die daher in der Frühphase eines Projektes geprüft werden sollten.

An die Untersuchung der sektorspezifischen Bedingungen schließt sich im **vierten Kapitel** die Analyse von bisherigen Projekterfahrungen mit dem Einsatz von PPP im Krankenhausbau an. Um die Hintergründe und Zielsetzungen der Projektentwicklungen zu verdeutlichen, werden die dafür ausgewählten sieben Fallstudien zunächst vorgestellt. Darauf aufbauend werden in einer Fallstudienanalyse die Merkmale der Projekte herausgearbeitet und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Projektumsetzung analysiert.

Im **fünften Kapitel** werden die Ergebnisse der sektorbezogenen Untersuchung des dritten und die Ergebnisse der projektbezogenen Untersuchung des vierten Kapitels zusammengeführt. Zunächst erfolgt die Auswertung der Fallstudienanalyse hinsichtlich der im dritten Kapitel abgeleiteten Voraussetzungen für eine PPP-Realisierung. Anschließend wird die Einhaltung der im zweiten Kapitel vorgestellten Voraussetzungen für die gewünschte Effizienzwirkung von PPP untersucht. Aus den Untersuchungsergebnissen werden Prüfkriterien abgeleitet, die eine realisierbare und effiziente Projektentwicklung sicherstellen. Zu den effizienzbasierenden Prüfkriterien werden zusätzlich Gestaltungsempfehlungen angegeben, wie diese möglichst umfassend erfüllt werden können.

Abschließend werden die Prüfkriterien und Handlungsempfehlungen zu einem PPP-Eignungstest verdichtet. Es wird gezeigt, wie dieser zur Prüfung von Projektentwicklungen im Krankenhausbereich eingesetzt werden kann und welche Schritte zu durchlaufen sind.

Die Arbeit endet mit dem **sechsten Kapitel**, in dem die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit noch einmal zusammengefasst werden und ein Ausblick auf weiteren Forschungsbedarf gegeben wird. Die nachstehende Abbildung zeigt die Struktur der Arbeit im Kurzüberblick.



**Abbildung 2: Systematischer Aufbau der Arbeit.**

Quelle: Eigene Darstellung.

## 2 GRUNDLAGEN DER UNTERSUCHUNG

In diesem Kapitel werden wesentliche Begriffe und Sachverhalte erläutert, die als Ausgangsbasis der weiteren Arbeitsschritte dienen. Die Zusammenstellung hat das Ziel, eine begriffliche und inhaltliche Grundlage zu schaffen, auf der die Entwicklung des PPP-Eignungstests für öffentliche Krankenhäuser aufsetzen kann.

Zunächst wird Public Private Partnerschaft als Beschaffungsvariante der öffentlichen Hand vorgestellt und aufgezeigt, dass es sich dabei um eine privatwirtschaftliche Kooperationsform handelt, die bisher kaum im Krankenhausbereich eingesetzt wurde. Anschließend wird der Untersuchungsgegenstand der Arbeit auf öffentliche Krankenhäuser eingegrenzt und untersucht, worin sich diese zu Häusern mit anderer Trägerform unterscheiden.

Als nächstes wird darauf eingegangen, warum das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auch in der Krankenhausbetriebsführung zu beachten ist. Unter diesem Gesichtspunkt wird hinterfragt, ob der PPP-Eignungstest, wie er sich sektorübergreifend als Instrument zur qualitativen Einschätzung der zu erwartenden Wirtschaftlichkeit der PPP-Lösung in Deutschland etabliert hat, auch auf den Krankenhausbereich übertragbar ist. Hierbei gilt es festzustellen, ob die Anforderungen an ein PPP-Projekt, die sich aus den sektorspezifischen Rahmenbedingungen des Krankenhausbereichs ergeben, damit ausreichend abgebildet und geprüft werden können.

### 2.1 Public Private Partnership (PPP)

Trotz zahlreicher Veröffentlichungen zu dem Themengebiet PPP<sup>39</sup> existiert bislang kein einheitliches Begriffsverständnis.<sup>40</sup> Abgrenzungen werden in sehr unterschiedlicher Form vorgenommen. Dabei wird der PPP-Begriff teilweise sehr weit ausgelegt<sup>41</sup> oder sogar als Sammelbegriff verwendet. Es gibt Tendenzen, jegliche Zusammenarbeit zwischen der öffentlichen Hand und der Privatwirtschaft als öffentlich-private Partnerschaft zu bezeichnen.<sup>42</sup>

Von einigen Autoren werden auch Kooperationsformen als PPP angesehen, die auf die Bereitstellung privaten Kapitals beschränkt sind.<sup>43</sup> Beispiele dafür sind Sale-and-Lease-Back, Modelle des Cross-Border-Leasings sowie Mietkauf und Contracting.<sup>44</sup> Diese als »Vorfinanzierungsmodelle« zu bezeichnenden Ansätze werden in dieser Arbeit nicht unter dem PPP-

---

<sup>39</sup> Synonym zum hier verwendeten Begriff PPP wird auch die Bezeichnung als ÖPP (Öffentlich Private Partnerschaft) vorgenommen.

<sup>40</sup> Vgl. PPP-Task Force NRW (2007c), S.10; Budäus (2005), S. 5.

<sup>41</sup> Vgl. WR (2005), S. 7.

<sup>42</sup> Vgl. Budäus (2005), S. 5: der ausführt, dass PPP in der Praxis nicht selten als unstrukturierter Sammelbegriff für jedwede Zusammenarbeit öffentlicher Einheiten und privater Unternehmen verwendet wird; vgl. Ziekow (2003), S. 25 u. 28: der PPP als schillernden Sammelbegriff unterschiedlichster Erscheinungsformen der Kooperation zwischen Verwaltungsträgern und Privaten beschreibt; vgl. im Gegensatz dazu aber auch Schöne (2006), S. 51, der auf andere Ansichten verweist, wonach unter PPP allein die Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und Privatwirtschaft im Rahmen eines gemischtwirtschaftlichen Unternehmens verstanden wird.

<sup>43</sup> Vgl. PPP-Task Force NRW (2007c), S. 10.

<sup>44</sup> Vgl. Schöne (2006), S. 51. Rn. 39.

Begriff subsumiert, da sie weder einen Lebenszyklusansatz noch eine optimierte Risikoverteilung aufweisen.<sup>45</sup>

Die Eingrenzung des Begriffsverständnisses und die Darlegung der vertraglichen Grundlagen stellt die Voraussetzung für spätere Untersuchungsschritte dar. So wird u.a. untersucht, welche Gestaltungsformen von PPP für den Einsatz im Krankenhausbereich geeignet sind.

### 2.1.1 Definition

Der Arbeit liegt die vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Wohnungswesen (BMVBW) vorgestellte Definition<sup>46</sup> zugrunde, die sich als Begriffsverständnis für lebenszyklusorientierte PPP-Projekte am weitesten in Wissenschaft und Praxis durchgesetzt hat.<sup>47</sup> Public Private Partnership (PPP) kann demnach abstrakt beschrieben werden, als:

„...langfristig, vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und Privatwirtschaft zur (wirtschaftlichen)<sup>48</sup> Erfüllung öffentlicher Aufgaben, bei der die erforderlichen Ressourcen (z.B. Know-how, Betriebsmittel, Kapital, Personal) in einem gemeinsamen Organisationszusammenhang eingestellt und vorhandene Projektrisiken entsprechend der Risikomanagementkompetenz der Projektpartner angemessen verteilt werden.“<sup>49</sup> PPP ist dabei nicht per se als bevorzugte Umsetzungsvariante zu verstehen, sondern stellt eine von mehreren alternativen Beschaffungsvarianten der öffentlichen Hand dar.<sup>50</sup>

Unter der **öffentlichen Hand** werden dabei öffentliche Leistungsträger in Gestalt der Gebietskörperschaften des Bundes, der Länder und Gemeinden, öffentlich-rechtliche Körperschaften, Anstalten und Stiftungen sowie öffentliche Unternehmen in öffentlich-rechtlicher oder privatrechtlicher Rechtsform zusammengefasst.<sup>51</sup> Das heißt, sowohl die Krankenhaus-träger in traditionellen öffentlichen Rechtsformen, wie z.B. der Anstalt des öffentlichen Rechts, als auch solche in der Rechtsform einer GmbH, gGmbH o. ä. sowie Stiftungen mit mehrheitlich öffentlichen Gesellschaftern werden mit der Begriffsdefinition erfasst.<sup>52</sup>

Grundsätzlich bedarf die langfristig angelegte Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und der Privatwirtschaft im Rahmen eines PPP-Projektes umfassender vertraglicher Regelungen. Idealerweise übernimmt dabei der öffentliche Partner die hoheitlichen Aufgaben bzw. solche, die üblicherweise der Daseinsfürsorge zugerechnet werden. Dazu zählen die Vorgabe von Zielen im Sinne öffentlicher Interessen, die Qualitätssicherung und die Überwachung der Zielerreichung.<sup>53</sup>

Der **private Partner** hingegen übernimmt typischerweise alle die Aufgaben, die gemeinhin in marktwirtschaftlichen Strukturen wirtschaftlicher durchgeführt werden können als in staatli-

---

<sup>45</sup> Vgl. Lebenszyklusansatz und sachgerechte Risikoverteilung als kennzeichnende Merkmale von PPP im Sinne dieser Arbeit in Abschnitt 2.

<sup>46</sup> Vgl. BMVBW (2003a); PPP-Task Force NRW (2007a), S. 11.

<sup>47</sup> Vgl. die Verweise auf das Bundesgutachten in Littwin (2006), S. 1; Weber et al. (2006), S. 3.

<sup>48</sup> In der Ursprungsfassung des vom BMVBW in Auftrag gegebenen Gutachtens „PPP im öffentlichen Hochbau“ ist das Attribut „wirtschaftlich“ noch nicht enthalten, wurde in späteren Veröffentlichungen aber zur Verdeutlichung der Zielstellung von den Autoren des Gutachtens hinzugefügt, vgl. u.a. Alfen, Fischer (2006), S. 3.

<sup>49</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 2; Vgl. Littwin (2006), S. 1 Rn. 2; Weber et al. (2006), S. 3.

<sup>50</sup> Vgl. Littwin (2006), S. 1; BMVBW (2003a), S. 1 ff.

<sup>51</sup> Vgl. Strohbach (2001), S. 56 ff.; Roggencamp (1999), S. 32; vgl. auch Tettinger (1997), S. 125 ff.

<sup>52</sup> Vgl. zu den möglichen Rechtsformen von Krankenhäusern in Gliederungspunkt 2.2.2.2.

<sup>53</sup> Vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2004), S. 3.

## 2. Grundlagen der Untersuchung

### Public Private Partnership (PPP)

---

chen. Dies erfordert gegebenenfalls das „Entbündeln“ und die anschließende Neustrukturierung von in staatlichen Strukturen gewachsenen und darauf ausgerichteten Aufgabenpaketen und der dazu gehörigen Ressourcen.<sup>54</sup>

Entsprechend dem aufgezeigten Begriffsverständnis dieser Arbeit werden der Lebenszyklusansatz und eine kooperative Zusammenarbeit beider Vertragsparteien mit sachgerechter ausgewogener Verteilung der Projektrisiken als kennzeichnende Elemente von PPP verstanden.<sup>55</sup> Darüber hinaus sind eine Reihe weiterer Merkmale typisch für PPP-Projekte. Sie tragen zur Verwirklichung eines erfolgreichen PPP-Projektes bei und bilden die Grundlage angestrebter Effizienzverbesserungen. Dazu zählen u.a. die outputorientierte Leistungsbeschreibung, der Einsatz leistungsorientierter Vergütungsmechanismen und eine Eigenkapital-Beteiligung des privaten Partners.<sup>56</sup>

#### 2.1.2 Einschaltung privater Unternehmen als Erfüllungsgehilfe

Als weitere Grundlage ist zu klären, auf welcher rechtlichen Basis ein privater Partner von einem öffentlichen Auftraggeber im Rahmen eines PPP-Projektes beauftragt werden kann. I.d.R. wird das private Unternehmen als Erfüllungsgehilfe eingesetzt. Ein Erfüllungsgehilfe, der auch als Verwaltungshelfer bezeichnet wird, erledigt eine öffentlich-rechtliche Aufgabe für den öffentlichen Auftraggeber. Er arbeitet dabei nicht selbstständig, sondern als »Werkzeug« der Behörde, in deren Auftrag und nach deren Weisung.<sup>57</sup> Erfolgt die Auslagerung einzelner Bereiche bzw. Aufgaben an einen privaten Verwaltungshelfer, kann der öffentliche Auftraggeber dadurch Tätigkeiten abgeben, deren Erfüllung nicht zum Kernbereich einer öffentlichen Aufgabe zählt.

Der private Dritte übernimmt als Erfüllungsgehilfe stets nur die Durchführung einer Aufgabe, die Sachaufgabe an sich und die damit verbundene grundsätzliche Zuständigkeit, Aufgabenverantwortung und Weisungsbefugnis werden nicht übertragen und verbleiben bei dem beauftragenden Maßnahmenträger.<sup>58</sup>

Die Handlungen des Erfüllungsgehilfen werden dem öffentlichen Auftraggeber zugeordnet, der für die ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung<sup>59</sup> die Letztverantwortung trägt.<sup>60</sup> Um seiner Verantwortung gerecht werden zu können, muss der Maßnahmenträger den Verwaltungshelfer vertraglich zur ordnungsgemäßen Aufgabendurchführung verpflichten und sich darüber hinaus entsprechende Kontroll- und Einwirkungsrechte auf den Privaten sichern.<sup>61</sup>

---

<sup>54</sup> Vgl. Alfen/ Daube (2005).

<sup>55</sup> Vgl. Schöne (2006), S. 52 Rn. 40; vgl. PPP-Task Force (2007), S. 10 - 11.

<sup>56</sup> Vgl. weiterführend zu den Merkmalen von PPP-Projekten und den daraus resultierenden Effizienzwirkungen Abschnitt 2.3.3.3.

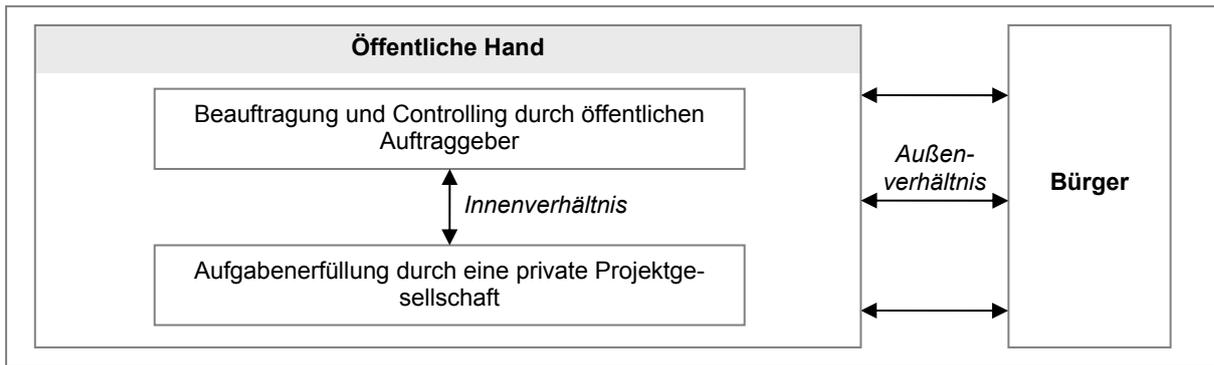
<sup>57</sup> Vgl. Friedrich Ebert Stiftung (2004a), S. 2.

<sup>58</sup> Vgl. Friedrich Ebert Stiftung (2004a), S. 2.

<sup>59</sup> Im Folgenden werden Aufgabenerfüllung, -durchführung, -wahrnehmung und -erledigung synonym verwendet.

<sup>60</sup> Vgl. weiterführend zur Letzt- bzw. Gewährleistungsverantwortung Abschnitt 3.1.1.6.

<sup>61</sup> Vgl. Schäfer/ Thiersch (2006), S. 90.



**Abbildung 3: Innen- und Außenverhältnis bei Einschaltung eines privaten Unternehmens als Erfüllungsgehilfe des öffentlichen Auftraggebers.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Wie Abbildung 3 zeigt, besteht im Außenverhältnis weiterhin eine Beziehung zwischen dem Bürger (Patient) und dem öffentlich-rechtlichen Auftraggeber (öffentlicher Krankenträger). Allein das Binnenverhältnis zum privaten Partner, als Erfüllungsgehilfe des Auftraggebers, wird privatwirtschaftlich gestaltet.<sup>62</sup> Diese Form der Zusammenarbeit zielt darauf ab, die Vorteile unternehmerischen Handelns für die staatliche Aufgabenerfüllung zu nutzen.

### 2.1.3 Merkmale

PPP ist dadurch gekennzeichnet, dass von öffentlichem und privatem Partner eine langfristige Partnerschaft i.d.R. über 20 bis 30 Jahre eingegangen wird, die durch einen langfristigen, aber zeitlich begrenzten Projektvertrag charakterisiert ist. Es handelt sich dabei typischerweise um eine Leistung, die die gesamte Wertschöpfungskette umfasst, jedoch mindestens vier Wertschöpfungsstufen aufweist.<sup>63</sup> Der private Partner plant, finanziert, baut und übernimmt auch Betriebs- und Instandhaltungsmaßnahmen.<sup>64</sup> Damit erbringt der private Partner neben umfangreichen Leistungen im Bereich des Facility Management auch Planungs- und Bauleistungen langfristig aus einer Hand<sup>65</sup> und zeichnet für die Gesamtoptimierung über den **Lebenszyklus** eines Gebäudes bzw. einer Anlage verantwortlich.<sup>66</sup> Im Gegenzug verpflichtet sich der öffentliche Partner zur Zahlung eines periodischen Leistungsentgeltes für die privatwirtschaftlich erbrachte Leistung.<sup>67</sup>

Die Ausgestaltung der Eigentumsrechte an Gebäuden bzw. Infrastruktur sowie technischen Anlagen kann sehr verschieden erfolgen. Dabei werden sektorspezifisch unterschiedliche Lösungen präferiert. Während es im Wasser- und Abwasserbereich üblich ist, dass die Infrastruktur während der Vertragslaufzeit in privates Eigentum übergeht,<sup>68</sup> verbleibt dieses im

<sup>62</sup> Vgl. BMVBS (2006), S. 16; Brede (2005), S. 22.

<sup>63</sup> Als Wertschöpfungsstufen werden Planung, Errichtung, Finanzierung, Instandhaltung, Betrieb und Verwertung unterschieden.

<sup>64</sup> Vgl. Friedrich Ebert Stiftung (2004b), S. 2; Strohbach (2001), S. 70; Benz (2000), S. 102.

<sup>65</sup> Vgl. Bertelsmann (2003), S. 15.

<sup>66</sup> Vgl. Höftmann (2001), S. 38.

<sup>67</sup> Vgl. Wissenschaftsrat (2006), S. 8.

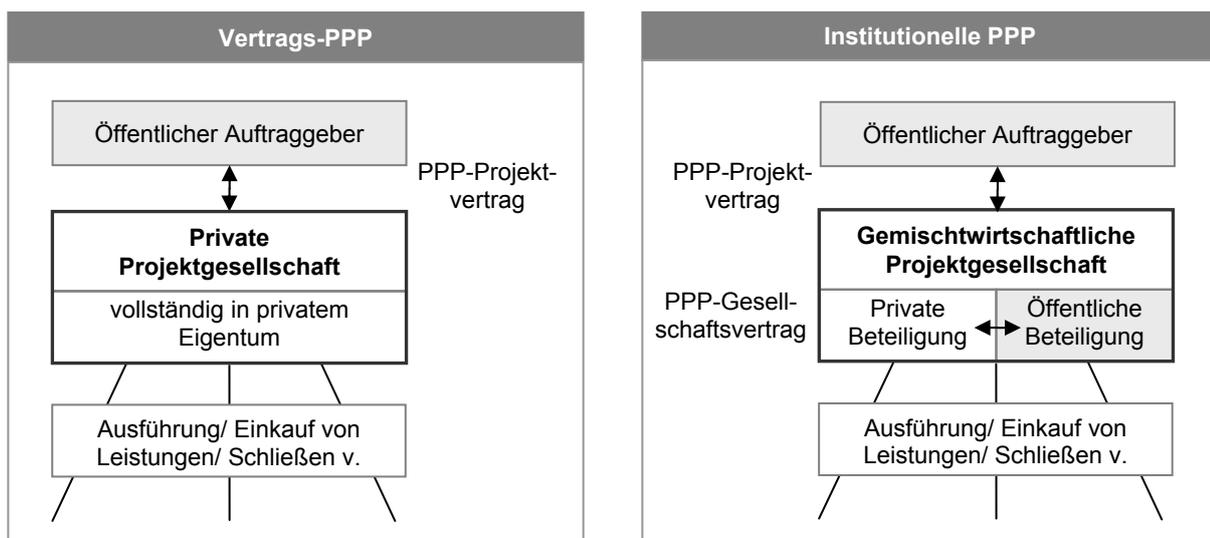
<sup>68</sup> Vgl. Friedrich Ebert Stiftung (2004b), S. 2.

Bildungsbereich typischerweise beim öffentlichen Maßnahmenträger.<sup>69</sup> I.d.R. übernimmt der private Partner bei Hochbauprojekten die Bauherrenfunktion und trägt das mit der Maßnahme verbundene wirtschaftliche Risiko. Er erhält dafür ein privatrechtliches Entgelt, welches je nach vertraglicher Gestaltung als Mietkauf-, Leasing-, Miet- oder gemischtvertragliches Entgelt einzuordnen ist.<sup>70</sup>

Wenn ein Eigentumsübertrag erfolgt, ist dieser zeitlich begrenzt. Die Leistung des Privaten besteht in der Erstellung von Gebäuden bzw. Anlagen (z.B. Errichtung oder Sanierung eines Krankenhauses oder eines Teils davon) und/ oder der Bereitstellung einer Dienstleistung (z.B. Betrieb, Unterhalt, Instandhaltung von einem oder mehreren Gebäuden eines Krankenhauses).

### 2.1.4 Gestaltungsformen

Bezüglich der Art der partnerschaftlichen Kooperation zwischen öffentlicher und privater Hand lassen sich zwei strukturelle Ansätze von PPP unterscheiden. Beide Formen, sowohl die Vertrags-PPP als auch die institutionelle PPP, beruhen auf der aufgezeigten definitiven Eingrenzung.



**Abbildung 4: Unterscheidung von PPP auf Vertragsbasis und Institutioneller PPP.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kommission der europäischen Gemeinschaft (2004), S. 9.

Speziell bei der **Vertrags-PPP** basiert die Partnerschaft zwischen öffentlichem und privatem Sektor auf einer rein vertraglichen Beziehung. Aufgrund des Auftraggeber-Auftragnehmer-Verhältnisses der Partner wird auch die Bezeichnung „vertikale Partnerschaft“ verwendet.<sup>71</sup> Als weitere Bezeichnungen dieser Form der öffentlich privaten Partnerschaft finden sich auch PPP auf Vertragsbasis, kontraktbestimmte Kooperation<sup>72</sup> oder Kontraktmodell.<sup>73</sup> Abbil-

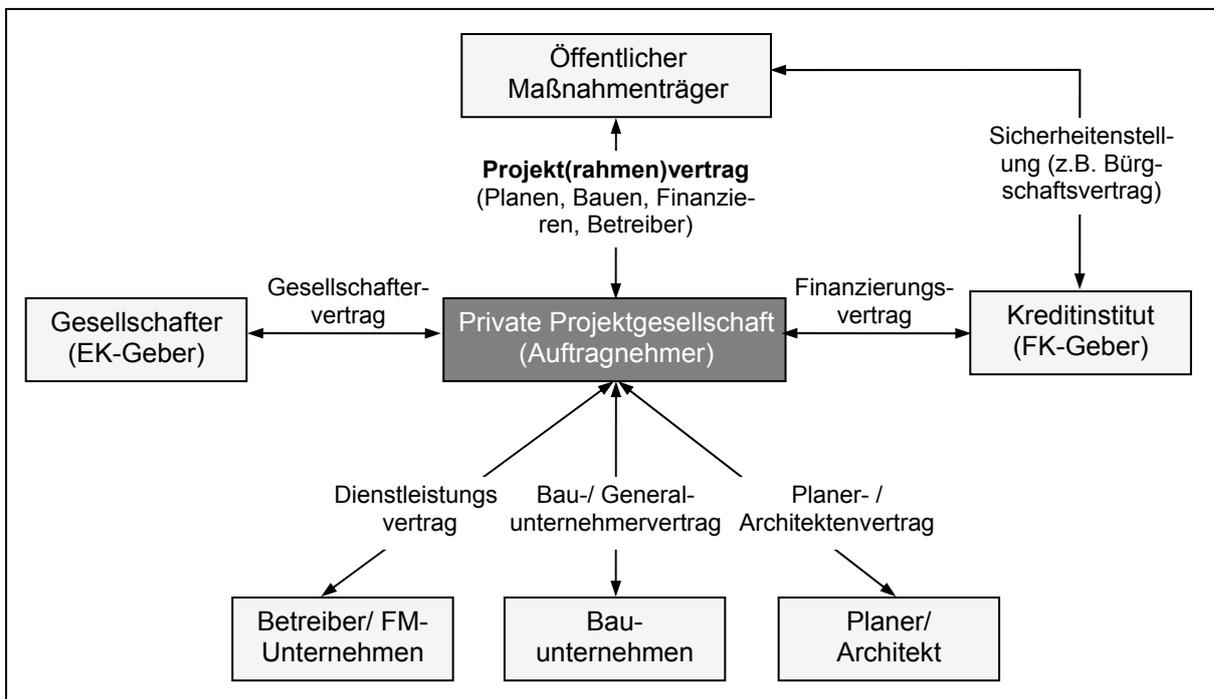
<sup>69</sup> Vgl. u.a. das Schulprojekt Köln in: Kohnke/ Schauer (2006), S. 418, und das Schulprojekt im Rhein-Erft-Kreis in: Cablitz/ Hoffmann (2006), S. 395.

<sup>70</sup> Vgl. Bertelsmann (2003), S. 15.

<sup>71</sup> Vgl. Alfen (2007), Weber/ Alfen/ Maser (2006), S. 55.

<sup>72</sup> Vgl. Roggencamp (1999), S. 49.

Abbildung 5 zeigt vereinfacht die vertragliche Ausgestaltung einer Vertrags-PPP auf, auf die sich die weiteren Ausführungen dieser Arbeit konzentrieren.



**Abbildung 5: Vertragsstruktur bei der Vertrags-PPP.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hainbuch (2005), S. 10; Höftmann (2001), S. 215; Roentgen (2001), S. 170; ICG (2003), S. 31.

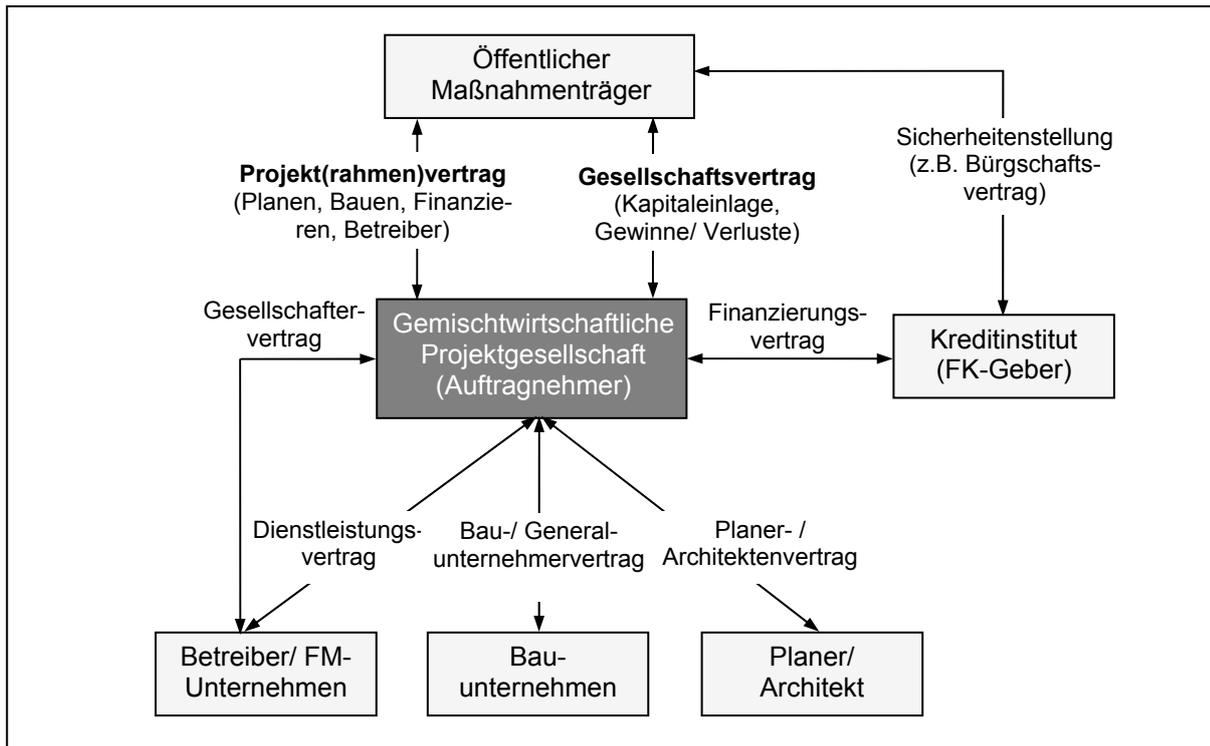
Auch bei der zweiten Grundkonzeption von PPP, der **Institutionellen PPP**, die auch als Institutionalisierte PPP oder Organisations-PPP bezeichnet wird,<sup>74</sup> schließt der öffentliche Auftraggeber einen langfristigen Vertrag, allerdings fungiert hier eine gemischtwirtschaftliche Projektgesellschaft als Partner.<sup>75</sup> Im Regelfall wird es der öffentliche Auftraggeber selbst bzw. eine Tochtergesellschaft sein, die sich an der gemischtwirtschaftlichen Gesellschaft beteiligen.<sup>76</sup> Die grundsätzliche Vertragsstruktur ist in Abbildung 6 dargestellt.

<sup>73</sup> Vgl. Giermscheid/ Dreyer (2006), S. 101.

<sup>74</sup> Vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2004), S. 9; WR (2005), S. 8.

<sup>75</sup> Die Institutionelle PPP entspricht dem PPP-Gesellschaftsmodell, das im Abschnitt 2.1.5 vorgestellt wird. Ist die Beteiligung der öffentlichen Hand an der Gesellschaft allerdings sehr gering, kann das PPP-Gesellschaftsmodell der Vertrags-PPP zugeordnet werden, da damit verbunden auch der Einfluss auf die Geschäftsführung der Gesellschaft sehr gering ist.

<sup>76</sup> Alternativ zu einer Beteiligung des öffentlichen Auftraggebers an der gemischtwirtschaftlichen Projektgesellschaft ist es auch denkbar, dass sich eine dritte öffentliche Institution als öffentlicher Gesellschafter an der Projektgesellschaft einbringt. Diese Konstellation würde allerdings die direkten Einflussmöglichkeiten des öffentlichen Auftraggebers auf die Projektausführung durch die Projektgesellschaft stark beschränken und damit die originäre Zielstellung des öffentlichen Auftraggebers mit der Institutionellen PPP konterkarieren. Vorstellbar wäre diese Konstellation daher nur, wenn der öffentliche Auftraggeber davon ausgehen kann, dass der Dritte seine Interessen in der Gesellschaft vertritt.



**Abbildung 6: Vertragsstruktur bei der Institutionellen PPP.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hainbuch (2005), S. 12; Strohbach (2001), S. 68; Höftmann (2001), S. 225; ICG (2003), S. 26.

Auf der Gesellschaftsebene ist dabei eine abgestimmte strategische Unternehmensführung zu gestalten, weshalb diese Form der PPP auch als „horizontale Partnerschaft“<sup>77</sup> bezeichnet wird.<sup>78</sup> Die notwendige „interne“ Abstimmung ist aber klar von der vertraglichen Vereinbarung zur Leistungserstellung zu unterscheiden, die mit dem öffentlichen Auftraggeber im Rahmen des PPP-Projektvertrags abgeschlossen wird.<sup>79</sup> Durch die Konstruktion mit öffentlichem und privatem Anteilseigner ergeben sich spezielle Fragestellungen, die sich deutlich von denen einer „Vertrags-PPP“ unterscheiden.<sup>80</sup> Die Form der Institutionellen PPP wird aufgrund ihrer Spezifika in dieser Arbeit nicht weiterverfolgt.

### 2.1.5 Vertragsmodelle

Für deutsche PPP-Projekte werden entsprechend dem Gutachten „PPP im öffentlichen Hochbau“ insgesamt sieben Vertragsmodelle unterschieden. Die PPP-Vertragsformen stellen eine modellhafte Orientierung zur projektspezifischen Ausgestaltung vertraglicher Strukturen dar. Sie sind an die im deutschen Recht bekannten Vertragstypen angelehnt, gehen aber durch die Integration des Lebenszyklusansatzes über diese hinaus. Alle Vertragsmodel-

<sup>77</sup> Weber/ Alfen/ Maser (2006), S.55.

<sup>78</sup> Auch die vereinfachende Bezeichnung einer „gemeinsamen Gesellschaft“ findet sich in der Literatur, vgl. z.B. Roggencamp, S. 51. In anderen Quellen wird die Bezeichnung „Kooperationsmodell“ für eine Institutionelle PPP gewählt, vgl. Giermscheid/ Dreyer (2006).

<sup>79</sup> Der Projektvertrag ist es auch, der eine Institutionelle PPP gegenüber einer materiellen Teilprivatisierung abgrenzt. Vgl. zur materiellen Teilprivatisierung Abschnitt 3.1.2.1.

<sup>80</sup> Vgl. PPP-Task Force NRW (2007a), S. 11.

le umfassen die Projektphasen Planen, Bauen, Finanzieren, Betreiben und Verwerten.<sup>81</sup> Im Einzelnen werden PPP-Inhabermodell, PPP-Erwerbermodell, PPP-FM-Leasingmodell, PPP-Vermietungsmodell, PPP-Contractingmodell<sup>82</sup> sowie PPP-Konzessionsmodell<sup>83</sup> und PPP-Gesellschaftsmodell<sup>84</sup> unterschieden. Da sich das PPP-Contractingmodell allein auf technische Anlagen bezieht und die beiden letztgenannten Vertragsmodelle hinsichtlich ihrer Eigenschaften auf den vorgenannten Vertragsmodellen beruhen,<sup>85</sup> wird auf deren gesonderte Erläuterung verzichtet.

Die vier verbleibenden PPP-Vertragsmodelle werden im Weiteren als Basis-Vertragsmodelle bezeichnet. Als Gemeinsamkeit weisen diese die grundlegenden Merkmale des PPP-Konzeptes auf, d.h., es liegt ihnen insbesondere der Immobilien-Lebenszyklusansatz zugrunde. Zudem ermöglichen sie alle eine sachgerechte Risikoverteilung unter den Projektpartnern, wobei einzelne Risiken bei den Vertragsmodellen durchaus unterschiedliche Träger aufweisen.

Tabelle 1 zeigt wesentliche Merkmale der betrachteten Vertragsmodelle im Vergleich. Als Eigentümer und Risikoträger werden der öffentliche Auftraggeber (AG) und eine private Projektgesellschaft als Auftragnehmer (AN) unterschieden.

Wesentliche **Unterschiede** bestehen hinsichtlich der Eigentumszuordnung vor, während und nach der Vertragslaufzeit, aber auch hinsichtlich einzelner Risiken (Sach- und Preisgefahr, Verwertungsrisiko) sowie der Entgeltregelung bestehen Unterschiede zwischen den Vertragsmodellen.<sup>86</sup> Im Folgenden wird die Zuordnung der Eigentumsrechte als wesentliches Unterscheidungsmerkmal der Vertragsmodelle näher erläutert.<sup>87</sup>

In der ersten Zeile der Tabelle 1 ist für drei Vertragsmodelle<sup>88</sup> angegeben, dass das Eigentum am Grundstück typischerweise beim privaten AN liegt, aber auch der öffentliche AG als Eigentümer fungieren kann (siehe Klammerausdruck). Letzteres ist der Fall, wenn der öffentliche AG Eigentümer des Grundstücks ist und der private AN das „Gebäudeeigentum“ im Wege der Erbbaurechtsbestellung erwirbt.<sup>89</sup> Das Gebäude als Vertragsobjekt steht hier wäh-

---

<sup>81</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 90.

<sup>82</sup> Beim PPP-Contractingmodell beschränken sich die Leistungen des privaten Auftragnehmers auf technische Anlagen in Gebäuden des öffentlichen Auftragnehmers, dessen Vergütung sich an den erreichten Einsparungen orientiert. Vgl. Weber / Alfén / Maser (29006), S. 80.

<sup>83</sup> Beim PPP-Konzessionsmodell verpflichtet sich der private Auftragnehmer als Konzessionär gegenüber dem öffentlichen Auftraggeber, eine definierte Leistung „direkt am Bürger“ zu erbringen. Der private Partner trägt dabei das wirtschaftliche Risiko und erhält zudem kein festes Leistungsentgelt, sondern das Recht, sich über Gebührenerhebung von den Nutzern zu refinanzieren. Damit geht dieses Vertragsmodell hinsichtlich der privaten Projektverantwortung deutlich über die anderen Vertragsmodelle hinaus. Bezüglich der Eigentumsverhältnisse kann das PPP-Konzessionsmodell mit allen oben vorgestellten Vertragsmodellen kombiniert werden, dementsprechend eine Ausgestaltung in unterschiedlicher Weise möglich ist. Vgl. Cordes (2009), S. 129.

<sup>84</sup> Beim PPP-Gesellschaftsmodell fungiert der öffentliche Auftraggeber als Mitgesellschafter. Der Ansatz entspricht damit der Institutionellen PPP, die im Abschnitt 2.1.4 vorgestellt wird. Das PPP-Gesellschaftsmodell ist nicht als Institutionelle PPP einzuordnen, wenn der öffentliche Auftraggeber als deutlicher Minderheitsgesellschafter fungiert. In diesem Fall ist aufgrund des geringen Einflusses auf die Geschäftsführung der Gesellschaft von einer Vertrags-PPP auszugehen.

<sup>85</sup> Vgl. Cordes (2009), S. 119.

<sup>86</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 90.

<sup>87</sup> Ein umfangreicher Vergleich der PPP-Vertragsmodelle findet sich in BMVBW (2003a), Band I bis V. Vgl. zu den Alleinstellungsmerkmalen der PPP-Vertragsmodelle Kühlmann (2006), S. 23.

<sup>88</sup> Vgl. das PPP-Erwerbermodell, das PPP-FM Leasingmodell und das PPP-Vermietungsmodell.

<sup>89</sup> Vgl. BMVBW (2003b), S. 83 und S. 101: In diesem Fall wird in dem PPP-Vertrag die Bestellung des Erbbaurechts an dem Grundstück des öffentlichen AG zugunsten des privaten AN vereinbart (§1 Abs. 1 ErbbaurechtsVO).

## 2. Grundlagen der Untersuchung

Public Private Partnership (PPP)

rend der gesamten Vertragslaufzeit im dinglichen Eigentum des privaten AN, der es dem öffentlichen AG zur Nutzung überlässt.<sup>90</sup> Es handelt sich dabei um eine langfristige Vertragsbindung mit zeitlich begrenzter Eigentumsübertragung.<sup>91</sup>

Merkmale	PPP-Inhabermodell	PPP-Erwerbermodell	PPP-FM Leasingmodell	PPP-Vermietungsmodell
Eigentum am Grundstück, auf dem gebaut wird	Öffentlicher AG	Privater AN (oder Öffentlicher AG)	Privater AN (oder Öffentlicher AG)	Privater AN (oder Öffentlicher AG)
(Dingliches) Eigentum am Vertragsobjekt während Vertragslaufzeit ( <i>own</i> )	Öffentlicher AG	Privater AN	Privater AN	Privater AN
Eigentum am Vertragsobjekt nach Vertragslaufzeit ( <i>transfer</i> )	Öffentlicher AG	Öffentlicher AG	Privater AN (Öffentlicher AG bei Ausübung der Kaufoption)	Privater AN (Öffentlicher AG bei Ausübung der Kaufoption)
Planungsrisiko	Privater AN	Privater AN	Privater AN	Privater AN
Baurisiko	Privater AN	Privater AN	Privater AN	Privater AN
Finanzierungsrisiko	Privater AN	Privater AN	Privater AN	Privater AN
Verfügbarkeitsrisiko	Privater AN	Privater AN	Privater AN	Privater AN
Sach- und Preisgefahr (Risiko des zufälligen Untergangs)	Öffentlicher AG (i.d.R.)	Öffentlicher AG (i.d.R.)	Privater AN (i.d.R.)	Privater AN (i.d.R.)
Auslastungsrisiko während der Vertragslaufzeit	Öffentlicher AG	Öffentlicher AG	Öffentlicher AG	Öffentlicher AG
Verwertungsrisiko	Öffentlicher AG	Öffentlicher AG	Privater AN (Öffentlicher AG bei Ausübung der Kaufoption)	Privater AN (Öffentlicher AG bei Ausübung der Kaufoption)

**Tabelle 1: Prinzipielle Gestaltung der Eigentumsrechte und typische Risikoverteilung der PPP-Vertragsmodelle.**

Quelle: Mit Ergänzungen in Anlehnung an BMVBW (2003b), S. 20-22; Cordes (2009), S. 129 ff.

Das **PPP-Inhabermodell**<sup>92</sup> ist dadurch gekennzeichnet, dass der private Partner ein oder mehrere Gebäude auf dem Grundstück des öffentlichen Auftraggebers errichtet bzw. saniert und die Gebäude von Beginn an im Eigentum des öffentlichen Auftraggebers stehen. Dem privaten Partner wird über die Vertragslaufzeit ein umfassendes Nutzungs- und Betriebsrecht

Im Gegenzug verpflichtet sich der private AN zur Errichtung und zum Betrieb des Gebäudes. Mit dem Erbbaurecht erhält der private AN ein veräußerliches und vererbliches Recht, auf oder unter der Grundstücksoberfläche ein Bauwerk zu haben. Als rechtliche Folge der Erbbaurechtsbestellung erwirbt der private AN (als Erbbauberechtigter) das Eigentum an dem zu errichtenden Gebäude, unabhängig vom Eigentum am Grundstück (§ 12 Erbbaurechtsverordnung).

<sup>90</sup> Vgl. Cordes (2009), S.122. Aufgrund der Nutzungsüberlassung an den öffentlichen AG hält dieser die tatsächliche Herrschaft über das Gebäude und somit das wirtschaftliche Eigentum inne.

<sup>91</sup> Vgl. die Übersicht in BMVBW (2003b), S. 21 sowie Alfen/ Fischer (2006), S. 62.

<sup>92</sup> Im englischen Sprachraum wird das Modell als (D)BOOT (D-Design, B-Build, O-Operate, O-Own, T-Transfer) bezeichnet. Vgl. Weber / Alfen / Maser (2006), S. 77.

an Grundstück und Gebäuden eingeräumt, sodass er seinen Verpflichtungen nachkommen kann.

Beim **PPP-Erwerbermodell**<sup>93</sup> errichtet der private Auftragnehmer auf einem Grundstück, das sich typischerweise in seinem Eigentum befindet, ein oder mehrere Gebäude. Die Gebäude, die ebenfalls während der gesamten Vertragsdauer im Eigentum des Privaten stehen, werden dem öffentlichen Auftraggeber zur Nutzung überlassen. Bereits bei Vertragsschluss wird festgelegt, dass das Eigentum an der Immobilie nach Beendigung der Betriebsphase auf den öffentlichen Auftraggeber übergeht und dieser für die Verwertung verantwortlich ist.<sup>94</sup>

Auch beim **PPP-FM Leasingmodell** und dem **PPP-Vermietungsmodell**<sup>95</sup> stehen Grundstück und Gebäude im Eigentum des privaten Auftragnehmers, der diese als Vermieter dem öffentlichen Auftraggeber zur Nutzung über die gesamte Vertragslaufzeit überlässt. Für das Ende der Betriebsphase wird eine Option zugunsten des öffentlichen Auftraggebers vereinbart, das Eigentum an der Immobilie zu erwerben. Im Fall des PPP-FM Leasingmodells stellt eine solche Kaufoption für den öffentlichen Auftraggeber die Regel, bei dem PPP-Vermietungsmodell die Ausnahme dar.<sup>96</sup>

## 2.1.6 Entwicklungsstand von PPP in Deutschland

In der BRD wurde 2002 das erste PPP-Projekt im öffentlichen Hochbau initiiert.<sup>97</sup> Seitdem sind bereits mehr als **einhundert Projekte** als PPP realisiert wurden.<sup>98</sup> Dem gegenüber wurden insgesamt 32 Projektabbrüche registriert.<sup>99</sup> Insbesondere die Abbrüche aufgrund eines fehlenden PPP-Effizienzvorteils zeigen, dass PPP nicht pauschal für alle Projekte geeignet ist<sup>100</sup> und es daher immer einer projektspezifischen Eignungsprüfung bedarf. Die Entwicklung von PPP in der BRD seit 2002 wird in der Abbildung 7 grafisch wiedergegeben.<sup>101</sup>

---

<sup>93</sup> Dieses Modell kann in Anlehnung an die international verwendeten Bezeichnungen auch als (D)BOOT-Modell (D-Design, B-Build, O-Operate, O-Own, T-Transfer) eingestuft werden. Vgl. Weber / Alfen / Maser (2006), S. 77.

<sup>94</sup> BMVBW (2003b), S. 5.

<sup>95</sup> Das PPP-FM-Leasingmodell wird international auch unter der Bezeichnung DBLOT-Modell (D-Design, B-Build, L-Lease, O-Operate, T-Transfer) und das PPP-Vermietungsmodell als DBROT-Modell (D-Design, B-Build, R-Rent, O-Operate, T-Transfer) geführt. Vgl. Weber / Alfen / Maser (2006), S. 78 ff.

<sup>96</sup> BMVBW (2003b), S. 5.

<sup>97</sup> Hierbei handelt es sich um das Projekt „Thermalbad Wiesbaden“; Littwin (2006), S. 31 ff.

<sup>98</sup> Vgl. HDB (2009), Der Hauptverband der Deutschen Bauindustrie führt eine Übersicht zu den PPP-Projekten in Deutschland und veröffentlicht die aktuellen Zahlen in regelmäßigen Abständen. Vgl. dazu auch HDB (2007).

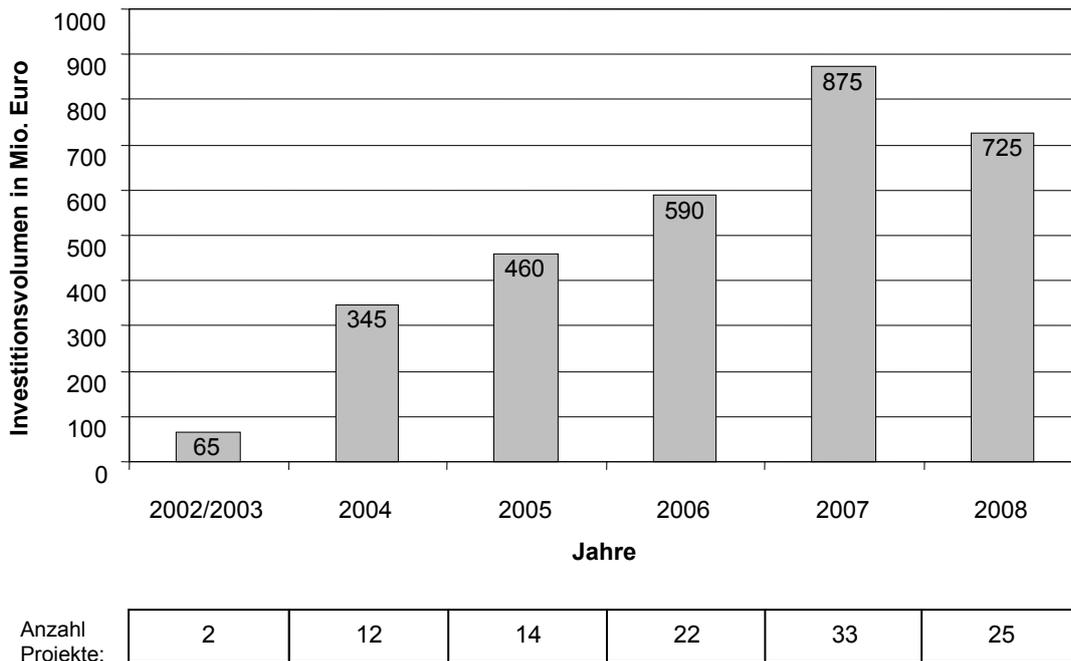
<sup>99</sup> Mit Stand Mitte 2008. Die Projekte wurden aus den unterschiedlichsten Gründen abgebrochen. Davon ist ein fehlender PPP-Effizienzvorteil nur ein Grund. Die Mehrzahl der Projektabbrüche war auf andere Gründe zurückzuführen, wie z.B. die Änderung der politischen Zielstellung insbesondere bei Änderung der politischen Führung aufgrund von Wahlen, politische Bevorzugung des eigenen kommunalen Gebäudemanagements, das Scheitern der Finanzierung des Projektes insbesondere aufgrund nicht ausreichender Sicherheiten. In einigen Fällen wurden die PPP-Anstrengungen sogar abgebrochen, trotz bereits vorliegender Untersuchungen, die einen PPP-Effizienzvorteil auswiesen.

<sup>100</sup> Selbst in Großbritannien, wo PPP/ PFI als Beschaffungsvariante und der dazu gehörige Beschaffungsprozess mit seinen spezifischen Elementen in den letzten fünfzehn Jahren zur Reife entwickelt wurde, kommt diese Beschaffungsvariante bei weniger als 20 % aller öffentlichen Aufträge zur Anwendung.

<sup>101</sup> Auch die mit den Projekten verbundenen Investitionsvolumina stiegen seit 2002 kontinuierlich an. Waren es in den Jahren 2002/2003 noch 64 Mio. EUR, stieg dieser Betrag in 2007 auf 846 Mio. EUR an. Das kumulierte Projektvolumen beträgt einschließlich der bisherigen Projekte in 2008 2.742 Mio. EUR. Vgl. HDB (2009).

## 2. Grundlagen der Untersuchung

### Public Private Partnership (PPP)



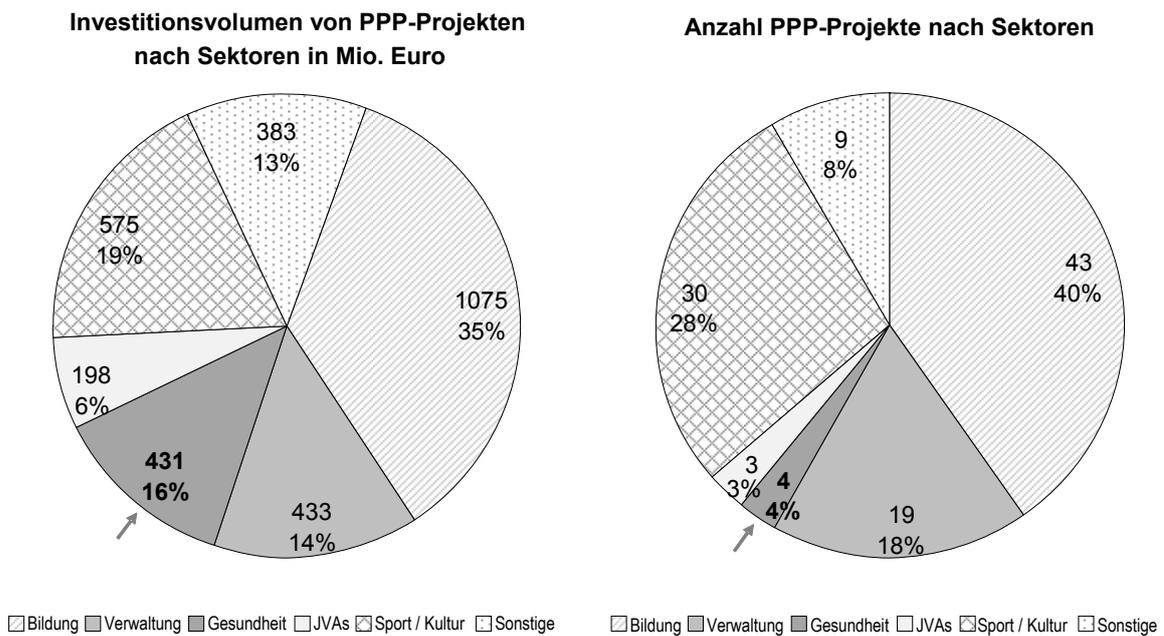
**Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl der PPP-Projekte im öffentlichen Hochbau, Stand Dez. 2008.**

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten aus HDB (2009).

Eine Auswertung der realisierten PPP-Projekte nach Sektoren offenbart deutliche Unterschiede. Der größte Anteil der Projekte wurde bisher im Bildungsbereich (Schulen, Bildungszentren) und im Sport- und Kulturbereich (insbes. Sporthallen, Sportplätze, Bäder) realisiert. Im Gesundheitswesen wurden hingegen bis Ende 2008 erst wenige Projekte vergeben.<sup>102</sup> Dabei fällt auf, dass das durchschnittliche Investitionsvolumen der bisher im Krankenhausbereich realisierten PPP-Projekte deutlich über dem der anderen Sektoren liegt.<sup>103</sup> Dadurch beträgt der Anteil dieser Projekte am Investitionsvolumen der deutschen PPPs 16 % im Vergleich zu nur 4 % bezogen auf die Anzahl an PPP-Projekten in Deutschland (vgl. Abbildung 8).

<sup>102</sup> In der Übersicht wurden in der Kategorie „Gesundheitswesen“ nur Projekte mit krankenhausspezifischen Immobilien erfasst. PPP-Projekte, die von öffentlichen Krankenhausträgern initiiert wurden, aber z.B. ein Verwaltungsgebäude oder ein Parkhaus auf dem Krankenhausgelände zum Inhalt haben, wurden entsprechend ihres Immobilientyps einer anderen Kategorie zugeordnet.

<sup>103</sup> Die Investitionswerte liegen bei den Krankenhaus-PPP-Projekten sehr weit auseinander. Der hohe Durchschnittswert ist auf die sehr hohen Investitionsvolumina der Strahlentherapieprojekte am UK Essen und UK S-H zurückzuführen.



**Abbildung 8: Verteilung der PPP-Projekte nach Sektoren.**

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten aus HDB (2009).

## 2.2 Öffentliche Krankenhäuser

PPP ist eine Beschaffungsvariante der öffentlichen Hand. Im Krankenhausbereich können daher öffentlich private Partnerschaften nur von Krankenhäusern geschlossen werden, die in öffentlicher Trägerschaft stehen. In diesem Abschnitt wird hergeleitet, was öffentliche Krankenhäuser kennzeichnet und welche Besonderheiten diese Gruppe aufweist, die bei der Initiierung von PPPs zu beachten sind.

### 2.2.1 Begriffliche Grundlagen

Vor der Eingrenzung auf öffentliche Krankenhäuser soll zunächst ein Überblick über den deutschen Krankenhausmarkt gegeben werden. Dabei soll das Krankenhaus von anderen Formen der stationären Gesundheitsversorgung abgegrenzt werden. Die weiteren Ausführungen dienen dazu, deutlich zu machen, wie heterogen der Krankenhausmarkt in Deutschland ist.

#### 2.2.1.1 Das Krankenhaus als Ort stationärer Gesundheitsversorgung

Der stationäre Gesundheitssektor lässt sich in drei Teilbereiche der stationären medizinischen Versorgung untergliedern. Einen Bereich davon stellen die Krankenhäuser dar. Diese sind von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf der einen Seite und von Pflegeheimen auf der anderen Seite abzugrenzen.<sup>104</sup>

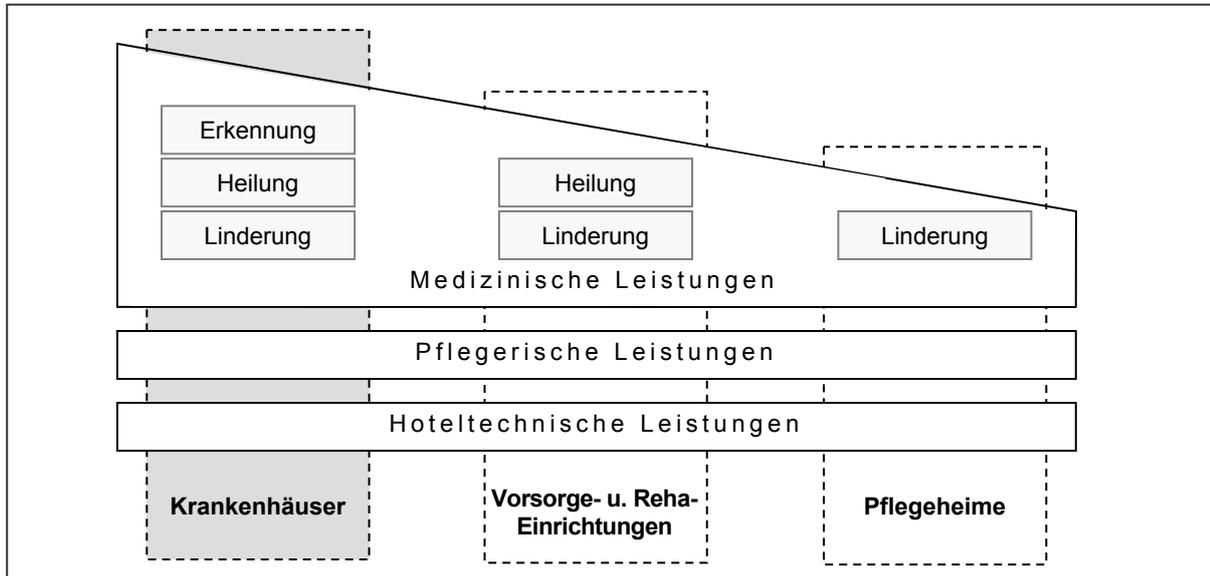
Die Gesundheitseinrichtungen grenzen sich hinsichtlich der Bedeutung der medizinischen Komponente gegeneinander ab. Diese nimmt von Krankenhäusern über Vorsorge- und Re-

<sup>104</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2006), S. 9; Wendel (2001), S. 39 und 42.

## 2. Grundlagen der Untersuchung

### Öffentliche Krankenhäuser

habilitationseinrichtungen bis hin zu Pflegeheimen immer weiter ab, während pflegerische und hoteltechnische Komponenten bei allen Einrichtungen eine ähnliche Rolle spielen (vgl. Abbildung 9). Eine institutionelle Trennung der Einrichtungsarten ist dabei keinesfalls zwingend.<sup>105</sup>



**Abbildung 9: Abgrenzung stationärer Gesundheitseinrichtungen.**

Quelle: Wendel (2001), S. 42.

### 2.2.1.2 Krankenhausbegriff

Zur Abgrenzung des Krankenhausbegriffes<sup>106</sup> wird zunächst auf die bestehenden gesetzlichen Vorschriften zurückgegriffen. Der Begriff des Krankenhauses wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz definiert. Entsprechend § 2 KHG sind Krankenhäuser „...Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfsleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht sind und gepflegt werden können.“

In den Regelungen des Sozialgesetzbuches V (SGB V) werden Krankenhäuser ebenfalls definiert als Grundlage für die Festlegungen zu den Beziehungen zwischen den Leistungserbringern des Gesundheitswesens. In vielen Punkten übereinstimmend, aber ausführlicher und detaillierter sind Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 SGB V:

„Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,

<sup>105</sup> Vgl. Wendel (2001), S. 41 ff.

<sup>106</sup> Die Begriffe stationäre Einrichtung, Klinikum und Hospital werden im Folgenden synonym zum Begriff Krankenhaus verwendet.

3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“

Wesentlicher Unterschied der beiden Begriffsdefinitionen ist deren Begriffsumfang. Während das KHG Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen einschließt, stellen diese keine Krankenhäuser im Sinne des SGB V dar. Dort werden Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als gesonderter Leistungserbringer erfasst, im § 107 Abs. 2 SGB V explizit definiert und damit gegenüber dem Krankenhausbegriff abgegrenzt.

### 2.2.1.3 Krankenhaustyp und Zulassungsart

Bei Krankenhäusern lassen sich drei grundsätzliche Typen unterscheiden: Allgemeine, Sonstige und Bundeswehrkrankenhäuser.<sup>107</sup> Die Allgemeinen Krankenhäuser verfügen über Betten in vollstationären Fachabteilungen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische und/oder neurologische Patienten und Patientinnen vorgehalten werden.

Die Gruppe der Allgemeinen Krankenhäuser lässt sich entsprechend der Art der Zulassung in weitere vier Kategorien untergliedern. Diese Unterscheidung ist in § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt, wo festgelegt ist, in welchen Häusern Krankenkassen Behandlungen erbringen lassen dürfen. Demnach werden nach **der Art der Zulassung** unterschieden:<sup>108</sup>

- (1) Hochschulkliniken/ Universitätsklinika: Krankenhäuser die nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden.<sup>109</sup>
- (2) Plankrankenhäuser: Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.
- (3) Vertragskrankenhäuser: Krankenhäuser, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach § 108 Nr. 3 SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen sind.
- (4) Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V: Krankenhäuser, die unter keine der oben stehenden Kategorien fallen.<sup>110</sup>

Von den Allgemeinen Krankenhäusern ist als zweiter Krankenhaustyp die Gruppe der Sonstigen Krankenhäuser abzugrenzen. Dabei handelt es sich um Kliniken, die ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und/oder neurologischen Betten vorhalten sowie

---

<sup>107</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (1997), S. 6.

<sup>108</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2006), S. 9 und 24.

<sup>109</sup> Bis Ende 2006 erfolgte die Finanzierung des Aus- und Neubaus von Hochschulen nach dem HBFVG, ab 2007 erfolgte eine Umstellung auf landesrechtliche Vorschriften, vgl. weiterführend zur Investitionsfinanzierung von Hochschulkliniken Abschnitt 3.3.2.2.

<sup>110</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2006), S. 9. Bei dieser Kategorie handelt es sich im Wesentlichen um private Krankenhäuser, die ausschließlich Selbstzahler behandeln und daher keinen Versorgungsauftrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben.

## 2. Grundlagen der Untersuchung

### Öffentliche Krankenhäuser

---

reine Tages- oder Nachtkliniken, die ausschließlich teilstationäre Leistungen erbringen.<sup>111</sup> In dem dritten Krankenhaustyp, den Bundeswehrkrankenhäusern, werden vorwiegend Leistungen für Angehörige der Bundeswehr erbracht.

Krankenhaustyp	Anzahl Einrichtungen	Anzahl Betten	Marktanteil bezogen auf die Anzahl Betten
Allgemeine Krankenhäuser	1.817	473.595	92,5%
Sonstige Krankenhäuser	287	37.172	7,3%
Bundeswehrkrankenhäuser	7	907	0,2%
Gesamt	2.011	511.674	100%

**Tabelle 2: Marktanteile der Krankenhaustypen, Stand 2006.**<sup>112</sup>

Quelle: Eigene Darstellung unter Verwendung von Daten des Statistischen Bundesamtes (2007), S. 19.

Aus Tabelle 2 wird deutlich, dass der Krankenhausmarkt in Deutschlands von Allgemeinen Krankenhäusern dominiert wird. Die beiden anderen Kategorien stellen aufgrund ihrer Ausrichtungen auf eine besondere Patientengruppe die Ausnahme dar. Grundsätzlich können bei allen Krankenhaustypen PPP-Projekte initiiert werden. Aufgrund der Sonderstellung Sonstiger und Bundeswehrkrankenhäuser beziehen sich die weiteren Auswertungen vornehmlich auf die Gruppe der Allgemeinen Krankenhäuser.

#### 2.2.1.4 Leistungskapazitäten

Das quantitative Leistungsangebot von Krankenhäusern kann u.a. anhand der Anzahl vorgehaltener Betten eingeschätzt werden. Eine mögliche Einteilung unterscheidet fünf Größenkategorien:<sup>113</sup>

- Kleinstkrankenhäuser: < 50 Betten
- Kleinkrankenhäuser: 50 – 199 Betten
- Mittlere Krankenhäuser: 200 – 399 Betten
- Größere Krankenhäuser: 400 – 599 Betten
- Großkrankenhäuser: ab 600 Betten

In der BRD existiert eine große Anzahl kleiner Kliniken. Die deutschlandweit bestehenden 400 Kleinst- und 790 Kleinkrankenhäuser stellen mit 56 % mehr als die Hälfte aller Kranken-

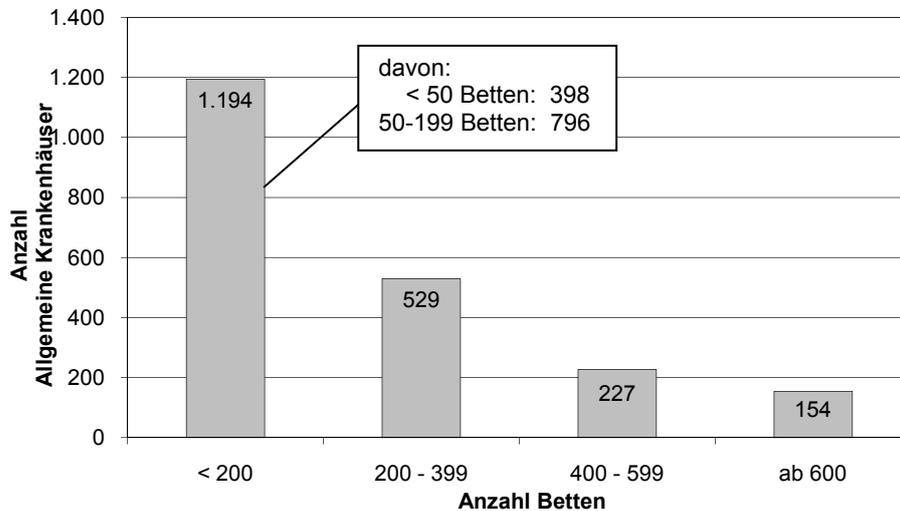
---

<sup>111</sup> Seit 2005 werden in dieser Kategorie nur die Krankenhäuser erfasst, die psychiatrische und neurologische Betten in Kombination aufweisen. In den Jahren 2002 bis 2004 bestand eine abweichende Definition, die auch Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten einbezog.

<sup>112</sup> Die Statistik weist insgesamt 2.104 Krankenhäuser mit 510.767 aufgestellten Betten in Deutschland für das Jahr 2006 aus. Die 7 Bundeswehrkrankenhäuser mit insgesamt 907 Betten sind darin nicht enthalten - diese werden separat „nachrichtlich“ angegeben.

<sup>113</sup> In Anlehnung an Fleißa (2007c), S. 67.

häuser. Werden beide Kategorien wie in Abbildung 10 zusammengefasst,<sup>114</sup> ist erkennbar, dass die Anzahl der Krankenhäuser immer weiter abnimmt, je mehr Betten diese vorhalten.<sup>115</sup>



**Abbildung 10: Einteilung der Allgemeinen Krankenhäuser nach Anzahl der Betten.**

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes (2006), S. 19.

### 2.2.1.5 Versorgungsstufen

Im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung kann seitens der Länder<sup>116</sup> eine **Abstufung des Leistungsangebotes** der landesweiten Krankenhäuser vorgenommen werden. Bis auf Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen ordnen alle Bundesländer die Versorgungsaufträge der Krankenhäuser in Leistungskategorien, so genannten Anforderungs- oder Versorgungsstufen. Die Bezeichnungen und Abgrenzung der Stufen werden landesspezifisch festgelegt. Aufgrund der Länderhoheit bei der Krankenhausbedarfsplanung existiert keine allgemeingültige Einteilung.<sup>117</sup> Eine solche bestand nur kurzzeitig im KHG in der Fassung von 1991 in Form einer Überleitungsvorschrift aus Anlass und Herstellung der Deutschen Einheit.<sup>118</sup>

<sup>114</sup> Für die Abbildung eines Trends ist die Zusammenfassung der beiden Kategorien Kleinst- und Kleinkrankenhäuser sinnvoll, da damit einheitliche Stufen von jeweils 200 Betten die Vergleichsgrundlage bilden.

<sup>115</sup> Die Angaben beziehen sich auf Allgemeine Krankenhäuser. Vgl. zu dieser Eingrenzung Abschnitt 2.2.1.3.

<sup>116</sup> Entsprechend § 6 KHG sind die Länder für Krankenhausplanung und Investitionsprogramme zuständig.

<sup>117</sup> Vgl. Damkowski et al. (2000), S. 39, der bemängelt, dass die Begriffe der Grund-, Regel-, Schwerpunkt-, Zentral- und Maximalversorgung in der Fachliteratur häufig nicht überschneidungsfrei, teilweise sogar widersprüchlich nebeneinander stehen. Dies ist u.a. eine Folge der in den Bundesländern unterschiedlich getroffenen Festlegungen.

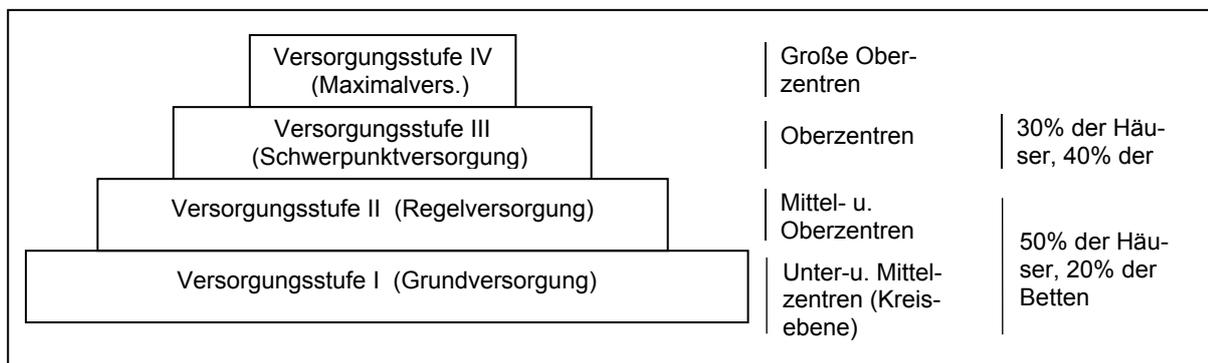
<sup>118</sup> Vgl. § 23 KHG in der Fassung vom 10.4.1991. Darin wurde die Einteilung von Krankenhäusern nach Versorgungsstufen in den neuen Bundesländern bis zum 31.12.1993 verbindlich vorgeschrieben. Dafür wurden die 4 Versorgungsstufen: (1) Orts- und Stadtkrankenhaus: Krankenhaus der Grundversorgung, (2) Krankenhäuser: Krankenhäuser der Regelversorgung, (3) Bezirkskrankenhäuser: Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung, (4) Fachkrankenhäuser: Krankenhäuser der Zentralversorgung vorgegeben. Öffentliche Krankenhäuser wurden diesen direkt zugeordnet, während frei-gemeinnützige und private Kliniken erst von der zuständigen Landesbehörden entsprechend klassifiziert wurden. Vgl. dazu weiterführend Damkowski et al. (2000), S. 36 ff.

## 2. Grundlagen der Untersuchung

### Öffentliche Krankenhäuser

Die Zuordnung der Krankenhäuser zu verschiedenen Versorgungsstufen erfolgt nach deren Breite und Tiefe des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebots.<sup>119</sup> Als Kriterien für die Einordnung werden insbesondere die Anzahl der Fachabteilungen, die Bettenkapazität, das Abteilungs- und Fachgebietsangebot sowie die Großgeräteausstattung<sup>120</sup> und die Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung herangezogen.<sup>121</sup> Dabei wird deutlich, dass viele der oben vorgestellten Klassifizierungsmerkmale in die Einordnung der Versorgungsstufe einfließen.

Die meisten der **landesspezifischen Regelungen** lassen sich auf eine Einteilung zurückführen, wie sie im Folgenden vorgestellt wird. Eine solche Gliederung weist, wie in Abbildung 11 gezeigt, typischerweise vier Stufen auf, wobei mit ansteigender Stufe Leistungsspektrum und -umfang zunehmen.<sup>122</sup>



**Abbildung 11: Versorgungsstufen in der Krankenhausbedarfsplanung.**

Quelle: In Anlehnung an Brecht (2007), S. 13 ff.

Krankenhäuser der **Grundversorgung** haben die Aufgabe, in jeder Region wohnortsnah die Versorgung für die am häufigsten auftretenden Krankheitsfälle abzusichern.<sup>123</sup> Sie halten i.d.R. mindestens eine Fachabteilung für Innere Medizin oder Chirurgie vor und leisten damit einen Beitrag zur Grundversorgung der Bevölkerung. Die Häuser sind i.d.R. in Unter- und Mittelzentren (Kreisebene) angesiedelt und haben ausschließlich eine lokale Bedeutung.<sup>124</sup>

Sie unterstützen die Krankenhäuser der **Regelversorgung**, die mindestens die Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie umfassen<sup>125</sup> und deren zentrale Aufgabe es ist, die Grundversorgung der Bevölkerung im Einzugsgebiet zu gewährleisten. Typische Leistungen der Grundversorgung sind häufig auftretende Behandlungsanlässe, wie bspw. Blinddarm-, Leistenbruch- oder Gallenblasenoperationen.<sup>126</sup> Die Häuser dieser Kategorie stehen i.d.R. in Mit-

<sup>119</sup> Vgl. Assad (2000), S. 23; Damkowski et al. (2000), S. 37.

<sup>120</sup> Als medizin-technische Großgeräte sind insbesondere einzuordnen: Computer-Tomographen, Dialysegeräte, Digitale Subtraktions-Angiographiegeräte, Gammakameras, Herz-Lungen-Maschine, Kernspintomographen, Koronarangiographische Arbeitsplätze, Linearbeschleuniger (Kreisbeschleuniger), Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET), Stoßwellenlithotripter, Tele-Kobalt-Therapiegeräte.

<sup>121</sup> Vgl. DKG (2004), S. 63 - 64.

<sup>122</sup> Die Angaben Ober-, Mittel- und Unterzentrum werden entsprechend dem System der zentralen Orte von Walter Christaller verwendet. Diese Größenklassifikationen von städtischen Zentren werden in den einzelnen Bundesländern im Rahmen der Regionalplanung unterschiedlich definiert.

<sup>123</sup> Vgl. Brecht (2007), S. 13 ff.

<sup>124</sup> Vgl. Fleßa (2007c), S. 108.

<sup>125</sup> Bei Bedarf werden auch weitere Fachabteilungen vorgehalten, insbesondere Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO, Augenheilkunde, nur in Ausnahmefällen Urologie und Orthopädie.

<sup>126</sup> Vgl. Bezirksregierung Köln (2006), S. 7.

tel- oder Oberzentren. Während Häuser der I. Stufe i.d.R. 200 bis 300 Betten aufweisen, sind für Krankenhäuser der II. Stufe mindestens 300 Betten üblich.

Die Bedarfsplanung der Krankenhäuser der ersten beiden Versorgungsstufen erfolgt meist durch die Landkreise und die kreisfreien Städte, wobei eine flächendeckende Versorgung als Maßgabe im Mittelpunkt steht. Es wird angestrebt, dass pro Landkreis mindestens ein Krankenhaus vorgehalten wird.

Krankenhäuser der Versorgungsstufe III haben eine überörtliche Bedeutung. Sie stellen eine medizinische Versorgung in allen Disziplinen sicher und verfügen darüber hinaus in einigen Disziplinen über eine Spezialversorgung.<sup>127</sup> Aufgrund überörtlicher Aufgaben in den Bereichen Diagnose und Therapie wird für diese Leistungsstufe oft die Bezeichnung **Schwerpunktversorgung** geführt.<sup>128</sup> Häuser dieser Kategorie verfügen i.d.R. über mindestens 600 Betten und sind ausschließlich in Oberzentren vorzufinden.

Die höchste medizinische Leistungsfähigkeit weisen die Krankenhäuser der IV. Versorgungsstufe auf. Neben der Abdeckung des gesamten medizinischen Behandlungsprogramms erfolgt eine hohe Integration von Spezialgebieten. Üblicherweise verfügen Häuser dieser Kategorie über mehr als 800 Betten. Der Großteil dieser **Maximalversorger** sind Universitätskliniken.<sup>129</sup>

Experten gehen davon aus, dass sich in Zukunft drei wesentliche Krankenhaustypen mit einem jeweils spezifischen Leistungsbild herausbilden werden (vgl. Tabelle 3). Kleine Häuser mit bis zu 150 Betten werden sich demnach auf maximal drei Fachrichtungen beschränken. Ihre Hauptaufgabe wird die Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung darstellen. Dafür werden sie mit medizinischen Grunddisziplinen, wie z.B. Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie, ausgestattet sein und eine medizinische Spezialisierung aufweisen. Sie werden als Portalklinika die erste Anlaufstelle der Bevölkerung darstellen und für medizinische Leistungen, die sie nicht selbst abdecken können, den Patienten zu einem größeren Krankenhaus überweisen.

---

<sup>127</sup> Vgl. Fleßa (2007c), S. 89.

<sup>128</sup> Vgl. Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein; Teilweise parallel zur Kategorie der Schwerpunktversorgung wird in einigen Bundesländern die Kategorie der Zentralversorgung geführt, siehe Hamburg, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein.

<sup>129</sup> Vgl. Brecht (2007), S. 13 ff.; Floß (2007c), S. 95 ff.; als Beispiel für die konkreten Regelungen in Bayern siehe Art. 4 Abs. 2 BayKrG.

## 2. Grundlagen der Untersuchung

### Öffentliche Krankenhäuser

---

Zukünftige Krankentypen	Leistungsspektrum	Besonderheiten
Kleine Häuser mit bis zu 150 Betten	Max. 3 Fachrichtungen	Häufig geteilte Infrastruktur (begrenzte eigene Vorhaltung)
Mittelgroße Häuser mit 200 - 400 Betten	Breites allgemeines Spektrum	Verbundstruktur mit anderen „gleichwertigen“ Häusern
Große Häuser mit 500 - 700 Betten	Schwerpunkt- und Maximalversorgung	Häufig Zentrum von Verbundstrukturen

**Tabelle 3: Zukunftsweisende Krankentypen.**

Quelle: in Anlehnung an Klauber/ Robra/ Schellschmidt (2007), S. 67 ff.

Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass sich eine Gruppe mittelgroßer Häuser mit 200 bis 400 Betten herausbildet, die neben dem örtlichen auch den überörtlichen Bedarf an medizinischer Versorgung abdeckt. Diese Häuser werden zwar weiterhin ein breites Leistungsspektrum aufweisen, das aber aufgrund der Bestrebungen zur Kostensenkung und Effizienzsteigerung begrenzt sein wird. Es werden vielmehr Verbundstrukturen mit Kliniken der höchsten Stufe entstehen sowie verstärkt Spezialisierungen erfolgen. Die höchste Stufe der drei erwarteten zukünftigen Krankentypen wird von den Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung gebildet, die mit ihrem alle Fachdisziplinen umfassenden Leistungsangebot künftig die Zentren der Verbund- und Kooperationsstrukturen bilden werden.

Welche Entwicklungen speziell bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft festzustellen sind und wie sich die Umstrukturierungen der vergangenen Jahre am Krankenhausmarkt auf diese Gruppe ausgewirkt haben, wird im nächsten Abschnitt hinterfragt.

### 2.2.2 Abgrenzung öffentlicher Krankenhäuser

Im Fokus der nachfolgenden Ausführungen stehen die öffentlichen Krankenhäuser. Diese grenzen sich nicht nur hinsichtlich ihrer Trägerschaft zu frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ab. Die in der Gruppe zusammengefassten **kommunalen Krankenhäuser** und **Universitätskliniken**,<sup>130</sup> weisen weitere spezifische Merkmale auf.

#### 2.2.2.1 Trägerschaft

Als Rechtsträger oder verkürzt Träger wird diejenige Institution angesehen, die ein Krankenhaus betreibt und bewirtschaftet. Demnach werden nach der Art der Trägerschaft öffentliche, frei-gemeinnützige und private Krankenhäuser unterschieden.<sup>131</sup> Bei mehreren Trägern eines Krankenhauses ist die überwiegende Beteiligung bzw. das überwiegende Tragen der Geld-

---

<sup>130</sup> Nur eine der Universitätskliniken in Deutschland steht nicht in öffentlicher Trägerschaft. Vgl. hierzu Abschnitt 2.2.2.1.

<sup>131</sup> Vgl. Theisen (1998), S. 9.

lasten maßgebend.<sup>132</sup> Die in Deutschland bestehende vielfältige Trägerstruktur wird durch den Gesetzgeber geschützt, indem sie im § 1 Abs. 2 KHG als Zielvorgabe verankert ist.<sup>133</sup>

Als Träger öffentlicher Krankenhäuser agieren Gebietskörperschaften, wie Bund, Länder, Bezirke, Kreise, Gemeinden, aber auch deren Zusammenschlüssen (z.B. Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbände) oder Sozialversicherungsträger (z.B. Landesversicherungsanstalt oder Berufsgenossenschaften). Davon zu unterscheiden sind Krankenhäuser in freigeinnütziger Trägerschaft. Diese werden von kirchlicher und freier Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen getragen.<sup>134</sup> Bei Häusern dieser Trägerform nehmen selbstbestimmte karitative, diakonische, humanitäre oder weltanschauliche Wertvorstellungen<sup>135</sup> und Ziele eine dominante Rolle ein. Als dritte Form kann ein Krankenhaus von einem privaten Träger geleitet werden.<sup>136</sup> Diese Einrichtungen bedürfen als gewerbliche Unternehmen eine Konzession nach § 30 Gewerbeordnung.<sup>137</sup>

Die drei Trägergruppen weisen nicht nur bei den institutionellen Merkmalen Unterschiede auf, sondern daraus abgeleitet auch bezüglich ihrer Zielsetzung.<sup>138</sup> Während private Träger aus erwerbswirtschaftlichen Motiven agieren (for-profit), sind öffentliche und freigeinnützige Träger bedarfswirtschaftlich ausgerichtet (non-profit).<sup>139</sup> Die letzteren beiden Trägergruppen weisen einen weiteren Unterschied auf. Öffentliche Träger handeln im Rahmen eines fremdbestimmten öffentlichen Auftrags. Freigeinnützige Träger hingegen verfolgen einen frei gewählten z.B. karitativen Zweck.<sup>140</sup>

Als Folge der finanziell angespannten Lage vieler Länder und Kommunen ist eine zunehmende Veräußerung von öffentlichen Krankenhäusern an private Investoren festzustellen.<sup>141</sup> Viele Kommunen sahen im Verkauf ihrer Krankenhäuser die einzige Möglichkeit zur dauerhaften Entlastung des eigenen Haushaltes. Die Entwicklung der Trägerstruktur in Deutschland wird in Abbildung 12 wiedergegeben. Wie auch die folgenden Statistiken beziehen sich die Werte auf die Gruppe der Allgemeinen Krankenhäuser.<sup>142</sup>

---

<sup>132</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2006), S. 9.

<sup>133</sup> Vgl. § 1 Abs. 2 KHG: „Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten.“

<sup>134</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2006), S. 9.

<sup>135</sup> Vgl. Wendel (2001), S. 86.

<sup>136</sup> Die Bezeichnung „privat“ ist eigentlich unpräzise. Denn auch freigeinnützige Träger sind als private Organisationen einzustufen, sodass die Bezeichnung „privat-kommerzielle Trägerschaft“ exakter wäre. Da die verkürzte Bezeichnung „privat“ aber sowohl im allgemeinen Sprachgebrauch als auch in offiziellen Statistiken verwendet wird, soll dem auch in dieser Arbeit entsprochen werden. Vgl. dazu auch Wendel (2001), S. 45.

<sup>137</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2006), S. 9.

<sup>138</sup> Zur Einordnung als öffentliches Krankenhaus bei privater Beteiligung an der Trägergesellschaft vgl. Abschnitt 2.2.2.2.

<sup>139</sup> Vgl. u.a. Assad (2000), S. 22.

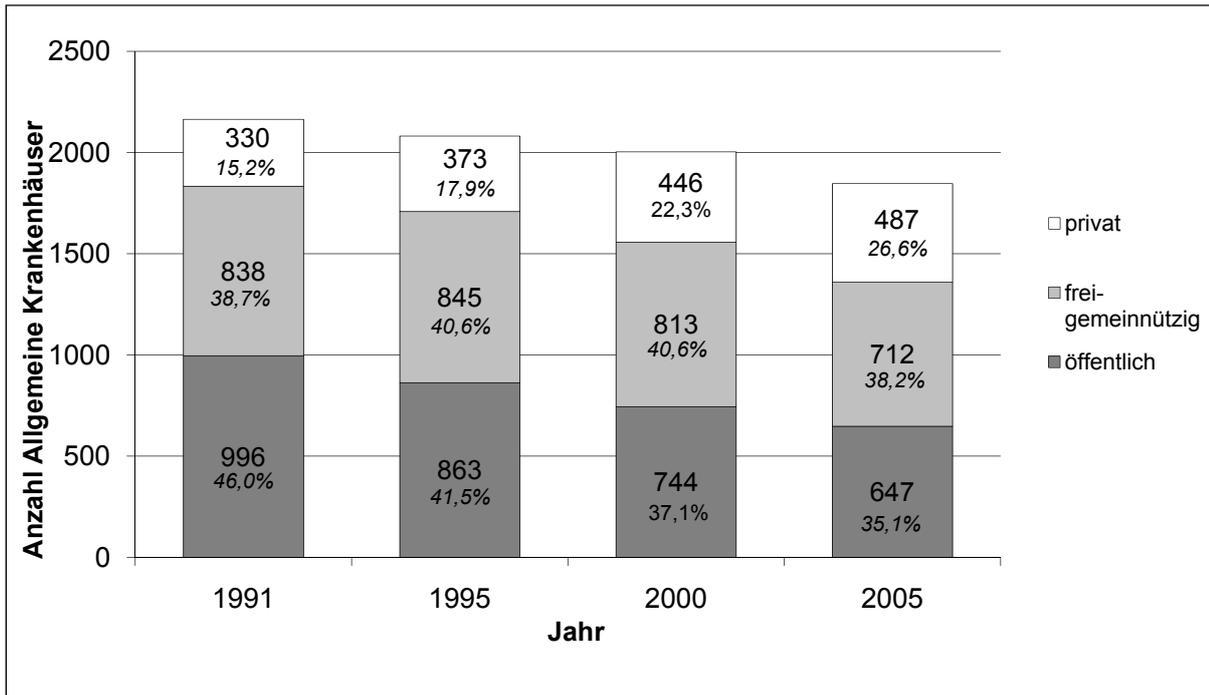
<sup>140</sup> Vgl. Wendel (2001), S. 45 ff.

<sup>141</sup> Weitere Informationen zur materiellen Privatisierung siehe Abschnitt 3.1.2.1.

<sup>142</sup> Vgl. zur Gruppe der Allgemeinen Krankenhäuser Abschnitt 2.2.1.3.

## 2. Grundlagen der Untersuchung

### Öffentliche Krankenhäuser



**Abbildung 12: Aufteilung der Allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft 1991 bis 2005.**

Quelle: Statistisches Bundesamt (1992); Statistisches Bundesamt (1997); Statistisches Bundesamt (2001); Statistisches Bundesamt (2006).

Der **Vergleich** mit den Anteilen der einzelnen **Trägerarten** seit der Einführung einer bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik im Jahr 1991 zeigt einen deutlichen Anstieg des Anteils privater Krankenhäuser. Lag deren Anteil 1991 noch bei 15,2 %, stieg dieser über die Jahre kontinuierlich an und betrug 2005 bereits 26,6 %.<sup>143</sup> Im gleichen Zeitraum sank die Anzahl öffentlicher Träger von 46,0 % auf 35,1 % ab, während der Anteil frei-gemeinnütziger Krankenhäuser im untersuchten Zeitraum nur geringfügig schwankte und mit 38,2 % im Jahr 2005 das gleiche Niveau wie 1990 aufweist. Die Zahlen verdeutlichen, dass die Klinika in privater Trägerschaft nahezu ausschließlich öffentliche ersetzen.

Insgesamt ist seit Jahren eine kontinuierliche Verringerung der Anzahl der Krankenhäuser zu verzeichnen. Allein zwischen 1991 und 2005 sank die Anzahl der Krankenhäuser von 2.411 um 272 Einrichtungen (11,3 %) auf 2.139<sup>144</sup> und dieser Trend hält weiter an.<sup>145</sup>

Trotz der ständig sinkenden Zahl öffentlicher Krankenhäuser stellen diese im Jahr 2005 mit insgesamt rund 250.000 Betten immer noch mehr als die Hälfte der Bettenkapazitäten in Deutschland (vgl. Abbildung 13).<sup>146</sup> Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die 34 Universitätskliniken<sup>147</sup> nahezu vollständig in öffentlicher Trägerschaft stehen. Eine Aus-

<sup>143</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2007), S. 13.

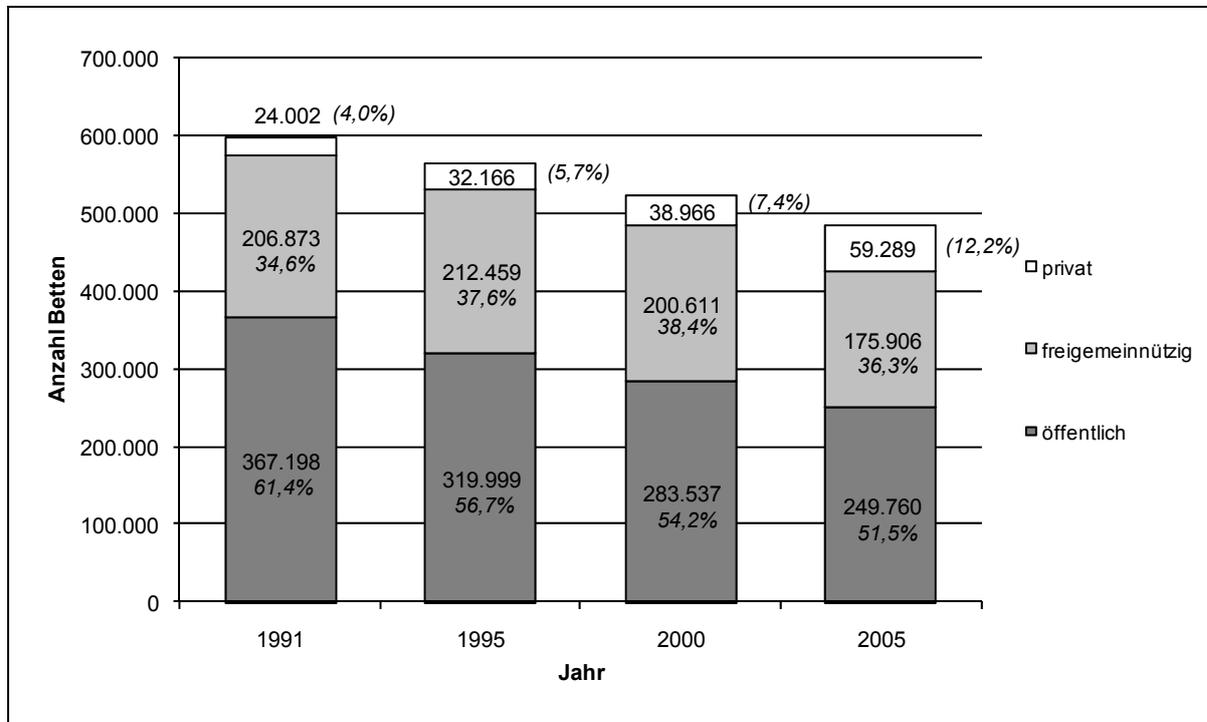
<sup>144</sup> Ebenso wie die Gesamtzahl der Krankenhäuser entwickelte sich auch die Anzahl der Allgemeinen Krankenhäuser rückläufig. Da deren Anzahl die Grundlage der Abbildung 12 bildet, werden auch diese Daten zum Vergleich angegeben: Anzahl Allgemeine Krankenhäuser 1990: 2.207, 2005: 1.846. Das Verhältnis entspricht einem Rückgang von 16,4 %.

<sup>145</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2007), S. 13: Im Jahr 2006 betrug die Anzahl der Krankenhäuser nur noch 2.104.

<sup>146</sup> Vgl. Abbildung 13: Der Anteil öffentlicher Träger an der Bettenkapazität beträgt im Jahr 2005: 51,5 %.

<sup>147</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2007), S. 19.

nahme bildet das Universitätsklinikum Gießen-Marburg, das am 04.1.2006 als erstes Hochschulkrankenhaus einer materiellen Privatisierung<sup>148</sup> zugeführt wurde.<sup>149</sup> Das Land Hessen verkaufte 95 % der Anteile an die Rhön-Klinikum AG. Auch diese Transaktion ist ein Beispiel für den allgemeinen Privatisierungstrend im Krankenhausbereich bei fortwährendem Rückzug öffentlicher Träger.<sup>150</sup>



**Abbildung 13: Aufteilung der Betten in Allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft 1991 bis 2005.**

Quelle: Statistisches Bundesamt (1992); Statistisches Bundesamt (1997); Statistisches Bundesamt (2001); Statistisches Bundesamt (2006).

### 2.2.2.2 Rechtsformen

Unabhängig von der Trägerschaft weisen deutsche Krankenhäuser am häufigsten die Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) auf.<sup>151</sup> Etwas weniger häufig werden die Krankenhäuser als gemeinnützige GmbH (gGmbH),<sup>152</sup> Eigenbetrieb, Regiebetrieb oder als Stiftung geführt.<sup>153</sup>

<sup>148</sup> Umgangssprachlich wird bei einem Verkauf oft fälschlicherweise verkürzt von „Privatisierung“ gesprochen. Korrekterweise stellt die materielle Privatisierung nur eine von mehreren Unterformen der Privatisierung dar. Vgl. zu Inhalt und Abgrenzung der materiellen Privatisierung Abschnitt 3.1.2.1.

<sup>149</sup> Vgl. Frank (2006).

<sup>150</sup> Auch 2006 setzt sich dieser Trend fort. In diesem Jahr wurden von öffentlichen Trägern 238.272 Betten vorgehalten. Der Anteil an der Gesamtbettenkapazität sank damit weiter auf 50,3 %.

<sup>151</sup> Vgl. Bittroff (2007), S. 87.

<sup>152</sup> Bei einer gGmbH handelt es sich um eine besondere Form der Gesellschaft mit beschränkter Haftung, die allerdings keine eigene Gesellschaftsform darstellt und als solche ebenfalls den Vorschriften des GmbH-Gesetzes unterliegt. Einer gGmbH werden aufgrund einer gemeinnützigen Ausrichtung Steuervergünstigungen gewährt. Die von einer gGmbH erwirtschafteten Gewinne müssen einem gemeinnützigen Zweck zugeführt werden und dürfen grundsätzlich nicht an die Gesellschafter ausgeschüttet werden.

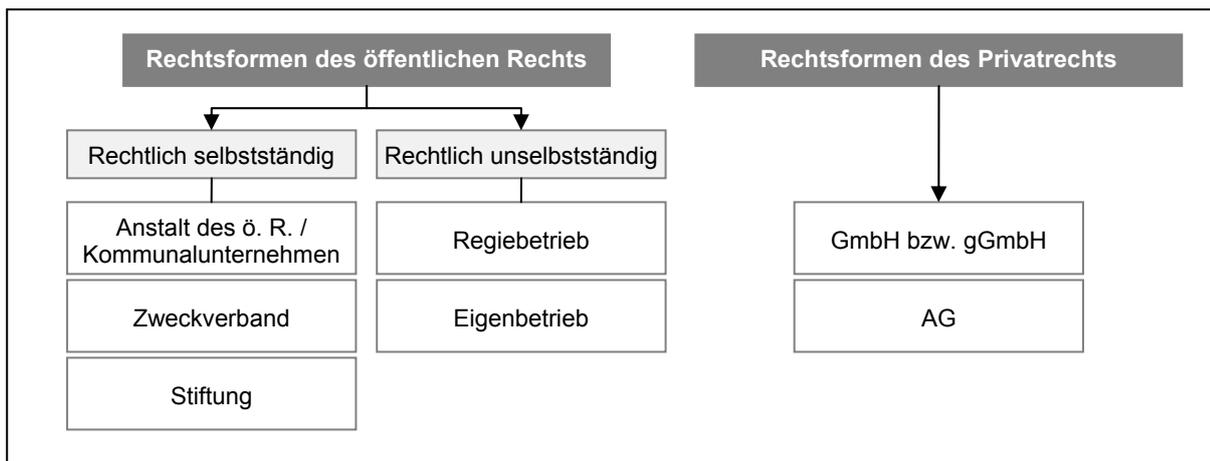
<sup>153</sup> Vgl. Haarländer (2007), S. 13.

## 2. Grundlagen der Untersuchung

### Öffentliche Krankenhäuser

Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft können sowohl eine öffentlich-rechtliche als auch eine privatrechtliche Rechtsform aufweisen. Bei einem Betrieb in **öffentlich-rechtlicher** Form agieren die Krankenhäuser entsprechend Abbildung 14 entweder rechtlich selbstständig oder rechtlich unselbstständig. Dieser Aspekt hat Auswirkungen darauf, wie eng das Krankenhaus mit der Struktur des Trägers verknüpft ist.

Die in **privatrechtlicher Form** betriebenen Krankenhäuser befinden sich dann in öffentlicher Trägerschaft, wenn ein öffentlicher Träger mittelbar oder unmittelbar mehr als 50 v. H. des Nennkapital oder der Stimmrechte hält.<sup>154</sup> In der Abbildung 14 sind die Rechtsformen des Privatrechts aufgeführt, in denen öffentliche Krankenhäuser geführt werden können.



**Abbildung 14: Rechtsformen für Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft.**

Quelle: in Anlehnung an Haarländer (2007), S. 14.

Davon abzugrenzen sind Krankenhäuser in **privater Trägerschaft**, die anders als die öffentlichen Krankenhäuser von natürlichen oder juristischen Personen des privaten Rechts betrieben werden.<sup>155</sup> Das heißt, es kommen die Rechtsformen der Kapital-, Einzel- oder Personengesellschaft in Betracht.<sup>156</sup>

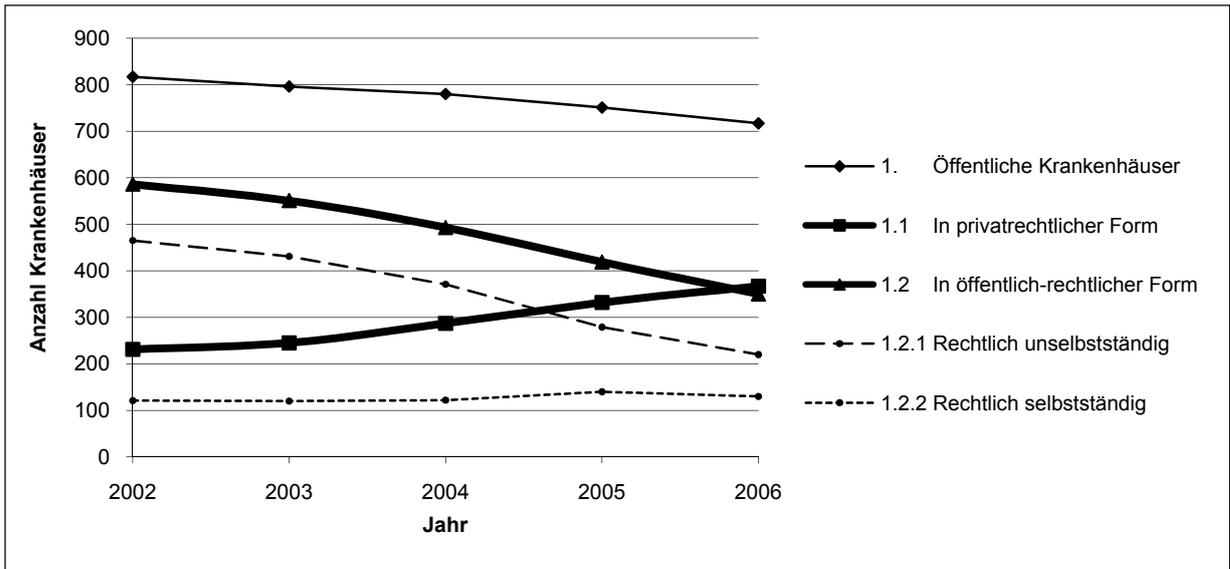
Die Rechtsform eines Krankenhauses ist ausschlaggebend dafür, ob das Krankenhaus selbst öffentlicher Auftraggeber ist oder ob diese Funktion vom Krankenhausträger eingenommen wird. Bei rechtlicher Eigenständigkeit des Klinikums, bspw. als gGmbH, ist dieses selbst Vertragspartner. Handelt es sich um ein rechtlich in die Verwaltung eingegliedertes Krankenhaus, bspw. um einen Eigenbetrieb, ist hingegen der Krankenhausträger Vertragspartner.<sup>157</sup>

<sup>154</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2006), S. 9.

<sup>155</sup> Vgl. Wendel (2001), S. 45.

<sup>156</sup> Vgl. dazu Theisen (1998), S. 9.

<sup>157</sup> Vgl. PwC (2007), S. 55.



**Abbildung 15: Rechtsformen öffentlicher Krankenhäuser 2002 bis 2006.**

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003 - 2007).

Bei den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft besteht ein deutlicher Trend zu einer verstärkten Verselbständigung gegenüber dem Träger. Immer mehr öffentliche Krankenhäuser werden in eine privatrechtliche Form umgewandelt. Im Jahr 2006 galt dies erstmals für die Mehrzahl der öffentlichen Häuser (vgl. Abbildung 15). Die Zahl der rechtlich unselbständigen Krankenhäuser (Regiebetrieb oder Eigenbetrieb) hat sich von 2002 bis 2006 mehr als halbiert und nimmt stetig weiter ab.<sup>158</sup> Und selbst den Krankenhäusern, die weiterhin in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform organisiert sind, wird zunehmend mehr Eigenverantwortung übertragen.

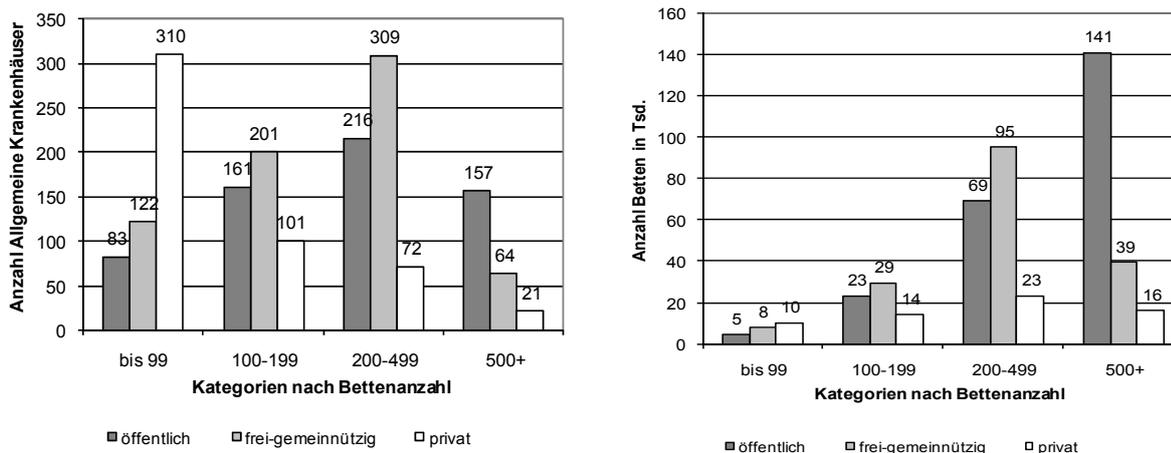
### 2.2.2.3 Leistungsangebot

Die Gruppe der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft weist auch bezüglich des Leistungsumfangs Unterschiede zu den anderen Trägergruppen auf. Am deutlichsten unterscheiden sich die Leistungswerte in der Gruppe mit mehr als 500 Betten je Haus, wie Abbildung 16 zeigt. 157 dieser insgesamt 242 Kliniken haben einen öffentlichen Träger, das entspricht einer Quote von 65 %.

<sup>158</sup> Im Jahr 2002 waren 465 öffentliche Kliniken in Deutschland rechtlich unselbstständig. Im Jahr 2006 waren es nur noch 220. Dies entspricht einem Rückgang von rd. 53 %.

## 2. Grundlagen der Untersuchung

### Öffentliche Krankenhäuser



**Abbildung 16: Vergleich des Leistungsumfang der Allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerart.**

Quelle: Eigene Darstellung, Daten des Statistischen Bundesamt für das Jahr 2006 (2007), S. 19.

Bezogen auf die Bettenanzahl fällt der Unterschied noch deutlicher aus. Entsprechend der Grafik auf der rechten Seite der Abbildung 16 weisen die 157 öffentlichen Krankenhäuser der Kategorie mit mehr als 500 Betten insgesamt eine Bettenkapazität von 140.959 auf. Das entspricht einem Anteil von 72 % der Betten dieser Größenkategorie. Die deutlichen Werte sind darauf zurückzuführen, dass die Universitätskliniken nahezu ausschließlich in öffentlicher Trägerschaft stehen und Deutschland im Grunde genommen von Kleinst- und kleinen Krankenhäusern geprägt ist.<sup>159</sup>

### 2.2.3 Ausgangssituation für den Einsatz von PPP

Public Private Partnership stellt nur für die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft eine Beschaffungsvariante dar. Bei dieser Gruppe handelt es sich um ca. ein Drittel der deutschen Krankenhäuser,<sup>160</sup> die zudem über knapp die Hälfte der in Deutschland aufgestellten Betten verfügen.<sup>161</sup> Diese Zahlen sind durch den Verkauf öffentlicher Krankenhäuser insbesondere an private Investoren als dominierende Entwicklung der Trägerstruktur in Deutschland rückläufig. Dennoch ist das Anwendungspotenzial für PPP als umfangreich zu bezeichnen.

Insgesamt ist bei den öffentlichen Krankenhäusern eine verstärkte Verselbständigung festzustellen, z.B. durch Umwandlung in eine private Rechtsform. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass seitens der privaten PPP-Partner von dem öffentlichen Auftraggeber eine hohe Bonität und Zahlungssicherheit als Grundlage ihrer Investitionen erwartet wird.<sup>162</sup> Für öffentliche Krankenhäuser, die in privater Rechtsform organisiert und damit insolvenzfähig sind, trifft dies nicht zwangsläufig zu. Ob PPP unter diesen Umständen durchführbar ist und welche Auswirkungen damit verbunden sind, wird im Weiteren zu untersuchen sein.

<sup>159</sup> Vgl. Abbildung 10.

<sup>160</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2007), S. 19: von den 2.104 Krankenhäusern insgesamt weisen 717 (34,1 %) eine öffentliche Trägerschaft auf.

<sup>161</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2007), S. 19: von insgesamt 510.767 aufgestellten Betten stehen 260.993 (51,1 %) davon in öffentlichen Krankenhäusern.

<sup>162</sup> Dies gilt insbesondere bei einer Finanzierung als Forfaitierung mit Einredeverzicht.

Die Gruppe öffentlicher Krankenhäuser weist zudem Besonderheiten bei der Zusammensetzung auf. Zwei Drittel der Häuser in Deutschland mit über 500 Betten stehen in öffentlicher Trägerschaft. Gleichzeitig existieren aber auch viele kleinere kommunale Krankenhäuser, die Aufgaben der Grund- und Regelversorgung wahrnehmen.<sup>163</sup> Diese decken nicht selten gerade solche Gebiete ab, die aufgrund der schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen und ihrer räumlichen Weitläufigkeit für andere Träger nicht interessant sind. Auch diese Aspekte müssen bei der weiteren Betrachtung der Anwendbarkeit von PPP Berücksichtigung finden. U.a. bedeutet dies, dass zu hinterfragen ist, ob sich PPP als Beschaffungsvariante für alle Krankenhausgrößen bzw. Versorgungsstufen eignet. In den PPP-Eignungstest, der im nächsten Abschnitt thematisiert wird, sind diese Gesichtspunkte mit einzubeziehen.

## 2.3 PPP-Eignungstest

Der PPP-Eignungstest ist ein wichtiger Schritt während der Vorbereitung eines PPP-Projektes. Er dient dazu, die Machbarkeit und die zu erwartende Wirtschaftlichkeit eines Projektes frühzeitig einzuschätzen. In diesem Abschnitt wird aufgezeigt, welche Notwendigkeit für die Durchführung einer solchen Untersuchung besteht und wie diese grundsätzlich abläuft.

### 2.3.1 Gesetzliche Vorschriften zur Wirtschaftlichkeit

Die Grundlage für die Erstellung einer Eignungsprüfung stellt die gesetzliche Verpflichtung zu wirtschaftlicher und sparsamer Betriebsführung in der öffentlichen Verwaltung dar, die auch für öffentliche Krankenhäuser gilt.

#### 2.3.1.1 Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit

Die Aufgabenerfüllung durch die öffentliche Verwaltung unterliegt der Maßgabe einer wirtschaftlichen und sparsamen Durchführung. Diese Vorgabe ist in den gesetzlichen Vorschriften sowohl auf Bundes-, Landes- als auch kommunaler Ebene verankert, wobei die ersten Regelungen dieser Art bis in die 1870er Jahre zurück reichen. Wirtschaftlichkeits- und Sparsamkeitsgebote sind demnach rechtlich verbindliche Normen<sup>164</sup> und werden zu den wichtigsten materiellen Haushaltsgrundsätzen gezählt.<sup>165</sup>

Auch in den Vorschriften für das Gesundheitswesen wird darauf verwiesen. So heißt es in § 2 Abs. 4 SGB V, dass „Krankenkassen, Leistungsträger und Versicherte [...] darauf zu achten (haben), dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.“ Dieser Sachverhalt wird im § 12 Abs. 1 SGB V nochmals unter dem Begriff des Wirtschaftlichkeitsgebotes aufgegriffen und in § 113 SGB V direkt auf die Krankenhausbehandlungen bezogen.<sup>166</sup>

---

<sup>163</sup> Vgl. dazu die Abbildung 16. Demnach existierten im Jahr 2006 insgesamt 244 öffentliche Krankenhäuser mit einer Kapazität bis 200 Betten. Das entspricht einem Drittel an der Gesamtzahl der Krankenhäuser dieser Größenklasse.

<sup>164</sup> Vgl. Schmidt (2002), S. 19 und 27.

<sup>165</sup> Vgl. Mühlenkamp (2003), S. 57.

<sup>166</sup> Vgl. Kuchinke (2004), S. 27.

Daraus wird deutlich, dass die allgemeinen Anforderungen an die öffentliche Verwaltung hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ebenso auf öffentliche Krankenhäuser zutreffen. Auch diese sind zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung verpflichtet.<sup>167</sup>

### 2.3.1.2 Anwendung des Wirtschaftlichkeitsprinzips

In den gesetzlichen Vorgaben des Krankenhausbereichs werden die Begriffe „sparsam wirtschaftend“, wirtschaftliche Betriebsführung“ und „sparsame Wirtschaftsführung“ vom Gesetz- und Verordnungsgeber synonym verwendet.<sup>168</sup> Als identischer Aussagewert der Begriffe wird die Forderung nach Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Krankenhausbetriebsführung gestellt. Die Vorschriften enthalten aber keinerlei Legaldefinition der Begriffe „Wirtschaftlichkeit“ und „Sparsamkeit“, sodass diese als unbestimmte Rechtsbegriffe zu qualifizieren sind.<sup>169</sup>

Die gesetzlichen Forderungen lassen sich aber auf das Wirtschaftlichkeitsprinzip, auch als »Ökonomisches Prinzip«<sup>170</sup> bezeichnen, zurückführen. Dieses bildet entsprechend der Verwaltungsvorschrift VV-BHO § 7 die Grundlage des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Demnach sind „Mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit [...] - in Übereinstimmung mit der herrschenden Meinung in den Verwaltungswissenschaften - die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Sinne des § 7 BHO gemeint.“<sup>171</sup> Insofern leitet sich zum einen die Notwendigkeit der Anwendung des Wirtschaftlichkeitsprinzips direkt aus der Bundeshaushaltsordnung ab. Zum anderen wird deutlich, dass die Vorschrift auch das Sparsamkeitsgebot umfasst.

Unter einem wirtschaftlichen Handeln der öffentlichen Verwaltung wird eine bestmögliche Ausnutzung von Ressourcen verstanden. Dazu ist bei allen Maßnahmen „...die günstigste Relation zwischen dem verfolgten Zweck und den einzusetzenden Mitteln (Ressourcen) anzustreben...“<sup>172</sup>

Es werden zwei Varianten des Wirtschaftlichkeitsprinzips unterschieden. Beim Minimalprinzip (auch Sparsamkeitsprinzip genannt) besteht das Ziel darin, ein definiertes Ergebnis mit einem möglichst geringen Einsatz von Mitteln zu erreichen. Demgegenüber wird beim Maximalprinzip (auch Ergiebigkeitsprinzip genannt) mit einem definierten Mitteleinsatz ein bestmögliches Ergebnis angestrebt.<sup>173</sup> Der Unterschied im Ansatz der Herangehensweise wird in der Abbildung 17 dargestellt.

---

<sup>167</sup> Vgl. Lenzen (1985), S. 43.

<sup>168</sup> Vgl. zu betreffenden Vorschriften im Gesundheitswesen Abschnitt 2.3.1.1.

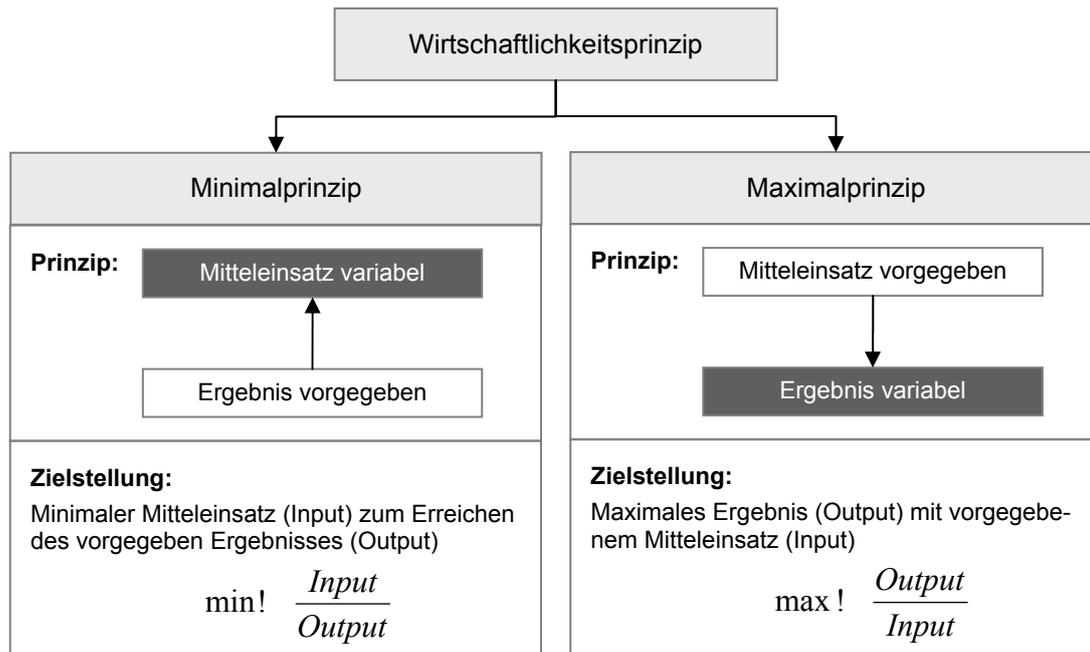
<sup>169</sup> Vgl. Lenzen (1985), S. 44.

<sup>170</sup> Vgl. Schmidt (2002), S. 27; Mühlenkamp (2003), S. 57; Schmidt (2001), S. 4.

<sup>171</sup> Vgl. VV-BHO § 7.

<sup>172</sup> Vgl. VV-BHO § 7, Schmidt (2002), S. 27.; Eichhorn (2005), S. 158.

<sup>173</sup> Vgl. Schmidt (2002), S. 28.



**Abbildung 17: Arten des Wirtschaftlichkeitsprinzips.**

Quelle: eigene Darstellung.

Der Zweck einer öffentlichen Aufgabe ist im weitesten Sinne politisch zu definieren. Das angestrebte Ergebnis, der »Output«, steht damit als Orientierungsgröße meist fest. Demnach stellt sich insbesondere die Frage, *wie* die öffentlichen Aufgaben zu erfüllen sind, um den Anforderungen, die sich aus dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ergeben, gerecht zu werden. Dadurch kommt dem **Minimalprinzip**, bei dem von einem vorgegeben Ergebnis ausgegangen wird, die höhere Bedeutung zu. Dieser Sachverhalt trifft grundsätzlich auch zu, wenn es gilt, die Wirtschaftlichkeit von PPP-Projekten einzuschätzen.<sup>174</sup> Im Normalfall wird die Zielstellung des geplanten PPP-Projektes durch die öffentliche Hand vorgegeben und es ist der minimale Mittleinsatz zum Erreichen der Vorgaben zu ermitteln.<sup>175</sup>

Über diese beiden Ansätze hinaus wird in der Literatur das so genannte **Optimalprinzip**, auch Minimalmaximalprinzip genannt, diskutiert. Demnach wird durch gleichzeitige Variation sowohl des Zwecks (Output) als auch der eingesetzten Mittel (Input) versucht, ein Optimum der Relation zu ermitteln. Die Vertreter dieses Ansatzes verweisen darauf, dass zu vergleichende Alternativen sich sowohl hinsichtlich des Inputs als auch ihres Outputs unterscheiden können.<sup>176</sup>

<sup>174</sup> Vgl. Hüsken/ Mann (2005), S. 145 - 151.

<sup>175</sup> Anmerkung: Prinzipiell besteht auch die Möglichkeit, dass im Rahmen eines PPP-Projektes die verfügbaren Mittel von der Politik festgesetzt werden und das bestmögliche Ergebnis das Zielkriterium darstellt. Dieser bei PPP-Projekten unübliche Ansatz des Maximalprinzips wurde im Rahmen des PPP-Schulprojektes in Monheim am Rhein angewendet (zu Projektdetails vgl. Cablitz/ Trost (2006), S. 400 - 416). Die Schwierigkeit besteht dabei insbesondere in der Vergleichbarkeit von qualitativ unterschiedlichen Angeboten zu einem vorgegeben Preis. Unter dem Transparenzgedanken ist die eingeschränkte Vergleichbarkeit der Alternativen ist diese Variante äußerst kritisch zu bewerten und wird hier daher nicht weiterverfolgt.

<sup>176</sup> Vgl. Krems (2006). Auch für PPP-Projekte wird das Optimalprinzip empfohlen. Vgl. Jacob/ Kochendörfer (2002): „Daher ist als Forschungsansatz zum Thema Effizienzgewinne bei privatwirtschaftlicher Realisierung von Infrastrukturvorhaben im Idealfall das Optimalprinzip oder zumindest das Minimumprinzip anzuwenden, indem ein vorgegebener Output mit dem minimalen Input prozessmäßig erreicht wird.“

Hier wird der Ansicht von EICHHORN P. gefolgt, dass man eine optimale Relation von Zweck und eingesetzten Mitteln nur durch „...Fixierung des einen und Extremierung des anderen Bestandteils...“ erreichen kann, und eine simultane Veränderung beider Teile dementsprechend denklogisch unmöglich ist.<sup>177</sup> Die Anwendung des Optimalprinzips hieße im Extremfall, alles mit nichts erreichen zu wollen. Der Optimalansatz wird daher nicht weiterverfolgt, zumal auch der Gesetzgeber auf eine Verankerung im § 7 BHO verzichtet hat.

### 2.3.2 Bedeutung der Wirtschaftlichkeit für öffentliche Krankenhäuser

Nachdem aufgezeigt wurde, dass die öffentlichen Krankenhäuser zu einer wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung verpflichtet sind, wird nun darauf eingegangen, wie sich das Streben nach Wirtschaftlichkeit in das Zielsystem öffentlicher Krankenhäuser eingliedert.

#### 2.3.2.1 Formalziele öffentlicher Krankenhäuser

Unter Zielen werden nach HAUSCHILDT „Aussagen mit normativem Charakter [verstanden], die einen vom Entscheidungsträger gewünschten, von ihm oder anderen anzustrebenden, auf jeden Fall zukünftigen Zustand der Realität beschreiben.“<sup>178</sup> Dieser Definition folgend lassen sich bezogen auf Wirtschaftssubjekte Formal- und Sachziele als die zwei Arten von Zielen unterscheiden. Während Formalziele eine Antwort auf die Frage geben: *Wie*, d.h. nach welchen betriebswirtschaftlichen, insbesondere finanztechnischen Prinzipien die Leistungen zu erbringen sind, formulieren die Sachziele *Was* von einer Unternehmung verlangt wird bzw. *Welche* konkreten Leistungen gefordert werden.<sup>179</sup>

Als Formalziele werden erwünschte geldwerte Zustände bezeichnet. Sie beziehen sich damit auf die Finanzsphäre einer Unternehmung. Zur weiteren Differenzierung lässt sich eine Aufteilung in Rentabilitäts-, Liquiditäts- und Sekuritätsziele<sup>180</sup> vornehmen.<sup>181</sup> Diese drei Zielkategorien werden in Anlehnung an das sog. „Magische Vier- oder Mehreck der Wirtschaftspolitik“ als „magisches Dreieck der Unternehmenspolitik bezeichnet, da sie in konkurrierender Beziehung stehen und nicht isoliert maximiert werden können.<sup>182</sup> Vielmehr gilt es, zwischen diesen dominierenden Formalzielen ein optimales Verhältnis zu schaffen.<sup>183</sup>

In Abhängigkeit der unternehmenspolitischen Vorgaben können Formalziele gleichrangig verfolgt werden - es können aber auch Prioritäten gesetzt werden, aus denen ein Hauptziel hervorgeht. Andere Ziele treten dann als Nebenbedingungen, die in gewissem Maße zu erfüllen sind, hinter das Hauptziel zurück. Besteht eine solche Rangfolge von Zielen in privat-

---

<sup>177</sup> Vgl. Eichhorn P. (2005), S. 158; Schmidt (2001), S. 5.

<sup>178</sup> Vgl. Hauschildt (1977), S. 9; Wendel (2001), S. 82.

<sup>179</sup> Vgl. Brede (2005), S. 18.

<sup>180</sup> Ein Synonym für Sekurität ist Sicherheit oder auch Gewissheit. Im hier gebrauchten finanzwirtschaftlichen Zusammenhang ist unter Sekurität der Schutz vor Anlageverlusten und Überschuldung als langfristige Zielstellung zu verstehen.

<sup>181</sup> Vgl. Edeling et al. (2001), S. 87; Wendel (2001), S. 82.

<sup>182</sup> Vgl. Eichhorn P. (2005), S. 188 und Wendel (2001), S. 83. Als Beispiel für diesen Zusammenhang wird von den Autoren ein Beispiel gegeben: Werden im Streben nach einer möglichst hohen Rendite alle finanziellen Mittel spekulativ eingesetzt, führt dies zu einer Gefährdung der kurzfristigen Zahlungsfähigkeit (Liquiditätsziel). Analog führen übermäßige Liquiditätsreserven zu einer geschmälernten Rentabilität und wirken sich negativ auf die langfristige vermögens- und kapitalmäßige Sicherheit als Schutz vor Anlageverlusten und Überschuldung (Sekuritätsziel) aus.

<sup>183</sup> Vgl. Eichhorn P. (2005), S. 187.

wirtschaftlichen Unternehmen, ist am häufigsten eine Ausrichtung auf die Maximierung der Rentabilität<sup>184</sup> respektive des Gewinns<sup>185</sup> als oberstes Ziel festzustellen. Liquidität und Sekurität treten oft hinter dieser Zielsetzung zurück. Während deren Nichterfüllung negative Konsequenzen, wie den Verlust der Zahlungsfähigkeit und Kreditwürdigkeit nach sich ziehen kann, stiftet eine Übererfüllung keinen zusätzlichen Nutzen.<sup>186</sup>

Bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft als bedarfswirtschaftliche Unternehmen<sup>187</sup> stellt die Deckung des finanziellen Bedarfs für den Unternehmensbetrieb das wesentliche Formalziel dar.<sup>188</sup> Neben der Kostendeckung ist die Kostenwirtschaftlichkeit als ein weiteres Formalziel der öffentlichen Verwaltung zu beachten, das in gleicher Weise für öffentliche Krankenhäuser gilt.<sup>189</sup> Darüber hinaus ist eine ausreichende Liquidität als abgeleitetes Formalziel von hoher Bedeutung für öffentliche Krankenhäuser.<sup>190</sup>

### 2.3.2.2 Sachziele öffentlicher Krankenhäuser

Gegenüber den Formalzielen werden die Sachziele eines Unternehmens abgegrenzt. Sachziele betreffen die Leistungssphäre eines Wirtschaftssubjektes. Sie werden auch als Produktziele bezeichnet, da mit ihnen vordringlich Art, Menge und Qualität von angestrebten Produkten oder erwünschten Zuständen vorgegeben werden.<sup>191</sup> Hierbei kann eine Unterscheidung in das Streben nach Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit sowie Sozial- und Umweltverträglichkeit vorgenommen werden.<sup>192</sup> Letztendlich handelt es sich bei allen Sachzielen um Bedarfsdeckungsziele.<sup>193</sup> Dies ist auch in öffentlichen Krankenhäusern der Fall.

Während bei erwerbswirtschaftlichen Unternehmen die Sachziele nur „Mittel zum Zweck der Zielerreichung“ darstellen und sich die Bedarfsdeckung nur als ein „Reflex des Erwerbsstrebens“ darstellt, verhält es sich bei bedarfswirtschaftlichen Unternehmen umgekehrt. Die Sachziele bilden deren Existenzgrundlage und die Formalziele nehmen nur den Rang von Nebenzielen ein. Das Ziel der Gewinnmaximierung scheidet von vornherein aus.<sup>194</sup> Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft sind aufgrund ihres öffentlichen Auftrags als bedarfswirtschaftliche Unternehmen einzuordnen und damit typischerweise **sachzieldominiert**.<sup>195</sup>

<sup>184</sup> Vgl. Edeling et al. (2001), S. 88; Eichhorn P. (2005), S. 188.

<sup>185</sup> Vgl. Eichhorn S. (1976), S. 14.

<sup>186</sup> Vgl. Wendel (2001), S. 83.

<sup>187</sup> Bei bedarfswirtschaftlichen Unternehmen handelt es sich um „Unternehmen, die unter bestimmten, in der Regel die Finanzierungskonzeption betreffende Nebenbedingungen eine optimale Deckung vorhandener Bedarfe anstreben.“ Vgl. Machura (2001), S. 97.

<sup>188</sup> Vgl. bezüglich des Ziels eines ausgeglichenen Ergebnisses die Ausführungen von Wendel (2001), S. 85.

<sup>189</sup> Vgl. Lenzen (1986), S. 43, sowie die Bestimmung im SGB V mit Vorgaben zum wirtschaftlichen Handeln aller Beteiligten, siehe §§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1, 113 SGB V; Vgl. zur Eingliederung des Wirtschaftlichkeitsziels als eine gesundheitspolitische Zielstellung neben Gesundheit-, Ordnungs- und Versorgungsziel Kuchinke (2004), S. 26.

<sup>190</sup> Vgl. Wendel (2000), S. 151.

<sup>191</sup> Vgl. Wendel (2001), S. 84.

<sup>192</sup> Vgl. Wendel (2001), S. 84, mit einer Beschreibung der Sachziele eines bedarfswirtschaftlichen Krankenhauses.

<sup>193</sup> Vgl. Eichhorn S. (1987), S. 187. Nach EICHHORN S. erstrecken sich Sachziele auf physische, psychische, sportliche, politische, kulturelle und andere Bedürfnisse; nach Machura (2001), S. 97, stellt die Deckung von unmittelbaren Bedürfnissen für bedarfswirtschaftliche öffentliche Unternehmen das unmittelbare Ziel dar.

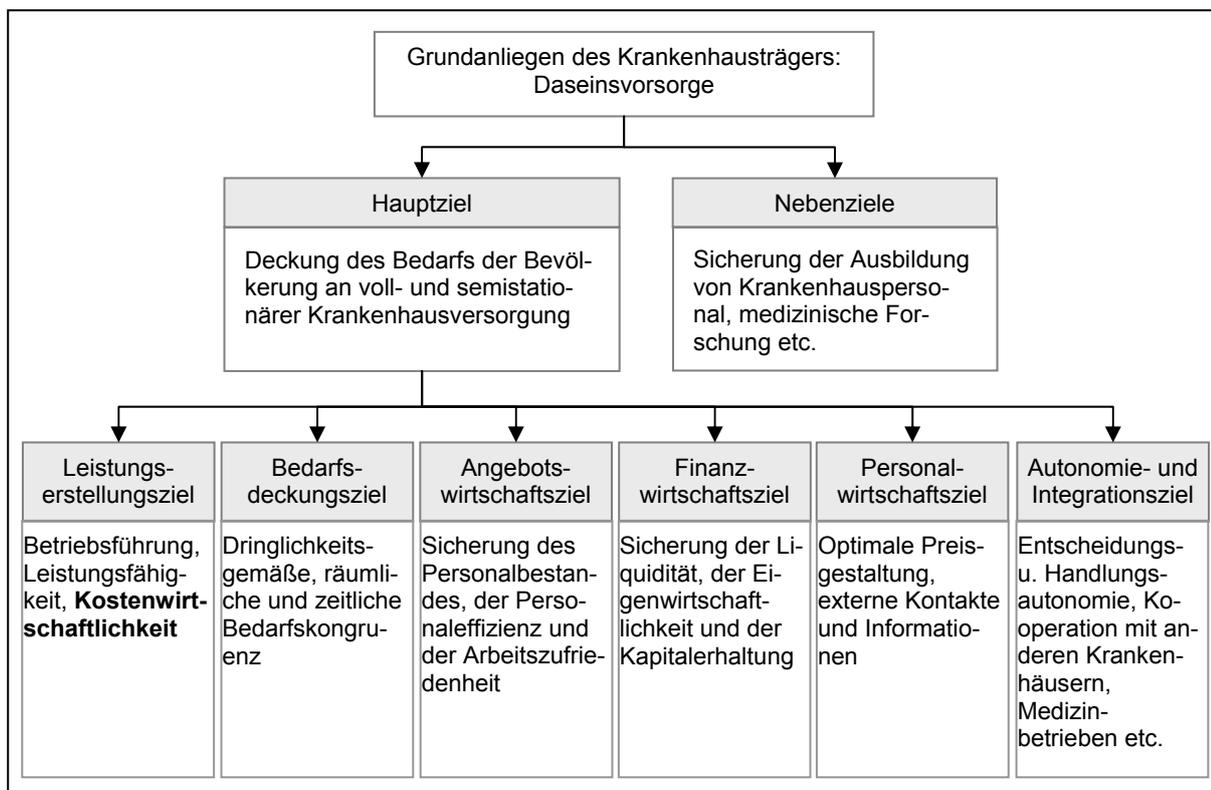
<sup>194</sup> Vgl. Eichhorn S. (1976), S. 15.

<sup>195</sup> Vgl. Wendel (2000), S. 84. Insofern sind öffentliche Unternehmen von frei-gemeinwirtschaftlichen Unternehmen zu unterscheiden, die bei der Festlegung ihrer Ziele in bestimmten Grenzen definitionsgemäß „frei“ sind.

### 2.3.2.3 Zielsystem öffentlicher Krankenhäuser

Entsprechend den bisherigen Ausführungen<sup>196</sup> stellt die Deckung des Bedarfs an voll- und teilstationären Krankenhausleistungen zur medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung als Sachziel und institutioneller Sinn des öffentlichen Krankenhauses dessen **Hauptziel** dar.<sup>197</sup>

Ergänzend werden je nach Gegebenheiten und Bedingungen eines einzelnen Krankenhauses **Nebenziele** angestrebt, wie z.B. Aus-, Fort- und Weiterbildung, medizinische Forschung, aber auch die Sicherung der Arbeitszufriedenheit des Personals oder die Repräsentation des Krankenhausträgers.<sup>198</sup> In Abbildung 18 werden Hauptziel und Nebenziele als Teil des Zielsystems eines öffentlichen Krankenhauses dargestellt.



**Abbildung 18: Zielsystem eines öffentlichen Krankenhauses.**

Quelle: Eichhorn (1976), S. 26; Haubrock/ Schär (2002), S. 112.

Auf der zweiten Ebene sind die Einzelelemente des Zielsystems angegeben. Diese leiten sich aus dem Hauptziel ab und determinieren Struktur und Ablauf des Krankenhaugeschehens. Sie stellen gewissermaßen die Mittel zur Umsetzung der betrieblichen Haupt- und auch Nebenziele dar.<sup>199</sup>

<sup>196</sup> Vgl. auch die im § 1 KHG festgelegten Zielaspekte, deren Erfüllung mit dem Gesetz angestrebt wird: Bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen, wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser, sozial tragbare Pflegesätze, Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger. Vgl. dazu auch Haubrock/ Schär (2002), S. 110.

<sup>197</sup> Vgl. Eichhorn S. (1987), S. 14; Haubrock/ Schär (2002), S. 110.

<sup>198</sup> Vgl. Eichhorn S. (1987), S. 14.

<sup>199</sup> Vgl. Eichhorn S. (1987), S. 16. Der Autor spricht in diesem Zusammenhang auch von Ober- und Unterzielen.

#### 2.3.2.4 Bedeutung der Kostenwirtschaftlichkeit

Untergeordnete Ziele, wie das Streben nach Kostenwirtschaftlichkeit, treten üblicherweise deutlich hinter dem Hauptziel zurück. Aufgrund der schwierigen finanziellen Lage vieler öffentlicher Krankenhäuser sowie der sich in den letzten Jahrzehnten stetig verschärfenden Rahmenbedingungen<sup>200</sup> verliert diese klassische Zielhierarchie allerdings zunehmend an Geltung.

Um ihren Versorgungsauftrag mittel- bis langfristig erfüllen zu können, sind die öffentlichen Träger gezwungen, der Kostenwirtschaftlichkeit der Krankenhausführung eine höhere Priorität einzuräumen, als dies in dem klassischen Zielsystem der Abbildung 18 der Fall ist.<sup>201</sup> Dies gilt insbesondere, wenn der öffentliche Träger nicht mehr bereit oder in der Lage ist, notwendige Zuschüsse aufzubringen.<sup>202</sup>

Bei zunehmender Ausrichtung auf die Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs besteht allerdings die Gefahr, dass das Hauptziel der bedarfsgerechten Versorgung der Patienten vernachlässigt wird. Diese Gegensätzlichkeit der Ziele erkennend, schlägt S. EICHHORN vor, dass die einzel- und gesamtwirtschaftliche Leistungsfähigkeit so zu gestalten sei, dass zur Maximierung des Gesamtnutzens der Krankenhausaktivitäten der Gesundheitsbeitrag eines jeden Krankenhauses maximiert werden soll bei gleichzeitig angemessener Berücksichtigung der Eigenwirtschaftlichkeit. Vor dem Hintergrund der andauernden Unterfinanzierung öffentlicher Krankenhäuser ist festzustellen, dass dieser Zielausgleich in der Praxis (noch) nicht der Maßstab des Handels ist.<sup>203</sup>

Bisher wurde das Krankenhaus als Organisation betrachtet und die Organisationsziele als eigenständige Zielkategorie interpretiert, welche die Individualziele der einzelnen Organisationsmitglieder dominieren.<sup>204</sup> Dabei wird der Einfluss der Ziele von Teilgruppen oder Individuen vernachlässigt. Auch wenn diese Arbeit dieser Sichtweise folgt, darf nicht unerwähnt bleiben, dass gerade bei großen Organisationen, wie einem öffentlichen Krankenhaus, die einzelnen Interessengruppen, z.B. Mitarbeiter, Mitarbeitervertretungen, Patienten, Krankenkassen etc., einen gewichtigen Einfluss auf eine Institution ausüben.<sup>205</sup>

#### 2.3.3 Untersuchung der Wirtschaftlichkeit mittels PPP-Eignungstest

Die Untersuchung der Wirtschaftlichkeit eines PPP-Vorhabens erfolgt in mehreren Stufen, wobei die Genauigkeit stets zunimmt. Dem PPP-Eignungstest als erste qualitative Untersu-

---

<sup>200</sup> Vgl. dazu Abschnitt 3.3.2.5.

<sup>201</sup> Vgl. Eichhorn P. (2005), S. 187: Der Autor weist darauf hin, dass Wirtschaftssubjekte normalerweise sowohl nach Formal- wie auch nach Sachzielen streben, i.d.R. aber eines dem anderen vorziehen. Bezogen auf das Krankenhauswesen lässt sich feststellen, dass in der Vergangenheit die Bedeutung des Sachziels der Krankenversorgung die des Formalziels der Erzielung von Einkünften überwog. In den letzten Jahrzehnten ist im Krankenhauswesen eine zunehmende Verschiebung dahingehend festzustellen, dass nun das Streben nach Wirtschaftlichkeit als Formalziel das Sachziel der Krankenversorgung an Bedeutung übertrifft; vgl. dazu auch Ennemann (2003), S. 50 und Haarländer (2006), S. 5.

<sup>202</sup> Vgl. Wendel (2001), S. 85.

<sup>203</sup> Daher geht LENZEN sogar davon aus, dass das Konzept von S. EICHHORN zwar theoretisch möglich ist, jedoch unter den gegebenen Bedingungen praktisch undurchführbar ist. Vgl. Lenzen (1986), S. 48.

<sup>204</sup> Vgl. Wendel (2001), S. 82.

<sup>205</sup> Vgl. zum Wandel der Rolle des Patienten vom „passiven Objekt karitativer Bemühungen“ zum Fordernden und Verlangenden Habrock/ Schär (2002), S. 111.

chung kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu, da in diesem Projektstadium noch vergleichsweise einfach und kostengünstig Anpassungen des Projektes möglich sind.

Der Kern des PPP-Eignungstests sind die Prüfkriterien, auf deren Erfüllung das konkrete Projekt hin untersucht wird. Was genau in einem PPP-Eignungstest geprüft wird und wie daraus Schlussfolgerungen für die Wirtschaftlichkeit der PPP-Lösung gezogen werden können, sollen die nächsten Ausführungen zeigen.

#### 2.3.3.1 Wirtschaftlichkeitsuntersuchung im Rahmen des PPP-Beschaffungsprozesses

Zunächst soll gezeigt werden, wie die Wirtschaftlichkeitsuntersuchung im Projekt-Lebenszyklus einer PPP verankert ist. In Deutschland hat sich eine grundsätzliche Abfolge von Schritten zur Projektentwicklung und Durchführung eines PPP-Projektes etabliert. Dieser so genannte PPP-Beschaffungsprozess ist in weiten Teilen mit dem Vorgehen bei einer konventionellen Beschaffung identisch, weist jedoch an bestimmten Stellen, insbesondere bei der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung, PPP-spezifische Besonderheiten auf. Die Struktur des PPP-Beschaffungsprozesses ist dabei nicht als starr anzusehen, sondern kann an die spezifischen Anforderungen eines konkreten Projektes angepasst werden.<sup>206</sup>

Der PPP-Beschaffungsprozess umfasst den gesamten **Ablauf eines PPP-Projektes**, von den ersten Vorbereitungen bis zur Verwertung des Vertragsobjektes nach Ablauf der Vertragsdauer. Im Einzelnen werden fünf Phasen unterschieden, die nacheinander ablaufen:

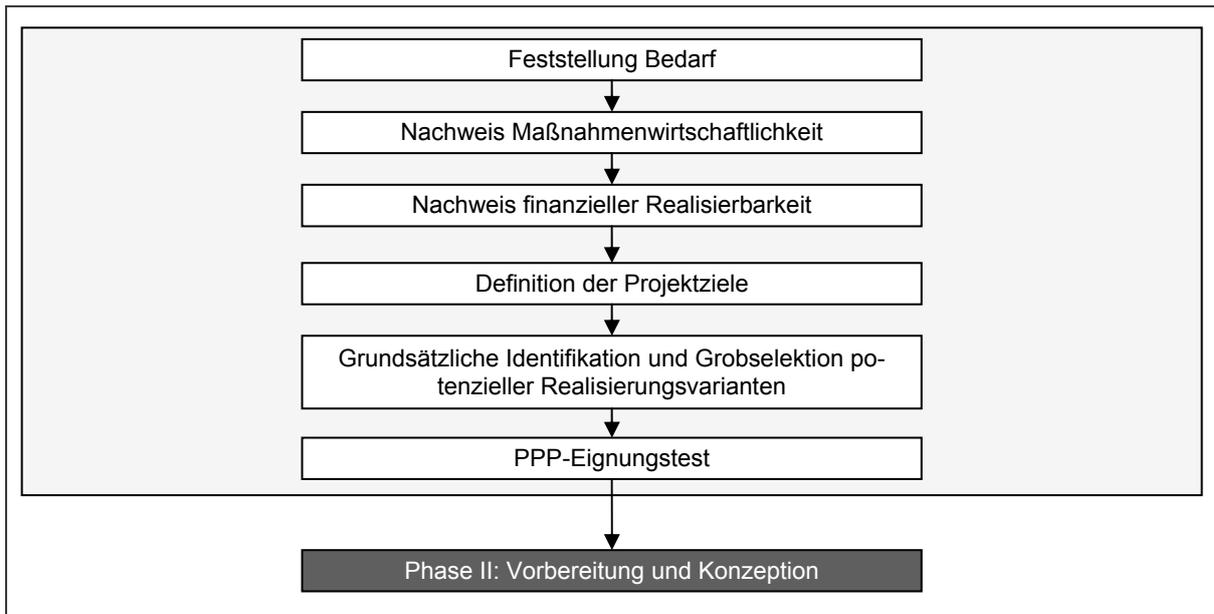
- Phase I: Bedarfsfeststellung und Maßnahmenidentifizierung
- Phase II: Vorbereitung und Konzeption
- Phase III: Ausschreibung und Vergabe
- Phase IV: Implementierung und Vertragscontrolling
- Phase V: Verwertung

Speziell in der ersten Projektphase werden grundsätzliche „Vorarbeiten“ der Projektentwicklung und -strukturierung erbracht, die zentralen Rahmenbedingungen und Restriktionen identifiziert sowie die grundlegenden Projektparameter und -eckdaten festgelegt (vgl. Abbildung 19).<sup>207</sup>

---

<sup>206</sup> Vgl. BMVBS (2003a), S. 9.

<sup>207</sup> Vgl. BMVBS (2003a), S. 13.



**Abbildung 19: Ablauf der Phase I des PPP-Beschaffungsprozesses.**

Quelle: in Anlehnung an BMVBW (2003), S. 11; Alfen/ Fischer (2005), S. 12 ff.

Im Einzelnen ist zunächst zu untersuchen, ob ein konkreter Handlungs- und Investitionsbedarf besteht. Darauf aufbauend ist die Beurteilung der Maßnahmenwirtschaftlichkeit vorzunehmen<sup>208</sup> und anschließend die finanzielle Machbarkeit des Vorhabens zu prüfen. Im nächsten Schritt des PPP-Beschaffungsprozesses sind die Projektziele durch den öffentlichen Projektträger zu definieren sowie die in Frage kommenden Realisierungskonzepte zu benennen. In einer anschließenden Untersuchung wird hinterfragt, ob die Projektbedingungen eine Vorteilhaftigkeit von PPP gegenüber alternativen Realisierungsvarianten erwarten lassen oder nicht.<sup>209</sup> Dieser Vorgang wird als PPP-Eignungstest bezeichnet.

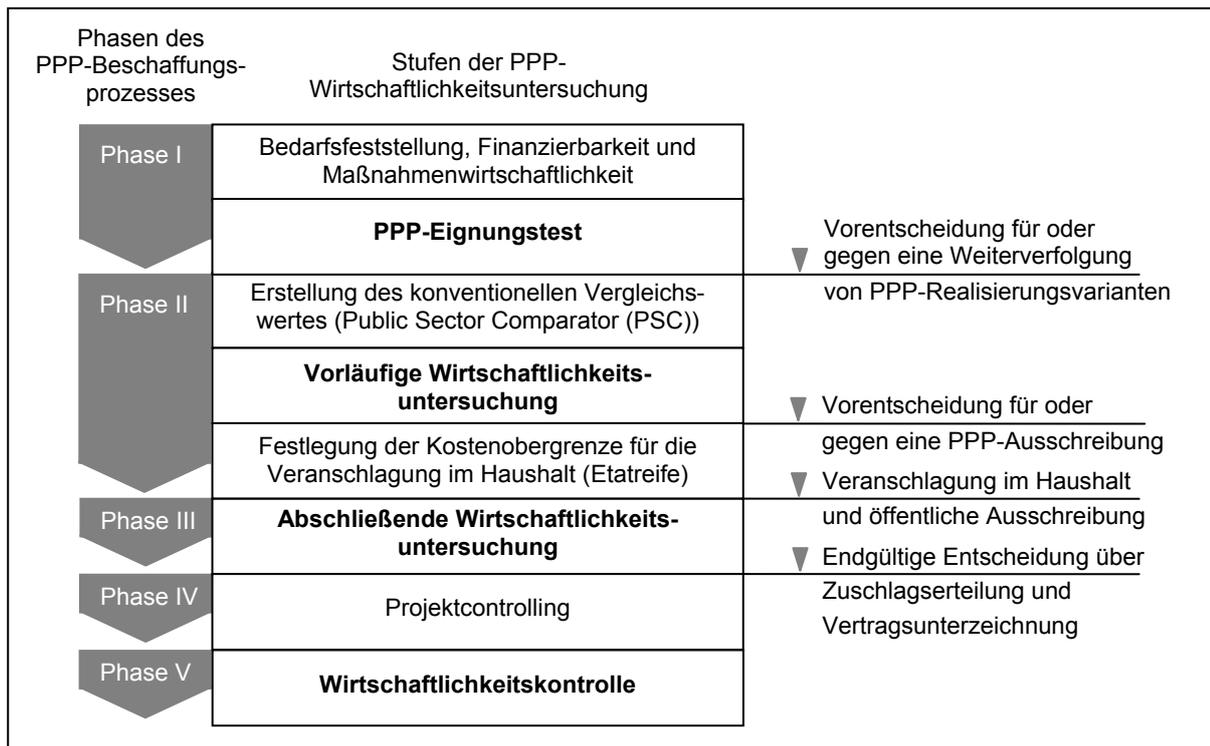
Der PPP-Eignungstest stellt den ersten Schritt einer mehrstufigen Wirtschaftlichkeitsuntersuchung dar. Kommen die Untersuchungen der Phase I des PPP-Beschaffungsprozesses zu einem positiven Ergebnis, schließen sich während der fortgeführten Projektentwicklung entsprechend Abbildung 20 weitere Untersuchungen an.

<sup>208</sup> Vgl. ausführlich z.B. BMVBS (2003a), S. 14 ff.

<sup>209</sup> Vgl. Alfen/ Daube (2006), S. 179.

## 2. Grundlagen der Untersuchung

### PPP-Eignungstest



**Abbildung 20: Grundsätzlicher Ablauf einer PPP-Wirtschaftlichkeitsuntersuchung.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an PPP-Task Force NRW (2007a), S. 9; Daube/ Miksch (2007), S. 14.

In den folgenden Schritten der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung werden vorwiegend monetäre Analysen durchgeführt, deren Detaillierungsgrad sich schrittweise erhöht.<sup>210</sup> Noch vor einer Ausschreibung des Projektes wird eine vorläufige Wirtschaftlichkeitsuntersuchung erstellt, bei der die Gesamtkosten der konventionellen Eigenlösung mit denen einer vorausschauend kalkulierten PPP-Realisierungsvariante verglichen werden. Bestätigt sich die positive Erwartung auf der Grundlage des PPP-Eignungstests, erfolgt die Ausschreibung des Projektes.

Im Rahmen der abschließenden Wirtschaftlichkeitsuntersuchung wird dann die konventionelle Realisierung dem ausgewählten privaten PPP-Angebot gegenübergestellt. Die PPP-Planung kann umgesetzt werden, wenn auch dieser Vergleich einen Effizienzvorteil für PPP aufzeigt. Nach Ablauf der Vertragslaufzeit eines PPP-Projektes kann eine Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und damit des Projekterfolgs vorgenommen werden, bei der die tatsächlich angefallenen Gesamtkosten den ursprünglichen Planwerten gegenüberzustellen sind.<sup>211</sup>

### 2.3.3.2 Inhalt eines PPP-Eignungstest

**Ziel** eines PPP-Eignungstests ist es, in einem frühen Stadium einer Projektentwicklung zu entscheiden, ob eine PPP-Lösung für die Umsetzung des geplanten Vorhabens grundsätzlich geeignet erscheint und damit eine Fortführung der Projektplanungen gerechtfertigt ist.<sup>212</sup>

<sup>210</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 12.

<sup>211</sup> Vgl. zur Wirtschaftlichkeitskontrolle auch die Arbeitsanleitung zum § 7 BHO (2001), S. 16.

<sup>212</sup> Vgl. BMVBS (2007e), S. 7.

Als **Voraussetzung** dafür muss das Projekt durch den Projektträger bereits in seinen Grundzügen definiert sein. Die Bedarfsprüfung und die Untersuchung der Maßnahmenwirtschaftlichkeit sind ebenfalls im Vorfeld durchzuführen.

Im Rahmen eines PPP-Eignungstests werden auf einer vergleichsweise abstrakten Ebene die zentralen Rahmenparameter eines Projektes daraufhin untersucht, ob sie die Erfordernisse einer PPP-Lösung erfüllen bzw. davon ausgegangen werden kann, dass sie erfüllt werden können.

Kommt der PPP-Eignungstest zu dem **Ergebnis**, dass die Anforderungskriterien erfüllt sind und darauf basierend mit der Realisierung als PPP eine erhöhte Wirtschaftlichkeit zu erwarten ist, sollte der PPP-Beschaffungsprozess fortgesetzt werden. Ist die PPP-Eignung hingegen nicht gegeben, ist zu prüfen, ob die geplante Maßnahme gegebenenfalls überarbeitet und angepasst werden kann. Als mögliche Handlungsoptionen kommen z.B. die Ausweitung der Leistungsübertragung auf den privaten Partner oder die Bündelung mehrerer Vorhaben in Betracht. Sind keine ausreichenden Projektanpassungen zur Verbesserung der Bedingungen für PPP möglich, sind die PPP-Planungen in letzter Konsequenz abzubrechen und das Vorhaben in konventioneller Weise zu realisieren.<sup>213</sup>

### 2.3.3.3 Erfolgsfaktoren der PPP-Lösung

Die Anforderungen, die im Rahmen eines PPP-Eignungstests geprüft werden, geben die wesentlichen Erfolgsfaktoren für eine PPP-Lösung wieder, die auf der Grundlage einschlägiger Projekterfahrungen identifiziert wurden.<sup>214</sup> Diese Erfolgsfaktoren für die Umsetzung als PPP sind in Tabelle 4 aufgeführt. Die Zusammenstellung ist das Ergebnis einer **vergleichenden Literaturanalyse**. In dieser wurden Veröffentlichungen ausgewertet, die sich mit den Erfolgsfaktoren von PPP befassen.

In die Auswertung wurden die Einschätzungen von drei internationalen und zwei nationalen Publikationen einbezogen. Dabei handelt es sich um die im Folgenden aufgeführten Schriften, zu denen die jeweiligen Autoren, das Jahr der Veröffentlichung sowie Titel und Ort angegeben sind. Es wurden ausschließlich wissenschaftliche **Quellen** einbezogen.<sup>215</sup>

- Arthur Anderson and Enterprise LSE (2000), Value for Money Drivers in the Private Finance Initiative, London.
- Li & Akintoye et al. (2005), Perceptions of positive and negative factors influencing the attractiveness of PPP/PFI procurement for construction projects in the UK, Findings from a questionnaire survey, Glasgow Caledonian University, in: Journal of Engineering, Construction and Architectural Management, Vol. 12 No. 2.
- Zhang (2006), Public Clients' Best Value Perspectives of Public Private Partnerships in Infrastructure Development, China, in: Journal of Construction Engineering and Management, Vol. 132 No. 2.

---

<sup>213</sup> Vgl. PPP-Task Force NRW (2007a), S. 22.

<sup>214</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 21.

<sup>215</sup> Zu ähnlichen Ergebnissen kommt aber auch eine praxisorientierte Studie des BMVBS: siehe BMVS 2007.

## 2. Grundlagen der Untersuchung

### PPP-Eignungstest

- Jacob & Kochendörfer (2002), Effizienzgewinne bei privatwirtschaftlicher Realisierung von Infrastrukturvorhaben, TU Bergakademie Freiberg, TU Berlin.
- Alfen & Daube (2005), Informationspapier zu Effizienzpotenzialen von PPP-Projekten, im Auftrag der PPP Task Force des Bundes im BMVBW, Bauhaus-Universität Weimar.

Erfolgsfaktoren (E) für eine PPP-Lösung	Arthur Andersen	Li & Akintoye	Zhang	Jacob & Kochdörfer	Alfen & Daube
(E1) Optimierung der Risikoverteilung	X	X	X	X	X
(E2) Lebenszyklusansatz	X	X	X	X	X
(E3) Optimierung der Planungs- und Bauzeiten	X	X	X	X	X
(E4) Nutzung des Innovationspotenzials privater Anbieter (inkl. Technologietransfer vom Privaten)	X	X	X	X	X
(E5) Eigenkapitalbeteiligung des Privaten	X	X		X	X
(E6) Leistungsorientierte Vergütung	X			X	X
(E7) Outputorientierte Leistungsbeschreibung	X			X	X
(E8) Wettbewerb	X			X	X
(E9) Reduzierung der Verwaltungsleistung und damit der Kosten für die Verwaltung		X	X		X

**Tabelle 4: Erfolgsfaktoren einer PPP-Lösung.**

Quelle: Eigene Darstellung.

In der Gegenüberstellung der Arbeiten wurde untersucht, mit welchen Projektausprägungen die erwartete Vorteilhaftigkeit von PPP gegenüber einer konventionellen Realisierung begründet wurde. Die erstgenannten vier Erfolgsfaktoren wurden von allen Autoren benannt. Davon zu unterscheiden sind Einflussfaktoren, die nur von einem Teil der Autoren als Begründung für einen Effizienzvorteil von PPP anführt wurden. Die in der Tabelle 4 aufgeführten Ausprägungen wurden von mindestens drei und damit der Mehrheit der Autoren als Erfolgsfaktor anerkannt.<sup>216</sup>

Als Ergebnis der Literaturlauswertung ist festzustellen, dass den aufgeführten neun Erfolgsfaktoren eine hohe Bedeutung für die Vorteilhaftigkeit von PPP gegenüber einer Eigenreali-

<sup>216</sup> Einflussfaktoren, die nicht von mindestens drei der Autoren angegeben wurden und damit als weniger anerkannt einzuordnen sind, wurden in der Übersicht nicht berücksichtigt. Vgl. dazu Arthur Andersen and Enterprise LSE (2000), S. 20: z.B. Management-Fähigkeiten des privaten Partners, Übereinstimmung der Interessen der Vertragsparteien, Transparenz des Beschaffungsprozesses, Kapitalkosten, Kontinuierlicher Projektstrom („Deal flow“); vgl. Li/ Akintoye (2005), S. 136: z.B. Optimierung der Projektkonzeption (Buildability), Optimierte Instandhaltung (Maintainability).

sierung zuerkannt wird. **Diese Erfolgsfaktoren sollten daher in angemessener Weise bei den Untersuchungen im Rahmen des PPP-Eignungstests berücksichtigt werden.**

#### 2.3.3.4 Prüfkriterien eines PPP-Eignungstests

Um möglichst frühzeitig sichergehen zu können, dass die Erfolgsfaktoren für eine PPP-Lösung in einem Projekt auch ausgenutzt werden können, sollten diese bereits während der Projektplanung hinterfragt werden. Diese Aufgabe obliegt dem PPP-Eignungstest. Für die darin aufzunehmenden Kriterien haben sich verschiedene Ansätze herausgebildet.<sup>217</sup> In den Empfehlungen, die auf eine Hinterfragung der erwarteten **Effizienzwirkung** fokussieren,<sup>218</sup> sind die in Tabelle 5 aufgeführten Kriterien zur Untersuchung vorgesehen. Zuvor werden diese vorgestellt und ihre zu erwartende Wirkung auf die Wirtschaftlichkeit eines PPP-Projektes begründet.

Hochbauprojekte öffentlicher Projektträger sind grundsätzlich risikobehaftet, wobei der Eintritt von Risiken Kosten verursacht (Risikokosten). Risiken können von unterschiedlichen Projektbeteiligten übernommen und daraufhin gesteuert und kontrolliert werden, wobei die tatsächlich entstehenden Risikokosten von der Risikomanagementkompetenz des Risikoträgers abhängig ist. Werden im Rahmen eines PPP-Projektes Risiken auf einen privaten Partner übertragen, können Effizienzvorteile bzw. Kosteneinsparungen erzielt werden, wenn der Private über die Fähigkeit verfügt, die ihm übertragenen Risiken besser zu steuern und zu kontrollieren als der öffentliche Auftraggeber. Ist dies der Fall, kann mit dem **Risikotransfer** ein Beitrag zur Minimierung der Projektkosten erzielt werden.<sup>219</sup>

Der übertragene **Leistungsumfang** hat ebenfalls unmittelbaren Einfluss auf das Effizienzpotenzial eines PPP-Projektes, da die Vorteile des Lebenszyklusansatzes nur ausgeschöpft werden können, wenn ein entsprechender Umfang an Leistungen von dem privaten Partner erbracht wird. Insbesondere durch die Ausweitung der Verantwortung des Privaten auf die Betriebsphase steigt für diesen der Anreiz, die Lebenszykluskosten zu optimieren und nicht in Gewerken zu denken.<sup>220</sup> Demnach steigt die Wahrscheinlichkeit, dass mit der PPP-Lösung Effizienzvorteilen erreicht werden können mit dem Umfang der übertragenen Leistungen an.

Neben dem Leistungsumfang stellt auch ein **langfristig angelegter Vertrag** einen elementaren Grundpfeiler für eine erfolgreiche Umsetzung des Lebenszykluskonzeptes dar.<sup>221</sup> Nur eine entsprechend lange Vertragslaufzeit ermöglicht dem privaten Partner, seine Anfangsinvestitionen zu refinanzieren und die Höhe des dafür eingesetzten Leistungsentgeltes dennoch attraktiv für den öffentlichen Auftraggeber zu gestalten. Werden bewusst höhere Investitionen getätigt, um langfristig während der Betriebsphase Kosten einzusparen, z.B. durch den Einbau einer hochwertigen Heizungsanlage oder durch die zusätzliche Installation von Sonnenkollektoren, rechnen sich diese Investitionen i.d.R. nur über einen mittel- bis langfristigen Betrieb der Anlagen. Auch Optimierungskonzepte, die auf der Verknüpfung und

---

<sup>217</sup> Vgl. zu erweiterten Ansätzen die Ausführungen in Abschnitt 2.3.4.

<sup>218</sup> Vgl. Horn (2003), S. 9 ff., BMVBW (2003e), S. 9 ff.

<sup>219</sup> Vgl. BMVBW (2003e), S. 10.

<sup>220</sup> Vgl. BMVBW (2003e), S. 10 ff.

<sup>221</sup> Vgl. stellvertretend BMVBS (2006b), S. 40; Storz/ Frank (2004), S. 26

Abstimmung von Wertschöpfungsstufen beruhen, funktionieren nur, wenn auch die Betriebsphase integriert wird und die Vertragslaufzeit ein Mindestmaß nicht unterschreitet.<sup>222</sup>

Als weiteres Kriterium kommt dem **Projektvolumen** eine erfolgskritische Bedeutung zu. Unter dem Projektvolumen wird die Gesamtheit der Projektkosten (Planungs-, Bau-, Betriebs-, Finanzierungs-, Risiko- und andere Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit verstanden.<sup>223</sup> Dem Projektvolumen kommt insofern eine erfolgskritische Bedeutung zu, da mit der Initiierung eines PPP-Projektes Transaktionskosten verbunden sind,<sup>224</sup> die weitgehend unabhängig von der Projektgröße anfallen und somit einen starken Fixkostencharakter aufweisen.<sup>225</sup> Die Wahrscheinlichkeit, diese gegenüber der konventionellen Realisierung zusätzlich anfallenden Kosten zu kompensieren, steigt mit zunehmendem Projektvolumen. Zudem wird dem privaten Partner mit steigendem Projektvolumen mehr Spielraum für Innovationen eingeräumt und der Preisvorteil durch die Gesamtpaketlösung fällt besonders positiv aus.

Um Effizienzvorteile mit PPP nutzen zu können, sollte eine **ergebnisorientierte Beschreibung von Leistungen** erfolgen. Damit erhält der private Partner den Freiraum, selbst zu entscheiden, auf welche Art und Weise er die Leistungsanforderungen erfüllt. Es wird ihm damit die Möglichkeit gegeben, sein Know-how und seine Erfahrungen bei der Erarbeitung einer optimalen Lösung einzubringen. Innovative Lösungsansätze der Bieter zur Optimierung der Leistungserbringung werden unterstützt. Werden diese neuen Möglichkeiten der Projektoptimierung von den privaten Bietern genutzt, kann mit Effizienzvorteilen bei der Nutzung der PPP-Lösung gerechnet werden.

Eine weitere wesentliche Voraussetzung für den Projekterfolg einer PPP ist die Vereinbarung von leistungs- und anreizorientierten **Vergütungsmechanismen**. Um entsprechende Vergütungsregeln einsetzen zu können, müssen die geschuldeten Leistungen hinreichend genau beschrieben werden können. Zudem muss die Erfüllung der Leistungsverpflichtungen nachvollziehbar in einem von beiden Seiten akzeptierten Verfahren gemessen werden können.<sup>226</sup> Die typischerweise vorgesehene Eskalationsstufen und Reaktionszeiten sind mit Bedacht entsprechend den Anforderungen des Projektträgers zu formulieren und müssen für den Privaten erfüllbar sein. Werden unangemessene Forderungen gestellt, schwindet die Attraktivität des Projektes für private Unternehmen. Durch die Kopplung der Entgelte an die erbrachte Leistung besteht für den privaten Partner ein unmittelbarer Anreiz zu einer dauerhaft den gesetzten Standards entsprechenden Leistungserbringung.

Um wirtschaftliche Realisierungskonzepte zu erhalten, ist eine hohe Wettbewerbsintensität unter den Bietern erforderlich. Damit ein ausreichender Wettbewerb generiert werden kann, ist eine marktnahe Entwicklung des PPP-Projektes erforderlich, sodass das Vorhaben eine möglichst hohe Attraktivität für potenzielle private Partner aufweist. Bei einem hohen **Marktinteresse** ist davon auszugehen, dass der Wettbewerb zu einer hohen Wirtschaftlichkeit der Angebote beiträgt.

---

<sup>222</sup> Vgl. Alfen/ Daube (2005), S. 16.

<sup>223</sup> Vgl. Weber et al. (2006), S. 507.

<sup>224</sup> Vgl. zu den Transaktionskosten in einem PPP-Projekt Alfen/ Daube (2006), S. 208.

<sup>225</sup> Vgl. Weber et al. (2006), S. 507.

<sup>226</sup> Vgl. BMVBW (2003e), S.12.

Prüfkriterium (P)	Voraussetzung für PPP-Eignung	Zugeordnete Erfolgsfaktoren (E)
(P1) Risiko- verteilung	Ist ein optimaler Risikotransfer möglich und gewollt?	E1
(P2) Leistungs- umfang	Ist eine Integration von Planungs-, Bau- und Betreiberleistungen im Rahmen eines Lebenszyklusansatzes möglich?	E2, E9
(P3) Vertragsdauer	Ist die Vertragsdauer ausreichend lang, damit langfristige Investitionen refinanziert werden können?	E2
(P4) Projekt- volumen	Ist das Projektvolumen für eine Kompensation von Transaktionskosten ausreichend?	E2
(P5) Vergütungs- mechanismus	Ist die Vereinbarung und Durchsetzung anreizorientierter Vergütungsmechanismen möglich?	E6 (E3, E4, E5)
(P6) Leistungs- beschreibung	Ist eine outputorientierte Ausschreibung umsetzbar und geeignet?	E7 (E3, E4, E5)
(P7) Marktinteresse	Ist ein ausreichendes Interesse Privater an dem Projekt zu erwarten?	E8 (E3, E4, E5)

**Tabelle 5: Prüfkriterien eines PPP-Eignungstests.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMVBW (2003e), S. 9 ff.; Horn (2003), S. 9 ff. unter Einbeziehung von BMVBS (2006b), S. 40; Storz/ Frank (2004), S. 23 und S. 26 bzgl. der Vertragsdauer.<sup>227</sup>

Dass die in Tabelle 5 enthaltenen Prüfkriterien für einen PPP-Eignungstests auf den Erfolgsfaktoren einer PPP-Lösung (vgl. Tabelle 4) beruhen, zeigt ein Vergleich der beiden Übersichten. Mit Hilfe der Prüfkriterien P1, P5 und P6 werden die gleich bzw. ähnlich lautenden Erfolgsfaktoren für PPP: E1, E6, E7 hinterfragt. Der Analyse des Marktinteresses (P7) liegt die Erkenntnis zugrunde, dass der Wettbewerb unter den Bietern (E8) eine entscheidende Einflussgröße für eine hohe Wirtschaftlichkeit der PPP-Lösung ist. Die Prüfkriterien P2, P3 und P4 zielen insbesondere darauf ab zu untersuchen, ob die Vorteile des Lebenszyklusansatzes (E2) nutzbar sind. Mit der Analyse des Leistungsumfangs (P2) eines PPP-Projektes wird neben dem Lebenszyklusansatz gleichzeitig auch die Reduzierbarkeit der Verwaltungsleistungen (E9) geprüft.

Die Erfolgsfaktoren E3, E4 und E5 werden zwar nicht direkt als Prüfkriterium untersucht, sind aber indirekt in dem PPP-Eignungstest berücksichtigt. Denn diese Erfolgsfaktoren sind nur nutzbar, wenn den Bietern ausreichend Freiräume für eigene Ideen zur Verfügung stehen (P6) und eine effiziente Leistungserbringung durch Wettbewerb vor Vertragsschluss (P7) sowie durch Anreizmechanismen nach Vertragsschluss (P5) abverlangt wird.

<sup>227</sup> Dass Prüfkriterium (P3) Vertragsdauer ist in BMBW (2003e), S. 9 und Horn (2003), S. 9 nicht explizit als Prüfkriterium aufgeführt. Es ist davon auszugehen, dass dieser Aspekt durch das Prüfkriterium (P2) Leistungsumfang mit abgedeckt wurde. Aufgrund der grundlegenden Bedeutung einer langfristigen Vertragsdauer für die Umsetzbarkeit des Lebenszyklusansatzes wird diese als eigenes Prüfkriterium erfasst. Diese Einschätzung wird z.B. auch in Storz/ Frank (2004), S.26 und BMVBS (2006b), S. 40 vertreten, wenn eine „grundlegende Bereitschaft zu langfristigen Vertragslaufzeiten“ gefordert wird bzw. die „Bereitschaft der Kommune [eine] langfristige Partnerschaft mit einem privaten Partner einzugehen“ vorausgesetzt wird.

Als **Ergebnis** der Gegenüberstellung zeigt sich, dass die effizienzbasierten Erfolgsfaktoren einer PPP-Lösung umfassend in den Prüfkriterien entsprechend Tabelle 5 abgebildet sind. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass dieser Umfang eines PPP-Eignungstests dazu geeignet ist, die zu erwartende Wirtschaftlichkeit eines PPP-Vorhabens einzuschätzen.

Des Weiteren ist festzustellen, dass in mehreren Empfehlungen eine weitergehende Differenzierung der Prüfkriterien vorgenommen wird. Über effizienzbasierte Prüfkriterien hinaus erfährt darin die Einhaltung von grundlegenden Anforderungen der Umsetzbarkeit eine explizite Beachtung.<sup>228</sup> STORZ/ FRANK nehmen eine Unterscheidung von nicht-projektbezogenen und projektbezogenen Kriterien vor.<sup>229</sup> Diese Differenzierung wird in der Studie des BMVBS übernommen und für den Schulbereich spezifiziert.<sup>230</sup> Beide Veröffentlichungen werden in die Leitlinie der PPP-TASK FORCE NRW einbezogen,<sup>231</sup> in der eine erweiterte Betrachtung von allgemeinen,<sup>232</sup> sektorspezifischen,<sup>233</sup> modellspezifischen<sup>234</sup> und projektspezifischen<sup>235</sup> Kriterien eingeführt wird. In dem Leitfaden des FREISTAATES BAYERN wird entsprechend der unterschiedlichen Bedeutung von Kriterien eine Abschichtung in zwingend erforderliche<sup>236</sup> und weitere<sup>237</sup> Projekteigenschaften vorgeschlagen und damit eine eigenständige Sichtweise vertreten.<sup>238</sup>

Es existieren demnach unterschiedliche Ansätze zur Strukturierung der Prüfkriterien. Auch hinsichtlich der Gesamtheit der zur Untersuchung empfohlenen Projektmerkmale weichen die Ansätze voneinander ab. Daher ist zu schlussfolgern, dass von einer Etablierung weiterer Untersuchungskriterien über die effizienzbasierten Prüfkriterien hinaus bisher nicht ausgegangen werden kann.

---

<sup>228</sup> Storz/ Frank (2004); Gesprächsrunde PPP in Bayern (2005); BMVBS (2006b); PPP-Task Force NRW (2007a); Alfen et al. (2009).

<sup>229</sup> Storz/ Frank (2004), S. 23. Als nicht-projektbezogene Eignungskriterien werden erfasst: Bereitschaft der öffentlichen Hand zur Umsetzung des PPP-Gedankens, rechtliche Restriktionen, politische Hindernisse, Hindernisse in der Verwaltung. Dem werden als projektbezogene Kriterien gegenübergestellt: Investitionsvolumen, Bewirtschaftete Fläche, Zusammenwirken von Investitionsvolumen und bewirtschafteter Fläche, Übertragung von Dienstleistungen, Einbindung von Fördermitteln, Standort.

<sup>230</sup> Vgl. BMVBS (2006b).

<sup>231</sup> Vgl. PPP-Task Force NRW (2007a), S. 22 ff.

<sup>232</sup> Mit den allgemeinen Kriterien soll untersucht werden, was bei der Durchführung von PPP-Projekten allgemein zu beachten ist. Insbesondere soll untersucht werden, ob die PPP-spezifischen Anforderungen (Lebenszyklusansatz, optimale Risikoallokation, Outputspezifikationen, leistungsorientierte Vergütung, etc.) erreicht werden können.

<sup>233</sup> Mit den sektorspezifischen Kriterien soll untersucht werden, welche Anforderungen sich aus der Zugehörigkeit eines Projektes zu einem bestimmten Sektor ergeben (z.B. Innovationszyklen bei IuK-Projekten, Verkehrsprognosen bei Verkehrsinfrastrukturprojekten, demographischer Wandel bei Schulprojekten).

<sup>234</sup> Mit den modellspezifischen Kriterien soll untersucht werden, welche Anforderungen sich aus dem gewählten PPP-Modell (z.B. Inhabermodell im Schulsektor, Konzessionsmodell im Straßensektor) ergeben.

<sup>235</sup> Mit den projektspezifischen Kriterien soll untersucht werden, welche Anforderungen sich aus den spezifischen Gegebenheiten des untersuchten Projektes ergeben (z.B. bestimmte institutionelle Rahmenbedingungen und Akteursstrukturen, bestimmte geographische Gegebenheiten).

<sup>236</sup> Unter zwingend erforderlichen Projekteigenschaften werden zusammengefasst: die langfristige Finanzierbarkeit des Projektes, die Bestimmbarkeit der Projektanforderungen zum Beginn des Projektes, Eigentümerschaft des öffentlichen Auftraggebers bei Einbringung staatlicher Fördermittel, Möglichkeit einer funktionalen Leistungsbeschreibung, ausreichende Zahl geeigneter Bieter.

<sup>237</sup> Als weitere Projekteigenschaften werden angegeben: keine oder geringe Erfahrungen des öffentlichen Bauherren mit vergleichbaren Projekten, Bauzeitenüberschreitungen würden auf Bauherrenseite zu hohen zusätzlichen Kosten führen, Bereitschaft des Bauherren die Auswahl und Beauftragung des Entwurfsverfassers dem Investor zu überlassen, Erwartung keiner wesentlichen Änderungen der Nutzung während der Vertragslaufzeit, Erwartung eines hohen und kontinuierlichen Erhaltungsaufwands, Betriebskosten erreichen einen wesentlichen Teil der Lebenszykluskosten, stellen hoher Anforderungen an die Betriebssicherheit.

<sup>238</sup> Vgl. Gesprächsrunde PPP in Bayern (2005), S. 16.

### 2.3.4 Anpassungsbedarf für krankenhausspezifischen PPP-Eignungstest

Im Krankenhausbereich bestehen für ein PPP-Projekt Rahmenbedingungen, die sich deutlich von anderen öffentlichen Leistungsbereichen unterscheiden. Es sollte daher bereits frühzeitig geprüft werden, ob unter den gegebenen sektorspezifischen Bedingungen von einer Umsetzbarkeit des Projektes als PPP ausgegangen werden kann.<sup>239</sup> Die Überprüfung dieser Anforderung sollte gleich zu Beginn eines PPP-Eignungstests erfolgen. Denn an einer fehlenden Umsetzbarkeit ändert auch die effizienzbasierte Eignung des Vorhabens für eine PPP-Lösung nichts.

Es ist daher zu empfehlen, die grundsätzliche Realisierbarkeit einer Krankenhaus-Projektentwicklung als PPP in einem vorgelagerten Teil des PPP-Eignungstest zu untersuchen. Erste sektorübergreifende Ansatzpunkte zur Untersuchung der Umsetzbarkeit bestehen bereits.<sup>240</sup> Insgesamt sind die bisherigen Ansätze aber noch wenig ausgereift.<sup>241</sup> Es werden unterschiedliche Kriterien vorgeschlagen und auch deren Zuordnung zu Kategorien erfolgt nicht einheitlich.<sup>242</sup> Darüber hinaus wurde sogar bereits speziell für den Schulbau ein Vorschlag entwickelt, der aber nur begrenzt auf den Krankenhausbereich übertragbar ist.<sup>243</sup> Die krankenhausspezifischen Besonderheiten können mit den bisher vorgeschlagenen Kriterien nur unzureichend erfasst und geprüft werden. **Es bedarf einer sektorspezifischen Ausrichtung des PPP-Eignungstests auf die Rahmenbedingungen des Krankenhausbereiches.**

Wird die Zerteilung des PPP-Eignungstests mit einer zeitlichen Staffelung der Untersuchung verbunden, würde dies dem Anwender ermöglichen frühzeitig erste Schlussfolgerungen zu ziehen. Sollte sich bereits bei der Prüfung der grundsätzlichen Machbarkeit des Projektes herausstellen, dass bestehende Hemmnisse eine Projektumsetzung als PPP behindern oder sogar ausschließen, sind aufgrund des frühen Projektstadiums kostenschonende Anpassungen der Planungen möglich. Durch ein gezieltes Eingreifen kann gegebenenfalls ein drohender Projektabbruch verhindert werden. Insgesamt erreicht der öffentliche Projektträger durch die erfolgreiche Prüfung von grundlegenden Anforderungen an die Realisierbarkeit eine höhere Planungssicherheit.

Werden die grundsätzlichen Voraussetzungen erfüllt, sodass von einer Umsetzbarkeit als PPP ausgegangen werden kann, können in einem zweiten Schritt die effizienzbasierten Prüfkriterien untersucht werden. Hierfür kann auch für PPP-Vorhaben im Krankenhausbereich auf die bereits vorgestellten Prüfkriterien zurückgegriffen werden,<sup>244</sup> da diese sektorübergreifende Gültigkeit besitzen. Sehr wohl können sich aber die Ausprägungen der Prüfkriterien (z.B. das geforderte Mindest-Projektvolumen) von Sektor zu Sektor unterscheiden.

---

<sup>239</sup> Vgl. PPP-Task Force NRW (2007a), S. 22. Hierin wird explizit eine Berücksichtigung sektorspezifischer Kriterien gefordert.

<sup>240</sup> Denn bei der Untersuchung der so genannten „Nicht-projektbezogenen Kriterien“ (Storz/ Frank (2004)). bzw. „Allgemeinen Kriterien“ (PPP-Task Force NRW (2007a)) oder „projektunabhängigen Kriterien“ (Alfen et al. (2009)) geht es im Wesentlichen um die Abschätzung der grundsätzlichen Realisierbarkeit eines PPP-Projektes. Allerdings wurde hierbei bisher kein Bezug zur zeitlichen Komponente hergestellt.

<sup>241</sup> Vgl. Abschnitt 2.3.3.4.

<sup>242</sup> Vgl. hierzu die in Abschnitt 2.3.3.4 aufgezeigten unterschiedlichen Einteilungen der zur Untersuchung gewählten Kriterien und die Vielfältigkeit der Kriterien an sich.

<sup>243</sup> Vgl. BMVBS (2006b).

<sup>244</sup> Vgl. Tabelle 5 im Abschnitt 2.3.3.4.

Es gilt im nächsten Schritt herauszuarbeiten, welche krankenhausspezifischen Bedingungen für die Anwendung von PPP bestehen und welche Prüfkriterien sich daraus ableiten, um die grundsätzliche Realisierbarkeit einer Projektentwicklung als PPP abschätzen zu können.

#### 2.4 Zusammenfassung des zweiten Kapitels

Als Vorbereitung auf den zu entwickelnden krankenhausspezifischen PPP-Eignungstest wurden im zweiten Kapitel zunächst begriffliche Grundlagen als Basis der weiteren Ausführungen erläutert.

Es wurde das Begriffsverständnis von Public Private Partnership (PPP) hergeleitet und die Eingrenzung auf Vertrags-PPP als langfristige vertraglich geregelte Zusammenarbeit von öffentlicher Hand und Privatwirtschaft zur wirtschaftlichen Erfüllung öffentlicher Aufgaben begründet. Anhand einer Auswertung von Projektdaten konnte gezeigt werden, dass sich PPP z.B. im Schul- und Verwaltungsbau zunehmend als Beschaffungsvariante etabliert, die Verbreitung im Krankenhausbereich hingegen noch sehr gering ist.

Im Folgenden wurde der Untersuchungsgegenstand der Arbeit auf die Gruppe der öffentlichen Krankenhäuser eingegrenzt, in der kommunale und Universitätsklinika zusammengefasst sind. Wie gezeigt werden konnte, bietet sich nur dieser Gruppe von Krankenhäusern die Möglichkeit, PPP als Beschaffungsvariante einzusetzen. Auswertungen ergaben, dass das Anwendungspotenzial für PPP dennoch sehr umfangreich ist, da ca. ein Drittel der Krankenhäuser in Deutschland in öffentlicher Trägerschaft stehen und diese über knapp die Hälfte der aufgestellten Betten verfügen. Da dieser Anteil allerdings rückläufig ist, konnte anhand der zeitlichen Entwicklung über die letzten Jahrzehnte verdeutlicht werden.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auch beim Krankenausbau- und betrieb wichtige Zielgrößen darstellen, wurde die Notwendigkeit zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen abgeleitet. Es wurde gezeigt, dass der PPP-Eignungstest als etabliertes Instrument zur frühzeitigen Abschätzung der zu erwartenden Wirtschaftlichkeit einer PPP-Lösung auch im Krankenhausbereich einsetzbar ist, hierfür aber Anpassungen erforderlich sind. Begründet wurde diese Forderung mit der Gefahr, dass aufgrund der geringen Erfahrungen mit PPP im Krankenhausbereich ein Projekt trotz bestehender effizienzbasierter Eignung scheitert, da sektorspezifische Grundvoraussetzungen unbeachtet bleiben. Daraus wurde der Vorschlag entwickelt, die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Realisierung eines PPP-Projektes im Krankenhausbereich in einem vorgelagerten Teil des PPP-Eignungstests zu prüfen.

Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse wird im Rahmen des anschließenden dritten Kapitels untersucht, welche sektorspezifischen Rahmenbedingungen der Krankenhausbereich aufweist. Ziel ist es, daraus die Anforderungen abzuleiten, die bei der Planung eines PPP-Projektes erfüllt sein müssen, um von dessen Realisierbarkeit ausgehen zu können.

### 3 SEKTORSPEZIFISCHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PPP

Im zweiten Kapitel wurde herausgearbeitet, dass der PPP-Eignungstest ein geeignetes Instrument zur Untersuchung der zu erwartenden Wirtschaftlichkeit darstellt und grundsätzlich auch für PPP-Projekte im Krankenhausbereich anwendbar ist. Des Weiteren wurde festgestellt, dass speziell für öffentliche Krankenhäuser eine zusätzliche vorgeschaltete sektorspezifische Untersuchung zur Klärung der Realisierbarkeit eines Projektes erforderlich ist. In diesem dritten Kapitel soll nun untersucht werden, wodurch die Machbarkeit von PPP im Krankenhausbereich beeinflusst wird, um daraus Kriterien abzuleiten, die als vorgeschalteter Teil in einen krankenhausspezifischen PPP-Eignungstest integriert werden können.

Mit diesem Ziel werden im Folgenden die sektorspezifischen Rahmenbedingungen des Krankenhauses den Anforderungen eines PPP-Projektes gegenübergestellt. Es wird untersucht, welche Problemstellungen bei der Vorbereitung eines PPP-Projektes im Krankenhausbereich beachtet werden müssen, um von der Realisierbarkeit geplanter Immobilienprojektentwicklungen als PPP ausgehen zu können.

#### 3.1 Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern

Als erster Schritt der Untersuchung wird hinterfragt, auf welcher rechtlichen Grundlage öffentliche Krankenhausträger private Unternehmen einsetzen können und wie weitgehend diese Unterstützung sein darf. Da private Unternehmen bereits heute auf vielfältige Weise in öffentlichen Krankenhäusern tätig werden, soll außerdem untersucht werden, wodurch sich PPP von diesen unterscheidet.

##### 3.1.1 Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe

Bevor darauf eingegangen werden kann, welche Aufgaben von einem privaten Unternehmen in öffentlichen Krankenhäusern wahrgenommen werden dürfen, wird zunächst aufgezeigt, welche Arten öffentlicher Aufgaben zu unterscheiden sind und wie die Gesundheitsversorgung hier einzuordnen ist.

###### 3.1.1.1 Arten öffentlicher Aufgaben

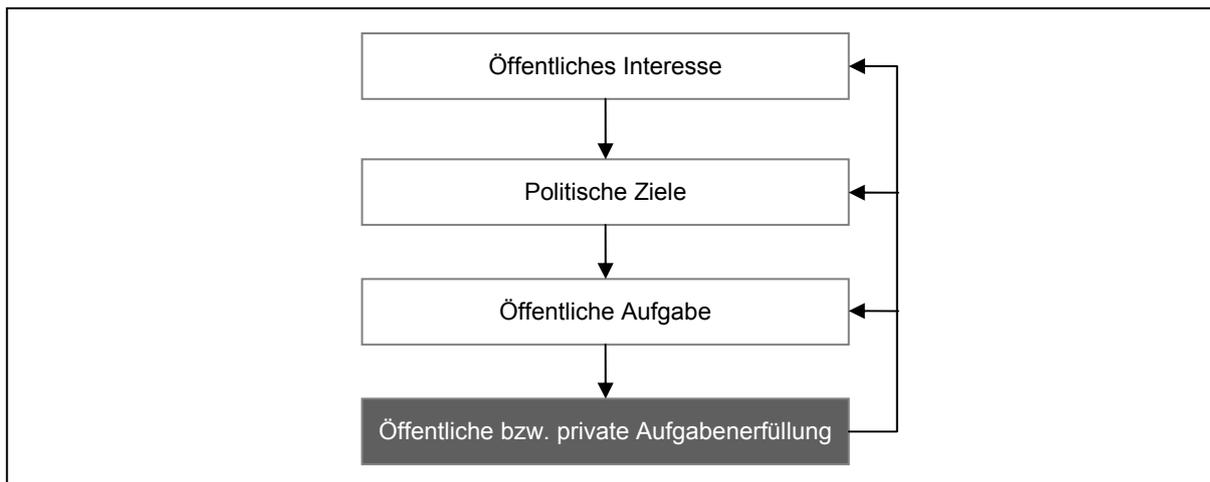
Öffentliche Aufgaben sind allgemein dadurch gekennzeichnet, dass sie im Interesse der Allgemeinheit erbracht werden und durch den Gesetzgeber an spezifische Gemeinwohlverpflichtungen geknüpft sind.<sup>245</sup> Sie resultieren aus politischen Zielen, die wiederum auf öffentlichen Interessen basieren.<sup>246</sup> Diesen prinzipiellen Zusammenhang gibt die Abbildung 21 wieder, aus der auch die anzustrebende Rückkopplung zwischen den einzelnen Stufen hervorgeht.

---

<sup>245</sup> Vgl. Eichhorn P. (2001), S. 53.

<sup>246</sup> Vgl. Eichhorn P. (2001), S. 11.

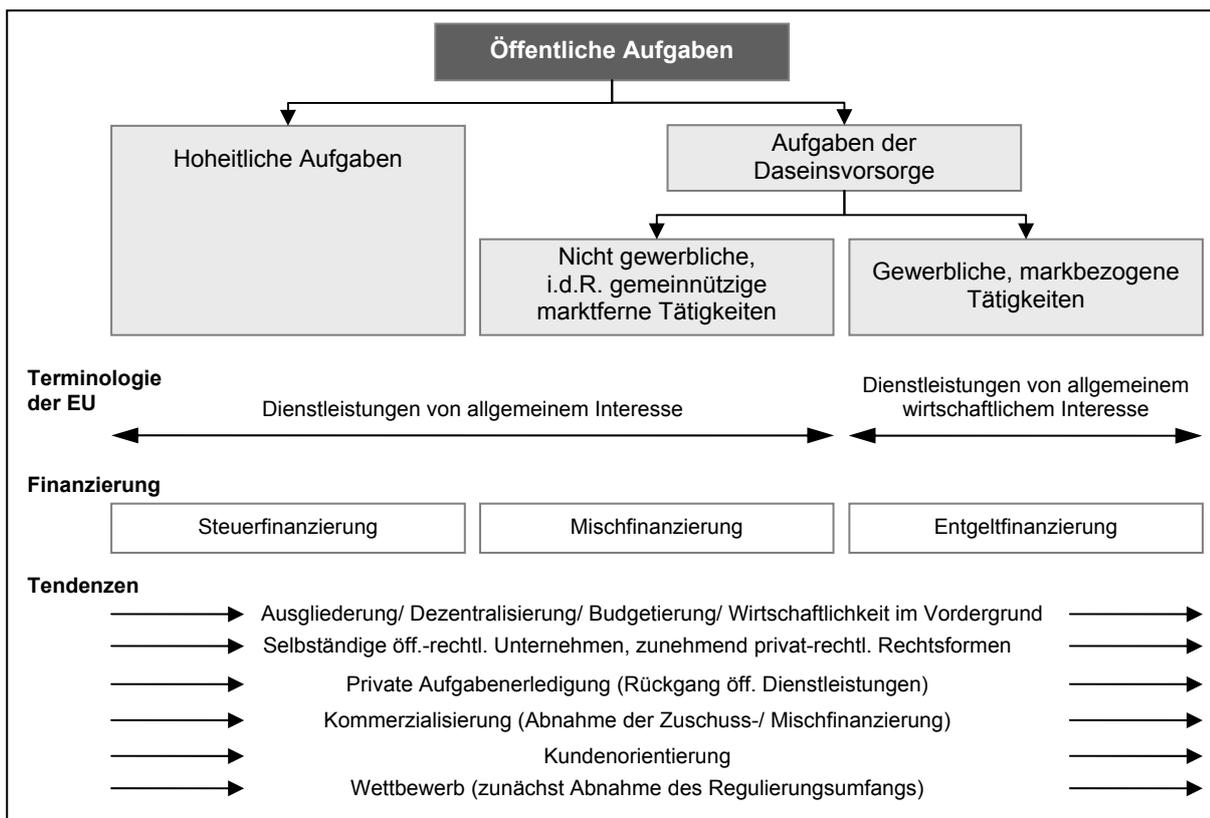
**3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP**  
 Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern



**Abbildung 21: Zweck-Mittel-Hierarchie öffentlicher Aufgaben.**

Quelle: In Anlehnung an Eichhorn P. (2001), S. 12.

Öffentliche Aufgaben lassen sich aus ökonomischer Sicht in hoheitliche Aufgaben und Aufgaben der Daseinsvorsorge unterteilen (vgl. Abbildung 22). Für die Einordnung von staatlichen Gesundheitsleistungen in diese Systematik der öffentlichen Aufgaben sollen zunächst die Grundbegriffe erläutert werden.



**Abbildung 22: Arten öffentlicher Aufgaben.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Eichhorn (2001), S. 50 u. 55 und unter Verwendung von EU-Kommission (2001), S. 20.

**Hoheitliche Aufgaben** resultieren aus dem Gewaltmonopol des Staates. Es sind Aufgaben, die entsprechend dem öffentlichen Recht durch unmittelbare<sup>247</sup> oder mittelbare<sup>248</sup> Staatsverwaltung zu erfüllen sind. Jegliche Aufgabenwahrnehmung in diesem Bereich bedarf einer gesetzlichen Ermächtigung.<sup>249</sup> Die hoheitlichen Aufgaben werden auch als „Kernbestand“ staatlicher Aufgaben bezeichnet.<sup>250</sup>

Von den hoheitlichen Aufgaben sind die Aufgaben der **Daseinsvorsorge** zu unterscheiden (vgl. Abbildung 22). Für den Begriff der Daseinsvorsorge hat bis heute keine feststehende Definition durchgesetzt.<sup>251</sup> Er geht zurück auf den Staatsrechtler E. FORSTHOFF, der den Begriff in den 30er Jahren in die öffentlich-rechtliche Diskussion eingebracht hat.<sup>252</sup> Er definierte den Begriff aus soziologischer Sicht: „Die Daseinsvorsorge, deren Zweck die Befriedigung allgemeiner Bedürfnisse zu sozial angemessenen Bedingungen ist, ist Teil der öffentlichen Verwaltung.“<sup>253</sup> Heute wird in abgewandelter, aber dennoch ähnlicher Form z.B. von der Aufgabe der Gemeinden gesprochen, in den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit „die für ihre Einwohner erforderlichen wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen öffentlichen Einrichtungen bereitzustellen.“<sup>254</sup> Ein wesentliches Merkmal der Daseinsvorsorge ist die Gemeinwohlorientierung.<sup>255</sup>

Bei einer weiteren Abschichtung können entsprechend Abbildung 22 zwei Arten der Daseinsvorsorge unterschieden werden. Die erste Kategorie stellen „gewerblich, marktbezogenen Leistungen“ dar, die von der EU als „Dienste bzw. Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse“ bezeichnet werden.<sup>256</sup> Dabei handelt es sich um im Kern marktbezogene Tätigkeiten, die in Marktprozessen erbracht wurden.<sup>257</sup> Typische Beispiele hierfür stellen die Infrastrukturdienste im Bereich der Energieversorgung, des Verkehrssektors, der Wasserversorgung, der Entsorgung, der Post, der Telekommunikationsdienste usw. dar. Aufgrund eines ausreichend vorhandenen Marktes gilt bei diesen Tätigkeiten, dass der Käufer für die angebotenen Leistungen zahlt und die Entgelte i.d.R. mindestens kostendeckend sind (Äquivalenzprinzip).<sup>258</sup>

Davon ist eine zweite Kategorie der Daseinsvorsorge abzugrenzen, die „nicht gewerblichen Tätigkeiten.“ In der Terminologie der Europäischen Union<sup>259</sup> werden diese als „Dienste bzw. Dienstleistungen von allgemeinem Interesse“ bezeichnet. Als im Allgemeinen Interesse lie-

---

<sup>247</sup> Die unmittelbare Staatsverwaltung umfasst die Bundes- und Landesbehörden.

<sup>248</sup> Die mittelbare Staatsverwaltung besteht aus den Kommunen, Körperschaften sowie Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts.

<sup>249</sup> Vgl. Eichhorn P. (2001), S. 54.

<sup>250</sup> Vgl. Kodolitsch (2002), S. 43.

<sup>251</sup> Vgl. Bocklet (2001), S. 12. Auch sind die Tätigkeiten, die unter dem Begriff der Daseinsvorsorge eingeordnet werden, nicht allgemeingültig und abschließend bestimmt. Dadurch soll die notwendige Flexibilität gewahrt bleiben, auf Wandlungsprozesse zu reagieren.

<sup>252</sup> Vgl. Forsthoff (1938); Cox (2001), S. 26.

<sup>253</sup> Vgl. Denninger (2001), S. 167; Forsthoff (1938).

<sup>254</sup> Vgl. § 19 HessGO.

<sup>255</sup> Vgl. Bocklet (2001), S. 12; So werden die Leistungen der Daseinsvorsorge auch als „gemeinwohlorientierte Leistungen“ bezeichnet, vgl. EU-Kommission (2001), S. 20.

<sup>256</sup> Vgl. Art. 86 Abs. 2 EG-Vertrag Amsterdamer Fassung vom 02.10.1997; Eichhorn (2001), S. 49 und den Verweis in Fuchs (2005), S. 4 auf Art. 16, 86 Abs. 2 S. 1 EGV.

<sup>257</sup> Vgl. Cod (2001), S. 28; vgl. weitere Beispiele für Tätigkeiten dieser Kategorie in: Eichhorn P. (2001), S. 50.

<sup>258</sup> Vgl. Eichhorn P. (2001), S. 49, z.B. durch Kapital- oder Ertragszuschüsse des Auftraggebers an den Auftragnehmer können die administrativen Preise auch unterhalb von Marktpreisen liegen.

<sup>259</sup> Vgl. EU-Kommission (2001), u.a. S.20.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern

---

gend gelten Dienstleistungen, die nicht marktbezogen und vorwiegend als Ausnahmen vom Wettbewerb deklariert werden. Hierzu zählen bspw. die öffentliche Sicherheit, kulturelle Dienste und Bildungsgüter (Schule, Universität). Ebenfalls in diese Kategorie einzuordnen sind soziale bzw. Wohlfahrtsdienste,<sup>260</sup> zu denen auch die Gesundheitsversorgung zählt.<sup>261</sup> Bei diesen öffentlichen Aufgaben wird kein eigenwirtschaftlicher Zweck verfolgt, weshalb diese auch häufig steuerrechtlich als gemeinnützig anerkannt werden. Die Kosten dafür werden i.d.R. mischfinanziert, d.h. von Nutzern bzw. Nutznießern und dem Steuerzahler getragen.

#### 3.1.1.2 Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe

Aus der Einordnung der Gesundheitsversorgung als Aufgabe der Daseinsvorsorge leitet sich auch die Verpflichtung der öffentlichen Hand zur Krankenhausversorgung ab. Denn mit der Daseinsvorsorge wird die staatliche Aufgabe umschrieben, die **Grundversorgung** der Bevölkerung zu gewährleisten, d.h. die für ein menschliches Dasein der Bürger notwendigen sozialen Lebensbedingungen zu schaffen, zu sichern und zu entwickeln. Dazu zählt insbesondere auch die Schaffung, Unterhaltung und Weiterentwicklung der kommunalen Infrastruktur als öffentliche Einrichtungen für die Allgemeinheit,<sup>262</sup> zu der im Rahmen der sozialen Infrastruktur auch die Gesundheitseinrichtungen, insbesondere Krankenhäuser, zählen.<sup>263</sup>

Durch die Bereitstellung von Krankenhäusern wird eine angemessene medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet. Die Verpflichtung hierzu leitet sich aus dem Sozialstaatsprinzip<sup>264</sup> ab, das einen allgemeinen sozialstaatlichen Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung enthält. Demnach hat die öffentliche Hand dafür Sorge zu tragen, dass stationäre Versorgungseinrichtungen in ausreichender Qualität und Quantität für die Bürger zur Verfügung stehen.<sup>265</sup> Diese sozialstaatliche Verpflichtung hat die Bundesregierung in dem so genannten „Krankenhaus-Enquete“ bestätigt, in dem sie sich zur Gewährleistung der Krankenhausversorgung der Bevölkerung als öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge bekannt hat.<sup>266</sup> Auch in der Krankenhausgesetzgebung der Länder wird auf diesen Aspekt explizit hingewiesen.<sup>267</sup>

#### 3.1.1.3 Verantwortung der Länder zur Krankenhausversorgung

Wie der öffentlichen Aufgabe der Krankenhausversorgung nachzukommen ist, wird u.a. im KHG geregelt. Dies wird bereits aus dessen Zweck deutlich, der laut § 1 Abs. 1 KHG darin

---

<sup>260</sup> Vgl. Cox (2001), S. 28.

<sup>261</sup> Vgl. die Einordnung der Gesundheitsversorgung als Dienstleistung mit allgemeinem (nicht wirtschaftlichem) Interesse in Eichhorn P. (2001), S. 50.

<sup>262</sup> Vgl. Fuchs (2005), S. 2, demnach der Infrastrukturauftrag als das wichtigste Teilgebiet der Daseinsvorsorge bezeichnet wird.

<sup>263</sup> Vgl. DKG (2007), S. 9: „Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen ist eine öffentliche Aufgabe ...“

<sup>264</sup> Vgl. Art. 20 Abs. 1 GG; Sachverständigenrat (2007), S. 303.

<sup>265</sup> Vgl. Kies (1998), S. 16.

<sup>266</sup> Vgl. Kies (1998), S. 16. Die so genannte „Krankenhaus-Enquete“ wurde am 19.5.1969 von der damaligen Bundesregierung abgegeben (siehe BT-DS V/4230, S. 525 ff.). Dass die Krankenhausversorgung auch weiterhin als staatliche Aufgabe anerkannt wird, zeigen aktuelle Stellungnahmen staatlicher Stellen. Vgl. stellvertretend Höfling (2007), S. 19.

<sup>267</sup> Vgl. z.B. § 3 Abs. 1 BremKHG, § 3 Abs. 1 HKHG, § 1 Abs. 2 KHG NRW, § 2 Abs. 1 LKG Rheinland-Pfalz.

besteht „eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit [...] Krankenhäusern zu gewährleisten.“ Im KHG wird festgelegt, dass die Sicherstellung einer angemessenen Krankenhausversorgung Aufgabe der Länder ist.<sup>268</sup>

In § 6 Abs. 1 KHG heißt es weiterführend, „die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf.“ Nähere Vorgaben zur Ausgestaltung dieser beiden Instrumente sind entsprechend § 6 Abs. 4 KHG dem Landesrecht vorbehalten.

Beispielsweise weist das für Bayern geltende BayKrG im § 4 Abs. 1 aus: „Der **Krankenhausplan** stellt die für die bedarfsrechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Zahl der Betten und teilstationärer Plätze, Fachrichtungen sowie Versorgungsstufe dar.“<sup>269</sup> Seine Bedeutung und Berechtigung als zentrales Lenkungs- und Steuerungsinstrument im dualen Finanzierungssystem<sup>270</sup> erhält der Krankenhausplan dadurch, dass nur die in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommenen Häuser einen Anspruch auf öffentliche Investitionsförderung haben.<sup>271</sup> Basierend auf dem eigenen Krankenhausplan stellen die zuständigen Ministerien der Länder jährlich **Investitionsprogramme** auf. Darin ist die vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Jahr zur Verfügung stehenden Investitionsfördermittel enthalten.<sup>272</sup>

Neben dem Aufstellen von Krankenhausplänen und Investitionsprogrammen agieren die Länder auch als Träger der Universitätsklinika. Dennoch sind die Länder allein nicht in der Lage, eine angemessene Krankenhausversorgung zu gewährleisten.

#### 3.1.1.4 Mitwirkungspflicht der Kreise und Gemeinden

Bei der Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrages sind die Länder auf die Mithilfe der Kreise und Gemeinden angewiesen. Deren Mitwirkung ist in den Landes-KHG verankert. Beispielsweise sind die Gemeinden in Baden-Württemberg verpflichtet, die nach dem Krankenhausplan notwendigen Krankenhäuser selbst als Träger zu betreiben, wenn „die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern nicht durch andere Träger sichergestellt [ist].“<sup>273</sup> Damit werden die Kommunen zur Mitwirkung bei der Gewährleistung einer Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen medizinischen Leistungen verpflichtet.<sup>274</sup>

---

<sup>268</sup> Vgl. dazu u.a. auch DKG (2007), S. 9, mit dem Hinweis, dass es sich bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen um eine öffentliche Aufgabe handelt, die bei den Ländern liegen muss. Vgl. auch MAS-BW (2007), S. 2. Darin wird zu einer Sonderkonferenz der Gesundheitsminister der Länder und dem dort getroffenen Beschluss Bezug genommen, demnach „auch künftig der Sicherstellungsauftrag den Ländern zugewiesen [wird].“

<sup>269</sup> Ähnliche Wortlaute sind auch im Landesrecht der anderen Bundesländer verankert.

<sup>270</sup> Vgl. Kies (1998), S. 41.

<sup>271</sup> Vgl. § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG; Kies (1998), S. 41.

<sup>272</sup> Vgl. dazu Abschnitt 3.3.2.3 zu Einzelförderung und Pauschalförderung im Rahmen der Investitionsförderung nach § 4 KHG; vgl. zu den gesetzlichen Regelungen im Landesrecht z.B. § 10 Abs. 1 BayKrG, § 20 KHG NRW.

<sup>273</sup> Vgl. § 3 Abs. 1 LKHG Baden-Württemberg. Ähnliche Festlegungen werden auch in den anderen Landes-KHG getroffen.

<sup>274</sup> Vgl. Drotleff (2005), S. 27; Schuppert (1996), S. 180.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern

Entsprechend Tabelle 6 ist dabei zwischen der Verantwortlichkeit des Aufgabenträgers und des Entscheidungsträgers über die Aufgabenwahrnehmung zu unterscheiden.<sup>275</sup> Diese Differenzierung ist nötig, da eine Abschichtung der Verantwortung für eine öffentliche Aufgabe in der Art möglich ist, dass die beiden Funktionen von getrennten Institutionen wahrgenommen werden. Zwar liegen öffentliche Aufgaben in der legitimen Kompetenz öffentlicher Aufgabenträger, es findet aber immer mehr eine Aufgabenteilung in der Art statt, dass sich der öffentliche Auftraggeber auf eine gestalterische und überwachende Position zurückzieht und mit der eigentlichen Durchführung andere öffentliche oder private Wirtschaftssubjekte betraut. Das öffentliche Gesundheits- und Sozialwesen ist hierfür exemplarisch.<sup>276</sup> Welche Rechte und Verpflichtungen die Gemeinden bei der Umsetzung ihrer Verpflichtung zur Mitwirkung bei der Gewährleistung der Krankenhausversorgung zustehen, hängt davon ab, um welche Art gemeindlicher Aufgabe es sich dabei handelt.

Ungeachtet landesrechtlicher Differenzierungen<sup>277</sup> können je nach Grad der Eigenständigkeit bei der Aufgabenerfüllung vier Arten gemeindlicher Aufgaben unterschieden werden, die entweder dem „eigenen Wirkungskreis“ oder dem „übertragenen Wirkungskreis“ einer Kommune bzw. Gemeinde zuzuordnen sind.<sup>278</sup>

Aufgabenart	Aufgabenträger	Entscheidung über Aufgabendurchführung	Fazit für Gemeinden
<b>Eigene Aufgaben (eigener Wirkungskreis) der Gemeinden:</b>			
Freiwillige Selbstverwaltungsaufgabe	Kreis/ Gemeinde	Kreis/ Gemeinde	<b>Ob</b> und <b>Wie</b> sind der Gemeinde überlassen
Pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe	Bund bzw. Länder	Kreis/ Gemeinde	<b>Ob</b> vorgegeben, <b>Wie</b> im Ermessen der Gemeinde
<b>Übertragene Aufgaben (übertragener Wirkungskreis) der Gemeinden:</b>			
Gemeindliche Auftragsverwaltung	Bund bzw. Länder	Bund bzw. Länder	<b>Ob</b> und <b>Wie</b> vorgegeben
Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung	Bund bzw. Länder	Gemeinde, aber staatliches Weisungsrecht	<b>Ob</b> und <b>Wie</b> vorgegeben

**Tabelle 6: Arten gemeindlicher Aufgaben.**

Quelle: Eigene Darstellung unter Einbeziehung von Fuchs et al. (2005), S. 6.

<sup>275</sup> Vgl. Bittrolff (2007), S. 82.

<sup>276</sup> Vgl. P. Eichhorn (2001), S. 53. Weitere Beispiele: Öffentliche Energieversorgung, öffentlicher Personennahverkehr, öffentliche Entsorgung.

<sup>277</sup> Bei der Darstellung bleiben die Unterschiede des dualistischen und des monistischen Aufgabensystems als die beiden Grundtypen der kommunalen Aufgabenwahrnehmung außer Betracht, da sie für die folgenden Betrachtungen ohne Relevanz bleiben. Die vorgestellten vier Aufgabentypen werden bei beiden Grundmodellen in ähnlicher Weise differenziert. Während die dualistische Aufgabenstruktur in Bayern, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, dem Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen und damit bei der Mehrheit der Bundesländer Anwendung findet, besteht in den übrigen Bundesländern eine monistische Aufgabenstruktur.

<sup>278</sup> Vgl. Ronellenfitsch (2004), S. 3.

Anhand der Kategorien gemeindlicher Aufgaben in Tabelle 6 ist ersichtlich, welche Gebietskörperschaft bei den vier unterschiedenen Formen Träger einer Aufgabe ist und wer über die Art und Weise der Aufgabenwahrnehmung entscheidet.

Dem „übertragenen Wirkungskreis“ der Kommune ist die „Gemeindliche Auftragsverwaltung“, und die „Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung“ zuzuordnen, die mit einer Fremdbestimmung der Kommunen einhergehen. Die Gemeinden haben die ihnen auf diese Weise von Bund und Ländern zugewiesenen Aufgaben ohne jeglichen eigenen Entscheidungsspielraum auszuführen.<sup>279</sup> Bei der gemeindlichen Auftragsverwaltung bedienen sich Bund und Länder zur Erfüllung staatlicher Aufgaben kommunaler Behörden.<sup>280</sup> In den meisten Ländern wurde dieser Verwaltungstyp aber mittlerweile in eine Pflichtaufgabe nach Weisung umgewandelt.<sup>281</sup> Staatliche Aufgaben werden hierbei von den Gemeinden wahrgenommen, die in der Funktion einer unteren staatlichen Verwaltungsbehörde agieren.

Davon sind zwei weitere Aufgabenkategorien zu unterscheiden, die dem eigenen Wirkungskreis der Gemeinden zuzuordnen sind. Bei den freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben kann sich die Gemeinde nach freiem Entschließungs- und Auswahlermessen betätigen, soweit dies ihre Leistungsfähigkeit zulässt. Hierunter ist u.a. die Unterhaltung von öffentlichen Einrichtungen der Daseinsvorsorge.<sup>282</sup> Im Gegensatz dazu ist bei pflichtigen Selbstverwaltungsaufgaben bundes- und landesrechtlich bestimmt, dass die Gemeinden diese Aufgabe erfüllen müssen.<sup>283</sup> Die Art und Weise der Aufgabenerfüllung wiederum liegt im Verantwortungsbereich der Gemeinden, deren Entscheidungsspielraum sich damit auf das Auswahlermessen reduziert.<sup>284</sup>

Die **Sicherung der Gesundheitsversorgung**, die zuvor als Aufgabe der Daseinsvorsorge eingeordnet worden ist,<sup>285</sup> fällt demnach unter die freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben der Gemeinden. Darüber hinaus wird durch die gesetzlichen Vorgaben des KHG die Gewährleistung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung den Landkreisen übertragen, sodass es sich diesbezüglich um eine pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe<sup>286</sup> handelt.<sup>287</sup>

---

<sup>279</sup> Vgl. Schönrock (2000), S.32.

<sup>280</sup> Beispiele für die gemeindliche Auftragsverwaltung sind: die Organisation von Wahlen, das Passamt.

<sup>281</sup> Beispiele für Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung sind: das Bauwesen, das Meldewesen.

<sup>282</sup> Vgl. Fuchs et al. (2005), S. 6. Weitere Beispiele für Freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben sind die Einrichtung kommunaler Sparkassen sowie die Unterhaltung von Schwimmbädern, Theatern, Bibliotheken und Museen.

<sup>283</sup> Ronellenfitsch (2004), S. 4. Beispiele für pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben sind: die städtebauliche Sanierung, Abfall- und Abwasserbeseitigung, die Trägerschaft von Grundschulen sowie zahlreiche Aufgaben im Bereich der Jugend- und Sozialhilfe.

<sup>284</sup> Bei pflichtigen Selbstverwaltungsaufgaben, die der Gemeinde gesetzlich zugewiesen wurden, können private Unternehmen mit der Aufgabendurchführung beauftragt werden, solange die Aufgabenverantwortung bei dem öffentlichen Auftraggeber verbleibt und dem Privaten keine hoheitlichen Rechte (z.B. hoheitliche Gebührenerhebung) übertragen werden. Vgl. Alfen/ Fischer (2006), S. 19.

<sup>285</sup> Vgl. Abschnitt 3.1.1.2.

<sup>286</sup> Die in Drotleff (2005), S. 22. verwendete Bezeichnung der „Pflichtaufgabe“ folgt dem monistischen Aufgabensystem und ist mit dem hier vorgestellten Begriff der „Pflichtigen Selbstverwaltungsaufgabe“ gleichzusetzen.

<sup>287</sup> Vgl. Drotleff (2005), S. 22; vgl. dazu auch beispielhaft die Bestimmung im § 2 Abs. 2 LKG Rheinland-Pfalz: „Die Landkreise und die kreisfreien Städte erfüllen ihre Aufgabe nach Abs. 1 [Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern] als Pflichtaufgabe der Selbstverwaltung“, § 1 Abs. 2 KHG NRW: „Die Krankenversorgung in Krankenhäusern [...] ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit.“ sowie die Festlegungen in § 1 Abs. 1 KHG LSA: „Die Landkreise und kreisfreien Städte haben die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises nach Maßgabe des Krankenhausplanes [...] sicherzustellen.“

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern

---

Entsprechend der Einordnung als freiwillige Selbstverwaltungsaufgabe steht es den Gemeinden frei darüber zu entscheiden, ob sie ein eigenes Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft betreiben wollen oder die Aufgabenerfüllung einem frei-gemeinnützigen oder privat-gewerblichen Krankenhausträger überlassen.<sup>288</sup> Die Einordnung als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe greift erst dann, wenn die bedarfsnotwendige Versorgung mit Krankenhausleistungen nicht durch ein anderes Krankenhaus gewährleistet werden kann. In diesem Fall wäre die Kommune letztendlich verpflichtet die medizinische Versorgung durch ein eigenes Krankenhaus sicherzustellen.<sup>289</sup>

#### 3.1.1.5 Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Krankenhäuser

Eine weitere Besonderheit des Krankenhausbereichs stellt die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Krankenhäuser dar. Im Unterschied zum Krankenhaussektor betreffen die bisher realisierten PPP-Projekte z.B. im Schul- und Verwaltungsbereich vorrangig Investitionsbereiche der Länder und der kommunalen Ebene. Die Grundstücke und Gebäude stehen im Eigentum des Staates und unterliegen seiner Finanzierungs- und Betreiberverantwortung. Die staatlichen Organe sind zu deren Errichtung, Betrieb und Unterhaltung verpflichtet.<sup>290</sup>

Bei der Förderung von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft handelt es sich hingegen um eine Zuschussfinanzierung von Einrichtungen in Rechtsträgerschaft Dritter. Die öffentlichen Krankenhäuser agieren als selbstständige und unabhängige Einrichtungen, unabhängig davon, ob sie eine öffentliche oder private Rechtsform aufweisen. Dadurch liegt keine Investition der öffentlichen Hand in eigene Einrichtungen vor.<sup>291</sup>

Auf dieser Grundlage ist es die autonome Entscheidung des Trägers, ob, wie und in welchem Umfang er sich privater Dienste bedient, um z.B. Baumaßnahmen, Gebäudedienstleistungen etc. zu realisieren.<sup>292</sup> Die Gewährung von Fördermitteln darf gemäß § 1 Abs. 2 KHG nicht an diesbezügliche Auflagen gebunden sein, sodass seitens der Behörden keine direkte Einflussnahme auf die Art der Umsetzung des geförderten Projektes besteht.

#### 3.1.1.6 Gewährleistungsverantwortung der öffentlichen Hand

Wurde die Daseinsvorsorge früher durch Verwaltungseinheiten nahezu ausschließlich selbst wahrgenommen, werden die Maßnahmen zur Daseinsvorsorge heute immer öfter nicht mehr durch die öffentliche Hand selbst bzw. ihre Institutionen erbracht. Die öffentlichen Aufgabenträger ziehen sich zunehmend auf die Gewährleistung der Daseinsvorsorge zurück.<sup>293</sup> Die Übertragung der Aufgabenerfüllung auf private Unternehmen wird der eigenen Leistungserbringung immer öfter vorgezogen. Doch bleibt die Kommune trotzdem stets verantwortlich für

---

<sup>288</sup> Vgl. Drotleff (2005), S. 22; Ungeklärt ist allerdings, auf welchen konkreten Versorgungsauftrag bzw. welchen Leistungsumfang sich der Sicherstellungsauftrag erstreckt. Vgl. Bruckenberger (2002), S. 96.

<sup>289</sup> Vgl. Pföhler (2003), S. 611; Drotleff (2005), S. 22; z.B. § 3 Abs. 1 LKHG Baden-Württemberg.; Vgl. weiterführend Abschnitt 3.1.1.6.

<sup>290</sup> Vgl. Daube et al. (2005), S. 1083; AOLG (2004), S. 6.

<sup>291</sup> Vgl. AOLG (2004), S. 6.

<sup>292</sup> Vgl. AOLG (2004), S. 6.

<sup>293</sup> Vgl. Fuchs (2005), S. 11; Berschin (2000), S. 9; Eichhorn (2001), S. 13; Vgl. dazu auch den Begriff des „Gewährleistungsstaates“ z.B. in Kodolitsch (2002), S. 44.

die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgabe.<sup>294</sup> Sie bleibt in der so genannten **Letzt- bzw. Gewährleistungsverantwortung**.<sup>295</sup>

Bezogen auf die Gesundheitsfürsorge bedeutet dies, dass sowohl bei der Abdeckung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch ein frei-gemeinnütziges oder privat gewerbliches Krankenhaus als auch bei Übertragung von Dienstleistungen auf Dritte in einem kommunalen Krankenhaus die zuständige Kommune stets für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages verantwortlich ist.<sup>296</sup>

Wird ein kommunal geführtes Krankenhaus veräußert, dass entsprechend dem Landeskrankenhausrecht des eigenen Bundeslandes den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen hat, ist die Gewährleistungsverantwortung der Kommune als wesentliche krankenhausrrechtliche Rahmenbedingung zu beachten. Es muss sichergestellt sein, dass bei einem Versagen des neuen frei-gemeinnützigen oder privaten Krankenhausbetreibers der Sicherstellungsauftrag weiterhin erfüllt werden kann. Dieser Verpflichtung muss die Kommune nicht zwingend selbst oder durch eine kommunale Einrichtung nachgekommen. Vielmehr reicht es auch aus, wenn in diesem Fall die Versorgung der Bevölkerung durch andere Krankenhäuser, unabhängig von deren Trägerschaft, sichergestellt wäre.<sup>297</sup>

Eine hohe Tragweite des **Sicherstellungsauftrages**<sup>298</sup> besteht demnach, wenn es sich um ein kommunales Krankenhaus mit dominierender Bedeutung für die Versorgung in einem kommunalen Gebiet handelt. Könnte bei Insolvenz eines privaten Trägers die medizinische Versorgung nicht mehr in ausreichendem Maße gewährleistet werden, würde in diesem Fall der Sicherstellungsauftrag greifen und die Kommune zum sofortigen Eingreifen zwingen. Sie müsste z.B. den Betrieb des Hauses vorübergehend übernehmen und aufrechterhalten. Allerdings kommt diesem Aspekt in der Praxis bisher eine geringe Bedeutung zu, da i.d.R. Interessenten für die Übernahme bedarfsnotwendiger Krankenhäuser vorhanden sind.<sup>299</sup>

Bei dem Verkauf eines öffentlichen Krankenhauses an einen privaten Krankenhausbetreiber<sup>300</sup> ist daher darauf zu achten, dass die Kommune als Träger des Sicherstellungsauftrages die Möglichkeit erhält, den Krankenhausbetrieb wieder zu übernehmen, falls der private Betreiber die Aufgabe nicht mehr ausreichend erfüllt. Handelt es sich um einen vollständigen Verkauf, kann dieses Eingriffsrecht dadurch gesichert werden, dass die Übereignung auf der Grundlage eines Erbbaurechtsvertrags erfolgt und darin Heimfallklauseln vereinbart werden. Ebenfalls denkbar wäre es, die Grundstücksübertragung mit einem Rückkaufsrecht des bis-

---

<sup>294</sup> Vgl. Friedrich Ebert Stiftung (1004f), S. 3; Drotleff (2005), S. 27; Kämmerer (2001), S. 433 und 476 führt dazu aus, dass „Die staatlichen Garantienpflichten „...“ über das „Einstehenmüssen“ für die Folgen fremden Handelns oder Unterlassens hinaus [weisen], indem auch das Einwirken auf Dritte, ja selbst Ersatzvornahme eingeschlossen ist. Insofern wird auch von „Gewährleistungspflicht“ des Staates gesprochen.“

<sup>295</sup> Vgl. Schäfer/ Thiersch (2006), S. 90: Dem Staat als Aufgabenträger obliegt weiterhin die Verantwortung für die Aufgabenerfüllung. Die Handlungen eines Privaten, der als Verwaltungshelfers für den öffentlichen Maßnahmenträger tätig wird, werden ihm zugerechnet. Daher trifft den Staat (d.h. die zuständige Gebietskörperschaft) die Letzt- bzw. Gewährleistungsverantwortung für die ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung.; Vgl. AOLG (2006), S. 4; Vgl. dazu auch mit Bezug auf Universitätsklinikum WR (2006), S. 68.

<sup>296</sup> Vgl. dazu die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe in Abschnitt 3.1.1.4.

<sup>297</sup> Vgl. Schick (2002), S. 591.

<sup>298</sup> Vgl. zum Sicherstellungsauftrag Abschnitt 3.1.1.2.

<sup>299</sup> Vgl. AOLG (2006), S. 5.

<sup>300</sup> Es handelt sich dabei um eine materielle Privatisierung, vgl. Abschnitt 3.1.2.1.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern

---

herigen kommunalen Trägers bzw. eine Rückübertragungsverpflichtung des privaten Dritten zu verbinden.<sup>301</sup>

Es bleibt festzustellen, dass öffentliche Krankenhäuser grundsätzlich private Dienstleister einsetzen können. Unter Beachtung bestimmter Ausnahmesituationen dürfen sie selbstständig entscheiden, wie sie ihre Aufgaben erfüllen und ob sie dabei private Dienstleister in Anspruch nehmen. Demnach obliegt es auch den Entscheidungsträgern in einem öffentlichen Krankenhaus darüber zu entscheiden, ob PPP als Beschaffungsvariante genutzt werden soll.

Da private Unternehmen bereits auf vielfältige Weise in Krankenhäusern eingesetzt werden, stellt sich die Frage, worin sich PPP von diesen unterscheidet und welche Neuerungen damit verbunden sind. Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden im nächsten Abschnitt die verschiedenen im Krankenhausbereich eingesetzten privatwirtschaftlichen Kooperationsformen vorgestellt und gegenüber PPP abgegrenzt.

#### 3.1.2 Bisherige privatwirtschaftliche Kooperationsformen im Krankenhausbereich

Die Formen zur Einbindung privater Wirtschaftssubjekte in die staatliche Aufgabenerfüllung werden unter der Bezeichnung der „Privatsektorbeteiligung“ zusammengefasst.<sup>302</sup> Ähnlich, aber enger gefasst, ist das Verständnis privatwirtschaftlicher Kooperationsformen. Dabei wird auf die Möglichkeiten eines öffentlichen Krankenhauses abgestellt, eine Zusammenarbeit mit einem privaten Unternehmen einzugehen, ohne dass dabei das Eigentum an Gebäuden und Anlagen dauerhaft auf den Privaten übergeht.

Allerdings eignen sich beide Eingrenzungen nicht dafür, eine detaillierte Einteilung der verschiedenen Formen der Zusammenarbeit im Krankenhausbereich vorzunehmen. Hierfür wird daher auf den Begriff der Privatisierung zurückgegriffen. Von diesem ausgehend wird eine Klassifizierung der Formen privatwirtschaftlicher Einbindung im Krankenhausbereich vorgenommen.<sup>303</sup>

Dem sei vorangestellt, dass im alltäglichen Sprachgebrauch der Begriff der Privatisierung mit dem Verkauf eines Krankenhauses gleichgesetzt wird, es sich im definitorischen Sinne dabei aber lediglich um eine (Unter-)Form der Privatisierung handelt.<sup>304</sup> Dies stellt einen wichtigen Unterscheid dar, da letztendlich alle Formen privatwirtschaftlicher Kooperation einer Form der Privatisierung zugeordnet werden können und dennoch nicht den Verkauf eines Krankenhauses bedeuten.

Kern einer Privatisierung ist die Übertragung von Leistungen von einem öffentlichen Auftraggeber auf private Wirtschaftssubjekte.<sup>305</sup> Für die Ausgestaltung dieser Beziehung bestehen insbesondere hinsichtlich des Umfangs der Risikoverteilung, der Eigentumsverhältnisse und

---

<sup>301</sup> Vgl. Schick (2002), S. 591.

<sup>302</sup> Vgl. u.a. ICG (2003), S. 13.

<sup>303</sup> Vgl. Alfen/ Fischer (2006), S. 3.

<sup>304</sup> Vgl. dazu die Einordnung der materiellen Privatisierung in die Systematik der Privatisierungsformen in Abbildung 23.

<sup>305</sup> Vgl. Ennemann (2003), S. 34; Alfen/ Fischer (2006), S. 2; Kämmerer (2001), S. 18, mit einem Überblick über definitorische und inhaltliche Aspekte des Privatisierungsbegriffs.

der Verfügungsrechte vielfältige Möglichkeiten.<sup>306</sup> Am häufigsten werden die drei Kategorien der formalen, materiellen und funktionalen Privatisierung unterschieden.<sup>307</sup>

### 3.1.2.1 Privatisierungsformen im Krankenhausbereich

Bei einer **formalen Privatisierung**, die auch Organisationsprivatisierung, unechte Privatisierung oder Scheinprivatisierung genannt wird, bedient sich die öffentliche Verwaltung zur Aufgabenerfüllung privatrechtlich organisierter Einheiten.<sup>308</sup> Die bislang durch eigene Verwaltungseinheiten erfüllten Aufgaben werden Kapitalgesellschaften in Form einer GmbH, gGmbH oder AG übertragen, deren Eigentümer aber öffentliche Gebietskörperschaften bleiben.<sup>309</sup>

Die Aufgabe an sich verbleibt bei der formalen Privatisierung vollständig bei der öffentlichen Hand, eine Verlagerung der Verfügungsrechte vom öffentlichen in den privaten Sektor findet nicht statt. Es kommt somit lediglich zu einer organisatorischen Neuordnung innerhalb des öffentlichen Sektors. Eine privatwirtschaftliche Kooperation wird hier nicht eingegangen. Zur Vervollständigung der Privatisierungssystematik und zum Aufzeigen der Unterschiede werden die Formen der formalen Privatisierung im Krankenhausbereich aber dennoch kurz vorgestellt.

Durch formale Privatisierungen wird es einem öffentlichen Krankenhaus ermöglicht, sich vom starren Verwaltungsapparat und seinen Vorschriften zu lösen und die marktwirtschaftliche Ausrichtung eines bestimmten Bereiches zu erhöhen, wobei die Eingliederung in die Krankenhausorganisation bestehen bleibt. Insgesamt handelt es sich um die Privatisierungsform mit den geringsten Veränderungen, zumal ein externes privates Unternehmen nicht eingeschaltet wird. Der Rechtsformwechsel eines Klinikums und die Gründung von eigenen internen Tochtergesellschaften zählen zu den wichtigsten Formen der formalen Privatisierung im Krankenhausbereich.

Eine weitere Privatisierungsform bildet neben der formalen die **materielle Privatisierung**, auch Aufgabenprivatisierung genannt.<sup>310</sup> Bei der materiellen Privatisierung veräußert der vormals öffentliche Träger die Eigentumsposition und sonstige Vermögenswerte an private Investoren. Der Verkauf hat zur Folge, dass die öffentliche Verwaltung die Aufgabe nicht mehr selbst wahrnimmt, sondern die Aufgabendurchführung an den Privaten abgibt. Damit findet gleichzeitig eine Übertragung der Aufgabenverantwortung an einen privaten Träger statt. Die materielle Privatisierung wird daher auch als die stärkste Form der Privatisierung bezeichnet.<sup>311</sup>

Doch das bedeutet nicht notwendigerweise einen vollständigen Rückzug der öffentlichen Hand. Denn diese muss, bezogen auf den Krankenhausbereich, auch nach einer materiellen Privatisierung und der damit verbundenen Aufgabenübertragung die medizinische Versor-

---

<sup>306</sup> Vgl. Strohbach (2001), S. 57.

<sup>307</sup> Neben der hier verwendeten Einteilung existiert eine zweite Systematisierung der Privatisierung. Dabei wird eine Untergliederung in Vermögens-, Aufgaben- und Organisationsprivatisierung vorgenommen. Vgl. z.B. Ronellenfitsch (2004), S. 24.

<sup>308</sup> Alfen/ Fischer (2006), S. 2; Ennemann (2003), S. 34.

<sup>309</sup> Vgl. Ennemann (2003), S. 35; Friedrich Ebert Stiftung (2004c), S. 1.

<sup>310</sup> Vgl. Tettinger (1997), S. 126.

<sup>311</sup> Vgl. Bittroff (2007), S. 81.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern

---

gung der Bevölkerung garantieren können. Denn die Gewährleistungsverantwortung<sup>312</sup> der öffentlichen Hand besteht unabhängig von der Trägerschaft eines Krankenhauses.<sup>313</sup> Zudem erhält ein vormals öffentliches Krankenhaus, das durch einen privaten Träger übernommen wird, weiterhin die Möglichkeit, Investitionskostenförderungen vom Land zu beantragen, und bekommt die Betriebs- und Behandlungskosten weiterhin über die Fallpauschalen von den Krankenkassen ersetzt.<sup>314</sup>

Als Ausprägungen der materiellen Privatisierung sind im Krankenhausbereich sowohl Teil- als auch Vollprivatisierungen bekannt. Erstere Form kam vor allem zu Beginn der Privatisierungswelle Anfang der 90er Jahre zur Anwendung und ist gekennzeichnet durch einen teilweisen Verkauf<sup>315</sup> der Anteile einer bereits formal privatisierten Krankenhausgesellschaft.<sup>316</sup> Diese Variante stellt im Gegensatz zur vollständigen materiellen Privatisierung eine privatwirtschaftliche Kooperation dar.

Bei der vollständig materiellen Privatisierung eines Krankenhauses, welche heute die bevorzugte Variante der materiellen Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser darstellt,<sup>317</sup> werden alle Gesellschaftsanteile an einen privaten Träger veräußert, sodass hier nicht mehr von einer Kooperation gesprochen werden kann.

Neben den vorgestellten gibt es noch weitere Gestaltungsformen. Diese werden sie in der Gruppe der **funktionalen Privatisierungsformen** zusammengefasst. Die Leistungen, die der Private für den öffentlichen Auftraggeber erbringt, können bei einer funktionalen Privatisierung sehr umfangreich ausgestaltet sein. Dennoch liegt keine auf Dauer angelegte Veräußerung von bisher öffentlichem Anlagevermögen vor. Es findet lediglich eine Übertragung der Aufgabendurchführung an den Privaten statt, Aufgabenträger bleibt im Gegensatz zur materiellen Privatisierung weiterhin der öffentliche Maßnahmenträger, also das öffentliche Krankenhaus.<sup>318</sup> Für die konkrete Ausgestaltung einer funktionalen Privatisierung gibt es eine Vielzahl von verschiedenen Formen. Auch Kombinationsmöglichkeiten unter den einzelnen Varianten sind denkbar. Typische Gestaltungsformen sind in der Abbildung 23 aufgeführt.<sup>319</sup>

In der Abbildung 23 wird insgesamt ein Überblick über die Ausprägungen der formalen, funktionalen und materiellen Privatisierung im Krankenhausesektor gegeben. Die Übersicht erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da aufgrund der herrschenden Vertragsfreiheit

---

<sup>312</sup> Vgl. zur Letzt- oder Gewährleistungsträgerschaft der Kommune für ein materiell privatisiertes vormals öffentliches Krankenhaus Abschnitt 3.1.1.6.

<sup>313</sup> Vgl. Ehlers (1997), S. 1. Der Gewährleistungsverantwortung kann die Verwaltung durch die Ausübung von Einwirkungsrechten, Kontroll-, Einstands- und Beobachtungspflichten sowie auch durch Förderpflichten nachkommen.

<sup>314</sup> Vgl. § 1 Abs. 2 KHG. Demnach gelten die Vorgaben der Krankenhausfinanzierung unabhängig von der Art der Trägerschaft grundsätzlich für alle Plankrankenhäuser. Vgl. zu den Bedingungen für die Förderung der Investitionskosten Abschnitt 3.3.2 und für die Förderung der Betriebskosten Abschnitt 3.3.3.

<sup>315</sup> Alternativ ist auch die Neugründung einer gemischtwirtschaftlichen Krankenhausgesellschaft denkbar, was aber die Ausnahme darstellt.

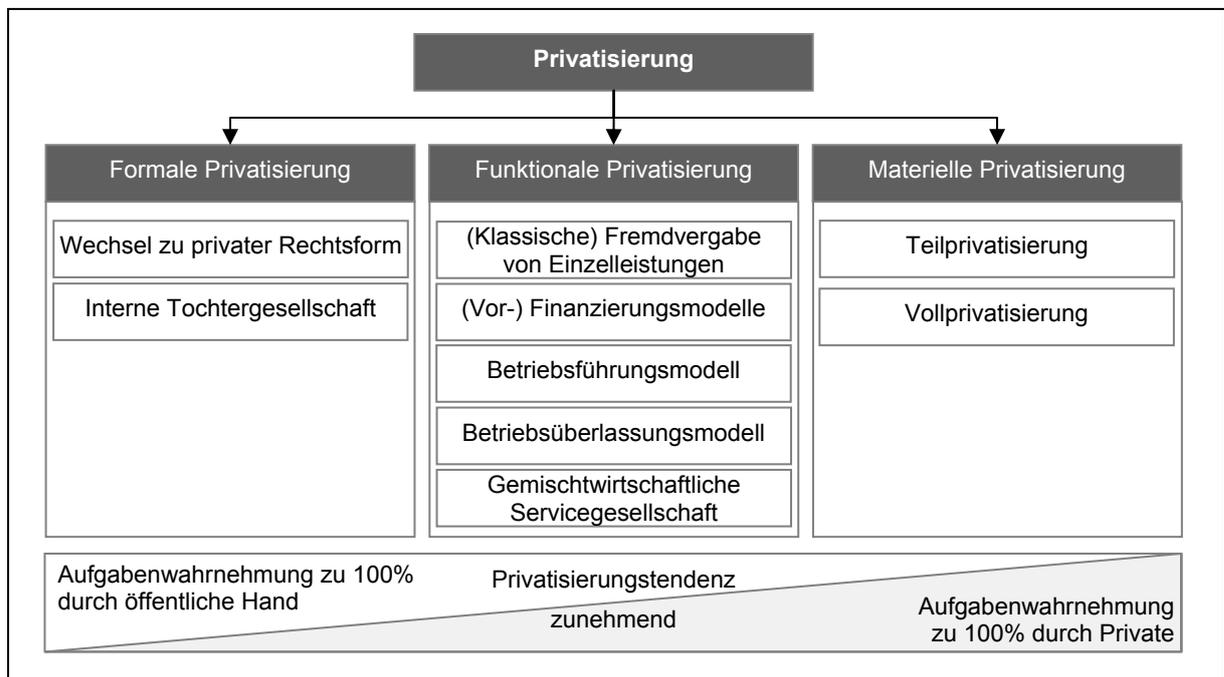
<sup>316</sup> Vgl. Schmidt/ Riecken (2002), S. 1.

<sup>317</sup> Vgl. Abschnitt 2.2.2.1.

<sup>318</sup> Vgl. BMVBW (2003b), S. 201.

<sup>319</sup> Eine Beschreibung der privatwirtschaftlichen Kooperationsformen, die als funktionale Privatisierung einzuordnen sind, erfolgt im Abschnitt 3.1.2.4.

weitere Vertragskonstellationen zur Anwendung kommen können und auch Mischformen in vielfältiger Weise möglich sind.<sup>320</sup>



**Abbildung 23: Systematik der Privatisierungsformen für den Krankenhausbereich.**

Quelle: Eigene Darstellung unter Verwendung von Kohnke (2002), S. 54.

### 3.1.2.2 Einordnung von PPP als Form der funktionalen Privatisierung

Zwischen den aufgezeigten drei Privatisierungsarten bestehen grundsätzliche Unterschiede, z.B. beim Zeitraum der Aufgabenwahrnehmung durch den Privaten oder der Verteilung der Eigentumsrechte an den zu bewirtschaftenden Gebäude und Anlagen. Die Ausgestaltung der Grundmodelle hinsichtlich dieser Kriterien wird in der Tabelle 7 aufgezeigt.

Gleichzeitig erfolgt in der Grafik die Einordnung von PPP als Form der funktionalen Privatisierung.<sup>321</sup> Auf diese Weise werden die Grenzen zwischen PPP und den weiteren Modellen der funktionalen Privatisierung im Krankenhausbereich deutlich. Dabei ist insbesondere entsprechend des Leistungsumfangs (Umfang der Leistungserfüllung) zu differenzieren.

<sup>320</sup> Vgl. Strohbach (2001), S. 57.

<sup>321</sup> Vgl. Hellermann (2004), S. 179.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern

Merkmale	Formale Privatisierung	Funktionale Privatisierung		Materielle Privatisierung	
		Teilaufgaben	Gesamte Wertschöpfungskette (Leb.zyklus)	Teilprivatisierung	Vollprivatisierung
Aufgabenträger	Öffentliche Hand	Öffentliche Hand		Öffentliche Hand und Private	Privater
Aufgabenerfüllung durch	Unternehmen privater Rechtsform in 100% öffentlichem Eigentum	Unternehmen privater Rechtsform in 100% privatem Eigentum oder mit anteilig öffentlichem Eigentum als gemischt-wirtschaftliche Gesellschaft		Unternehmen priv. Rechtsform als gemischt-wirtschaftliche Gesellschaft	Unternehmen privater Rechtsform in 100% privatem Eigentum
Umfang der Aufgabenerfüllung	Einzelne oder alle Wertschöpfungsstufen	Einzelne Wertschöpfungsstufen	Mindestens vier Wertschöpfungsstufen	Einzelne oder alle Wertschöpfungsstufen	
Zeitraum der Aufgabenerfüllung	Für begrenzte Zeit oder auf Dauer	Für begrenzte Zeit		Auf Dauer	
Eigentum an den zur Aufgabenerfüllung notwendigen Assets (Grundstücke etc.)	Verbleib bei öffentlicher Hand	Verbleib bei öffentlicher Hand	Verbleib oder für begrenzte Zeit bei Unternehmen priv. Rechtsform	Auf Dauer bei Unternehmen privater Rechtsform	
<b>Zusammenfassung:</b>					
Rolle des öffentlichen Maßnahmenträgers	Aufgabenträger und -erfüller	Aufgabenträger	Aufgabenträger	Aufgabenträger und -erfüller	Gewährleister (Träger der Letztverantwortung)
Rolle der Privatwirtschaft	keine	Aufgabenerfüller	Aufgabenerfüller	Aufgabenträger und -erfüller	Alleiniger Aufgabenträger und -erfüller

.....  
PPP  
.....

**Tabelle 7: Einordnung von PPP in die Privatisierungssystematik.**

Quelle: Eigene Darstellung.

PPP ist als **Form der funktionalen Privatisierung** einzuordnen, da im Unterschied zur materiellen Privatisierung die Kommune Trägerin der jeweiligen (Verwaltungs-)Aufgabe bleibt. Von der formellen Privatisierung unterscheidet sich PPP dadurch, dass an der Aufgabewahrnehmung nicht allein eine in private Rechtsform überführte öffentliche Einrichtung beteiligt ist, sondern eine aktive Beteiligung privater Wirtschaftssubjekte erfolgt,<sup>322</sup> die nicht im vollständigen Eigentum des öffentlichen Auftraggebers stehen.

Als weiteres Unterscheidungskriterium ist die Übertragung von Leistungen aller oder zumindest von vier der Wertschöpfungsstufen Planen, Bauen, Finanzieren, Betreiben, Instandhalten und Verwerten auf den privaten Partner elementare Grundlage von PPP-Projekten.<sup>323</sup> Demgegenüber grenzen sich die Kooperationsformen der funktionalen Privatisierung ab, bei denen lediglich Einzel- bzw. Teilaufgaben an den Privaten übertragen werden. Dieser Kate-

<sup>322</sup> Vgl. Hellermann (2004), S. 179.

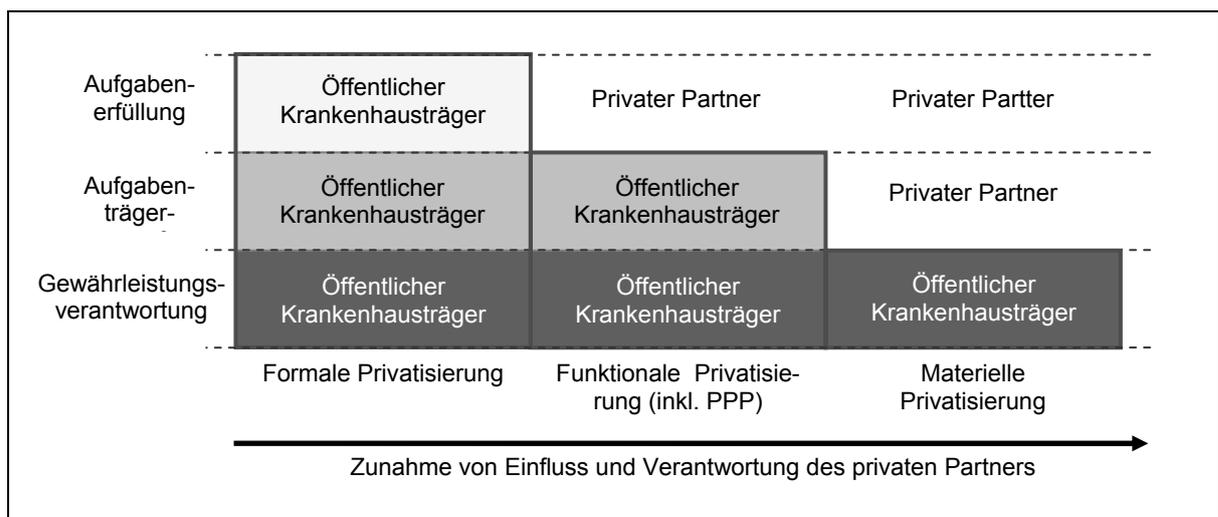
<sup>323</sup> Vgl. die Definition von PPP in Abschnitt 2.1.1.

gorie sind alle vorgestellten Organisationsmodelle der funktionalen Privatisierung einzuordnen, nämlich Fremdvergabe von Einzelleistungen, (Vor-) Finanzierungsmodelle, Betriebsführungs- und Betriebsüberlassungsmodelle sowie gemischtwirtschaftliche Servicegesellschaften.

### 3.1.2.3 Stufen der Einbeziehung privater Partner

Die aufgezeigten Unterscheidungsmerkmale der Privatisierungsarten zeigen, dass es sich je nach Privatisierungsart um einen anderen Grad der Einbeziehung des Privaten handelt. Die Verantwortung der privaten Partner nimmt von der formalen über die funktionale bis zur materiellen Privatisierung zu.

Die formale Privatisierung hat keine Übertragung von Kompetenzen auf den privaten Sektor zur Folge, während dieses bei den privatwirtschaftlichen Kooperationsmodellen der funktionalen Privatisierung der Fall ist. Hierbei wird die Aufgabenerfüllung<sup>324</sup> an einen Privaten ausgelagert. Noch weiter geht die Verantwortung des Privaten bei einer materiellen Privatisierung, bei der dieser auch als Aufgabenträger fungiert. In Abbildung 24 wird dargestellt, dass im Gegenzug die Verantwortung des öffentlichen Trägers abnimmt und diese bei der materiellen Privatisierung nur noch die Gewährleistungsverantwortung umfasst.



**Abbildung 24: Verantwortungen von öffentlichem Krankenhausträger und Privatem bei Privatisierungsformen.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Unabhängig von dem Grad privatwirtschaftlichen Einflusses verbleibt bei allen drei Privatisierungsarten gleichermaßen die Gewährleistungsverantwortung bei dem öffentlichen Krankenhausträger. Das heißt, auch bei der stärksten Form der Privatisierung, der materiellen Privatisierung, ist die öffentliche Hand nicht vollständig aus der Verantwortung gegenüber den Bürgern entlassen.<sup>325</sup>

<sup>324</sup> Aufgabenerfüllung, -durchführung, -wahrnehmung und -erledigung werden synonym verwendet.

<sup>325</sup> Vgl. zur Letzt- bzw. Gewährleistungsverantwortung Abschnitt 3.1.1.6.

#### 3.1.2.4 Kooperationsformen der funktionalen Privatisierung

Um PPP von den im Krankenhausbereich etablierten privatwirtschaftlichen Kooperationsformen abgrenzen zu können, werden anschließend die Formen näher erläutert, die ebenfalls eine Form der funktionalen Privatisierung darstellen. Daraus können im nächsten Abschnitt die Unterschiede zum PPP-Ansatz abgeleitet werden.

Bei der **Vergabe von Einzelleistungen** handelt es sich um die Auslagerung von einzelnen Leistungsprozessen oder -funktionen. Der Zukauf von Gütern oder Dienstleistungen ersetzt die Eigenleistung.<sup>326</sup> Diese Form der Beauftragung von Fremdfirmen stellt eine klassische und in den Krankenhäusern weit verbreitete Form der Einbindung Privater dar.<sup>327</sup> Die Leistungserbringung erfolgt dabei auf der Basis eines Dienstleistungsvertrages.<sup>328</sup> Bei den Leistungsinhalten handelt es sich in Krankenhäusern typischerweise um tertiäre Unterstützungsleistungen, also insbesondere gebäudenaher Dienstleistungen (z.B. Reinigung, Pflege der Außenanlagen, Transportleistungen, Materialverwaltung, Wäscherei).<sup>329</sup> Darüber hinaus ist aber auch die Fremdvergabe von sekundären Unterstützungsleistungen, wie diagnostisch-therapeutischer Funktionsbereiche (z.B. Blutbank, Dialyse, Labordiagnostik) oder auch der medizinischen Ver- und Entsorgung (z.B. Zentralsterilisation, Zentraldesinfektion, Apotheke) denkbar.<sup>330</sup>

Krankenhäusern stehen auch privatwirtschaftliche Kooperationen offen, bei denen der Aspekt der Vor- oder Zwischenfinanzierung im Vordergrund steht. Bei diesen **(Vor)Finanzierungsmodellen** wird neben der Planung und Errichtung eines Gebäudes dessen Finanzierung von einem privaten Partner erbracht, vornehmlich im Rahmen eines Mietkauf- oder Leasingvertrages. Es handelt sich dabei im Gegensatz zur konventionellen Finanzierung um eine Vorfinanzierung, da die Entgeltzahlungen des öffentlichen Auftraggebers i.d.R. erst mit dem Nutzungsbeginn erfolgen.<sup>331</sup> Mit der Novellierung des HBFG<sup>332</sup> wurde 1996 die Möglichkeit zum Einsatz von Vorfinanzierungsmodelle zur alternativen Finanzierung von Hochschulbauten eingeräumt. Als Voraussetzung einer Förderung musste nachgewiesen werden, dass es sich dabei unter Berücksichtigung der Bau- und Finanzierungskosten um die wirtschaftlichste Realisierungsform handelte. Eine weitere Bedingung stellte der Eigentumserwerb spätestens am Ende der Vertragslaufzeit dar.<sup>333</sup> Die Vorfinanzierungsmodelle wurden zugelassen, um den Rahmenplan zu entlasten und einen zügigen Baubeginn vieler Bauvorhaben zu ermöglichen. Dieser Zweck wurde im Jahr 2004 von dem zuständigen

---

<sup>326</sup> Vgl. Friedrich Ebert Stiftung (2004a), S. 1; Renner et al. (2001), S. 19.

<sup>327</sup> Vgl. Renner et al. (2001), S. 26; vgl. Schrade (2002), S. 2: Erste Fremdvergaben von Reinigungs-, Catering- und Wäschereileistungen gab es bereits 1987.

<sup>328</sup> Vgl. Hellerforth (2003), S. 61. Der klassische Dienstleistungsvertrag hat hinsichtlich der Relevanz und Verbreitung in der Praxis eine hohe Bedeutung. Er ist im Krankenhausmarkt eine der häufigsten anzutreffende Form der privatwirtschaftlichen Kooperation, auch wenn in den letzten Jahren eine Vielzahl von Dienstleistungsverträgen mit Privaten gekündigt und die Leistungen vorzugsweise an eine interne Tochtergesellschaft überführt wurden.

<sup>329</sup> Vgl. zu Tertiärleistungen im Krankenhaus Abschnitt 3.2.2.3.

<sup>330</sup> Vgl. Schrade & Partner Rechtsanwälte (2002), S. 3: Der Beginn der Fremdvergabe von Sekundärleistungen geht auf das Jahr 1994 zurück.; Vgl. Renner et al. (2001), S. 39 - 41; Vgl. die Einordnung diagnostisch-therapeutischer Unterstützungsleistungen und Leistungen der medizinisch-technischer Ver- und Entsorgung als Sekundärleistungen im Krankenhaus in Abschnitt 3.2.2.2.

<sup>331</sup> Vgl. WR (2006), S. 13.

<sup>332</sup> Vgl. zur Abschaffung des HBFG und der Übertragung auf die Länder Abschnitt 3.3.2.2.

<sup>333</sup> Aus verfassungsrechtlichen Gründen sind reine Mietvorhaben für Universitätsklinika nicht vorfinanzierungsfähig.

Planungsausschuss als erfüllt angesehen, sodass das Programm mit Ablauf des Jahres eingestellt wurde.<sup>334</sup> (Vor)Finanzierungsmodelle haben nach der Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ab 2004 stark an Bedeutung verloren.

Der öffentliche Krankenhausträger überträgt beim **Betriebsführungsmodell**<sup>335</sup> die Betriebsführung oder einen Teil davon auf ein privates Unternehmen, welches ein Entgelt für seine Dienstleistungen erhält.<sup>336</sup> Die Betriebsführung kann dabei sowohl die wirtschaftliche als auch die technische Leitung eines Krankenhauses beinhalten.<sup>337</sup> Der Betriebsführer betreibt die Gebäude und baulichen Anlagen des öffentlichen Auftraggebers, wobei das Eigentum und die Aufgabenverantwortung beim öffentlichen Krankenhausträger verbleiben und auch die öffentliche Trägerschaft bestehen bleibt.<sup>338</sup> Er wird als Erfüllungsgehilfe des öffentlichen Trägers tätig.<sup>339</sup> Der private Dienstleister übernimmt im Rahmen eines zu schließenden Geschäftsbesorgungs- bzw. Managementvertrages die Leitung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausbereiches im Namen und auf Rechnung des Krankenhausträgers.<sup>340</sup> Er handelt stets nach Weisung des Trägers. Die Dienstleistungen des Privaten beschränken sich auf die Betriebsphase. Neben Leitungs- und Steuerungsaufgaben können dem Privaten auch Instandhaltungsaufgaben übertragen werden, insbesondere wenn dieser die technische Betriebsführung übernommen hat.<sup>341</sup>

Das **Betriebsüberlassungsmodell** stellt eine Erweiterung des Betriebsführungsmodells dar und weist zu diesem viele Parallelen auf. Bei beiden Organisationsmodellen beschränkt sich der Einsatz des privaten Unternehmens auf die Betriebsphase und gegebenenfalls die Instandhaltung<sup>342</sup> als Wertschöpfungsstufen. Die Eigentumsverhältnisse werden bei beiden Modellen nicht verändert. Unterschiede bestehen hinsichtlich des Umfangs der Aufgabenverantwortung. Beim Betriebsüberlassungsmodell übernimmt der Private nicht nur die Betriebsführung. Er pachtet zusätzlich die bewirtschafteten Gebäude bzw. Anlagen. Neben der Übernahme von Instandhaltungsaufgaben ist er auch für Neuinvestitionen verantwortlich.<sup>343</sup> Im Unterschied zum Betriebsführungsmodell erfolgt der Betrieb eines Krankenhauses oder

---

<sup>334</sup> Vgl. WR (2006), S. 37: So waren im 34. Rahmenplan für den Hochschulbau (2005-2008) insgesamt 32 beständige drittvorfinanzierte Vorhaben gelistet, für die Gesamtkosten von 1,855 Mrd. EUR eingestellt wurden.

<sup>335</sup> Es wird auch die Bezeichnung „Managementmodell“ für dieses Organisationsmodell verwendet, vgl. ICG (2003), S. 19; An anderer Stelle findet sich die Bezeichnung „Betriebsführungsmodell mit einfacher Betriebsführung“ in Abgrenzung zu einem „Betriebsführungsmodell mit kompletten Betriebsführung“, welches im Rahmen dieser Arbeit unter dem Begriff des „Betriebsüberlassungsmodells“ behandelt wird., vgl. Friedrich Ebert Stiftung (2004d), S. 1.

<sup>336</sup> In den letzten Jahren nehmen private Klinikbetreiber, die in erster Linie als externer Partner in Frage kommen, zunehmend Abstand von reinen Management- und Betriebsführungsverträgen. Dies ist insbesondere auf die Vielzahl von öffentlichen Krankenhäusern zurückzuführen, die zum Verkauf stehen. Deren komplette Übernahme wird aufgrund des größeren Handlungsspielraums von vielen privaten Investoren als attraktiver eingeschätzt.

<sup>337</sup> Vgl. Bauer (2004), S. 30.

<sup>338</sup> Vgl. Friedrich Ebert Stiftung (2004d), S. 1.

<sup>339</sup> Vgl. ICG (2003), S. 20; Siehe zum Einsatz eines privaten Partners als Erfüllungsgehilfe die Ausführungen in Abschnitt 2.1.2.; vgl. Friedrich Ebert Stiftung (2004d), S. 1: Es werden nur Tätigkeiten auf Dritte übertragen, wenn es sich um Hilfsleistungen handelt und die Entscheidungskompetenz beim öffentlichen Aufgabenträger verbleibt.

<sup>340</sup> Vgl. Ronellenfitsch (2004), S. 56.

<sup>341</sup> Vgl. ICG (2003), S. 20.

<sup>342</sup> Insbesondere bei Übertragung der technischen Betriebsführung auf den Privaten denkbar.

<sup>343</sup> Vgl. Bauer (2004), S. 30.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern

---

einer Anlage im Namen und auf Rechnung des privaten Dienstleisters.<sup>344</sup> Im Verhältnis zum öffentlichen Auftraggeber wird das private Unternehmen weiterhin als Erfüllungsgehilfe tätig.<sup>345</sup>

Ein öffentliches Krankenhaus kann des Weiteren eine gemischtwirtschaftliche Gesellschaft mit der Leistungserbringung beauftragen, bei dem neben dem Klinikum ein privates Unternehmen als Gesellschafter auftritt. Als Varianten dieser Kooperationsform sind im Krankenhausbereich insbesondere die **gemischtwirtschaftliche Servicegesellschaft** und die gemeinsame Betriebsführungsgesellschaft bekannt.<sup>346</sup> Die beiden Ansätze unterscheiden sich hinsichtlich der Dienstleistung, die der gemeinsamen Gesellschaft übertragen werden. Während es hauptsächliche Aufgabe einer Betriebsführungsgesellschaft ist, ein Klinikum zu leiten, werden Servicegesellschaften vor allem dazu gegründet, um Dienstleistungen des tertiären, aber auch des sekundären Bereiches darin auszulagern.<sup>347</sup> Die Grenzen zwischen beiden Varianten sind fließend, da einer gemischtwirtschaftlichen Gesellschaft auch Aufgaben aus beiden Bereichen übertragen werden können. Aufgrund der hohen Ähnlichkeit beider Ansätze wird im Folgenden nur die gemischtwirtschaftliche Servicegesellschaft betrachtet.

Eine wesentliche Besonderheit der gemeinsamen Servicegesellschaften ist deren üblicherweise bestehendes **Organschaftsverhältnis** zum beteiligten Klinikum. Aufgrund dieser Konstruktion wird die Servicegesellschaft steuerlich als Teil des Klinikums anerkannt und ist dadurch von der Mehrwertsteuer befreit. Um das Organschaftsverhältnis nutzen zu können muss das Klinikum eine Mehrheitsbeteiligung an der Gesellschaft vorweisen und die Gesellschaft muss überwiegend für das beteiligte Krankenhaus tätig sein.<sup>348</sup> Die erste Bedingung wird häufig durch eine Beteiligungsmehrheit des Krankenhausträgers in Höhe von 51 % sichergestellt. Teilweise ist der Anteil des privaten Dienstleisters aber auch geringer, wie das Beispiel des Frankfurter Universitätsklinikums mit einem privaten Anteil von 25 % zeigt.<sup>349</sup> Im Krankenhausbereich hat sich die gemischtwirtschaftliche Servicegesellschaft als eine bevorzugte Form privatwirtschaftlicher Beteiligung durchgesetzt.<sup>350</sup>

---

<sup>344</sup> Vgl. ICG (2003), S. 25.

<sup>345</sup> Vgl. Friedrich Ebert Stiftung (2004d), S. 1.

<sup>346</sup> Schrade & Partner Rechtsanwälte (2002), S. 7.

<sup>347</sup> Zur Abgrenzung von primären, sekundären und tertiären Leistungen in einem Krankenhaus siehe Abschnitt 3.2.2.

<sup>348</sup> Durch die einschränkenden Vorgaben zur Leistungsabgabe kann eine Servicegesellschaft ihre Dienstleistung neben dem beteiligten Klinikum nur sehr begrenzt anderen Hospitälern anbieten. Daher verfügt nahezu jedes Klinikum über eine oder mehrere eigene Servicegesellschaften, ein großer Teil mit privater Beteiligung. Oft gehen diese durch Aufnahme eines privaten Gesellschafters aus bestehenden Tochtergesellschaften des Klinikums hervor, in denen bereits zuvor Serviceleistungen gebündelt wurden.

<sup>349</sup> Als hundertprozentige Tochter des Universitätsklinikums Frankfurt am Main wurde die Host GmbH (Hospital Service + Technik GmbH) 2001 mit dem Gesellschaftszweck der Erbringung von Facility Management Dienstleistungen gegründet. 2003 wurde eine Kooperation mit der Lufthansa Gebäudemanagement Holding GmbH gestartet, bei der 25 % der Host GmbH an den privaten Partner veräußert wurden. Vgl. dazu Jäger/ Relke (2004).

<sup>350</sup> Der Leistungsumfang der von vielen Krankenhäusern betriebenen Gesellschaften reicht dabei von einzelnen Dienstleistungen, wie Reinigung oder Catering bis zu Leistungspaketen, die auch organisatorische und kaufmännische Dienste umfassen. Der besondere Anreiz dieser Kooperationsform besteht für einen Krankenhausträger in der Nutzung von privatwirtschaftlichem Know-how und Flexibilität, ohne dass, wie bei der Fremdvergabe einer Dienstleistung, Mehrwertsteuer anfällt. Aufgrund der ab dem Jahr 2007 auf 19 % erhöhten Mehrwertsteuer hat sich dieser Vorteil gegenüber anderen Formen der Zusammenarbeit mit Privaten noch einmal erhöht. Der finanzielle Vorteil der Mehrwertsteuerersparnis überwiegt für viele Krankenhäuser die

### 3.1.3 Neuerungen von PPP gegenüber bestehenden privatwirtschaftlichen Kooperationsformen

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass öffentlichen Krankenhäusern vielfältige Möglichkeiten für privatwirtschaftliche Kooperationen zur Verfügung stehen. Entsprechend seiner Zielsetzung kann ein öffentlicher Krankenhausträger die für ihn optimale Form der privaten Unterstützung auswählen. Es soll anschließend ein Überblick über die privatwirtschaftlichen Modelle gegeben werden, um im zweiten Schritt daraus die Unterschiede zum PPP-Ansatz abzuleiten.

In der Übersicht der Abbildung 25 werden die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchung zu den privatwirtschaftlichen Kooperationsformen im Krankenhausbereich zusammengefasst. Dabei wird eine Unterscheidung der Kooperationsformen hinsichtlich des Eigentumübergangs vorgenommen. Bei der ersten Kategorie verbleibt das Eigentum an Gebäuden und Anlagen bei dem öffentlichen Krankenhausträger (in „öffentlichem“ Eigentum) bzw. eine entsprechende Übertragung ist zeitlich begrenzt, weshalb diese Gruppe auch als „rein vertragsbasierte Kooperationsformen“ bezeichnet wird.<sup>351</sup> Bei den Kooperationsformen der zweiten Kategorie wird im Rahmen der Beteiligung des Privaten Eigentum auf Dauer auf die gemeinsame Gesellschaft übertragen (in „öffentlichem“ und privatem Eigentum).<sup>352</sup>

Die Anordnung der Kooperationsformen bezieht sich auf deren typische Ausgestaltung, sodass der konkrete Einzelfall von der hier gezeigten Positionierung abweichen kann. Zudem handelt es sich um eine qualitative Darstellung. Dementsprechend lassen die Abstände in der Darstellung keine Rückschlüsse auf die Größe des Unterschieds zwischen den Modellen zu. Die Modellanordnung wird im Anschluss erläutert.

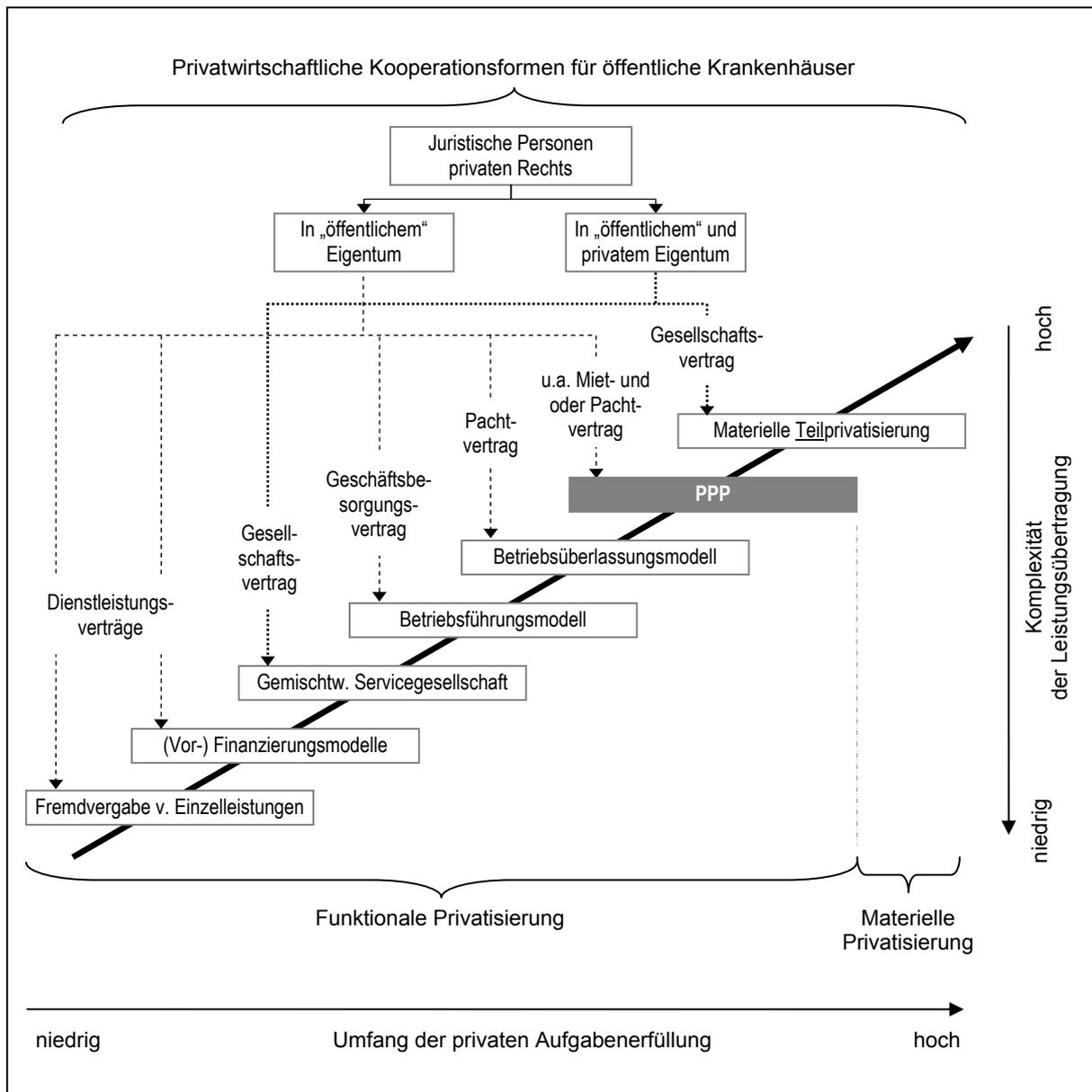
---

Nachteile, die in einer unklaren Risikoverteilung und einer gewissen Abhängigkeit von dem privaten Partner bestehen können.

<sup>351</sup> Dabei handelt es sich um die Kooperationsformen Fremdvergabe von Einzelleistungen, (Vor)Finanzierungsmodelle, Betriebsführungsmodell und Betriebsüberlassungsmodell.

<sup>352</sup> Dabei handelt es sich um die Kooperationsmodelle Gemeinsame Servicegesellschaft und materielle Teilprivatisierung.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern



**Abbildung 25: Grundlegende Anordnung privatwirtschaftlicher Kooperationsmodelle für öffentliche Krankenhäuser.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bauer (2004), S. 31; ICG (2003), S. 18.

Die Abbildung zeigt, dass bis auf eine Ausnahme alle privatwirtschaftlichen Kooperationsmodelle der funktionalen Privatisierung zuzuordnen sind. Nur die materiellen Teilprivatisierung<sup>353</sup> stellt aufgrund der strategischen Partnerschaft auf Gesellschaftsebene eine Form der materiellen Privatisierung dar. Dabei schließt die materielle Teilprivatisierung auch die primären Kernleistungen eines Krankenhauses ein, womit sie sich deutlich von den funktionalen Privatisierungsformen unterscheidet.<sup>354</sup> Hiermit ist auch eine dauerhafte Eigentumsübertragung verbunden. Eine gemeinsame Gesellschaft mit der Möglichkeit zum Eigentumsübertrag

<sup>353</sup> Die Modelle der formalen Privatisierung wurden nicht in Abbildung 25 dargestellt, da nur interne organisatorische Änderungen seitens eines öffentlichen Krankenhauses stattfinden und keine privaten Partner einbezogen werden.

<sup>354</sup> Die materielle Teilprivatisierung ist daher auch als die weitestgehende privatwirtschaftliche Kooperationsform anzusehen. Vgl. dazu die Anordnung ganz rechts in der Abbildung 25.

auf diese besteht auch bei der gemischtwirtschaftlichen Servicegesellschaft. Im Unterschied zur materiellen Teilprivatisierung bezieht sich die Eigentumsbeteiligung nur auf die Servicegesellschaft und nicht auf die Krankenhausträgergesellschaft. Gemischtwirtschaftlichen Servicegesellschaft werden vom beteiligten öffentlichen Krankenhaus oft nur einzelne tertiäre Leistungsbereiche übertragen, auf welche die private Einflussnahme begrenzt ist. Der private Leistungsumfang ist daher zwar größer als bei einer Einzelvergabe einzuschätzen, aber i.d.R. geringer als bei einem Betriebsführungsmodell (vgl. Abbildung 25). Im Vergleich zu PPP besteht bei diesen gemischtwirtschaftlichen Lösungen eine unklare Risikoverteilung und eine gewisse Abhängigkeit von dem privaten Partner.

Diese Nachteile bestehen nicht bei den rein vertragsbasierten Kooperationen, zu denen alle Kooperationsformen außer der materielle Teilprivatisierung und die gemischtwirtschaftliche Servicegesellschaft zählen. Unter diesen stellt PPP die umfassendste Kooperationsform dar. Sowohl hinsichtlich der Vertragsdauer als auch hinsichtlich des Leistungsumfangs trägt der private Partner hierbei die höchste Eigenverantwortung.

Während Betriebsüberlassungsmodelle eine **Laufzeit** von 8 bis 15 Jahren aufweisen, werden Betriebsführungsmodelle regelmäßig für 5 bis 8 Jahre abgeschlossen. Soll nicht die Führung eines Krankenhauses übertragen werden, sondern der Private einzelne Dienstleistungen im Rahmen der Fremdvergabe durchführen, sind Vertragslaufzeiten von ein bis zwei Jahren die Regel. Gegenüber den bei PPP üblichen 20 bis 30 Jahre Vertragslaufzeit sind die Vertragslaufzeiten der bisherigen privatwirtschaftlichen Kooperationsmodelle deutlich kürzer.

Auch beim **Leistungsumfang** geht PPP über die bisherigen Ansätze hinaus. Bei diesen werden in unterschiedlicher Intensität Teilaufgaben privatwirtschaftlich erbracht,<sup>355</sup> die sich i.d.R. auf die Betriebsphase beschränken.<sup>356</sup> Bei PPP hingegen stellen zusätzlich Planungs-, Bau- und Instandhaltungs- sowie Finanzierungsleistungen elementare Bestandteile dar. Der Umfang der Leistungsübertragung nimmt vom Betriebsüberlassungsmodell<sup>357</sup> über das Betriebsführungsmodell<sup>358</sup> bis zur Fremdvergabe von Einzelleistungen immer weiter ab. Dazwischen sind die (Vor)Finanzierungsmodelle eingeordnet. Diese beinhalten i.d.R. nur die Teilleistung der Finanzierung, können aber darüber hinaus auch weitere Wertschöpfungsstufen, insbesondere Planung und Bau, integrieren. In diesem Fall wäre in der Abbildung 25 eine Anordnung weiter rechts, aber noch vor PPP, vorzunehmen.

**Zusammenfassend** kann festgehalten werden, dass öffentliche Krankenhäusern bereits vielfältige Formen der Zusammenarbeit mit Privaten zur Auswahl stehen, die je nach der Art

---

<sup>355</sup> Vgl. zur Unterscheidung der Übertragung von Teilaufgaben und Leistungen der gesamten Wertschöpfungskette Tabelle 7 in Abschnitt 3.1.2.2.

<sup>356</sup> Allein beim Betriebsüberlassungsmodell kann der Vertrag mit dem privaten Partner auch Neuinvestitionen umfassen.

<sup>357</sup> Neben den aufgezeigten Unterschieden bestehen auch grundsätzliche Gemeinsamkeiten zwischen PPP und dem Betriebsüberlassungsmodell, denn bei beiden Ansätzen trägt der private Partner das wirtschaftliche Risiko für die von ihm übernommenen Leistungen. Wesentlicher Unterschied ist hierbei, dass bei PPP die Planungs- und Bauphase zwingender Projektbestandteil ist, um das Bauwerk auf den späteren Betrieb hin zu optimieren. Beim Betriebsüberlassungsmodell steht hingegen die Betriebsleistung des Privaten im Vordergrund. Die Durchführung von Investitionen ist, wenn diese überhaupt über kleinere Ersatzinvestitionen hinausgehen, von nachgeordneter Bedeutung und auf keinen Fall der Ausgangspunkt für die Initiierung der Kooperation.

<sup>358</sup> Neben den aufgezeigten Unterschieden besteht zwischen PPP und dem Betriebsführungsmodell die Gemeinsamkeit, dass der private Partner bei beiden Ansätzen ein leistungsorientiertes Entgelt erhält. Beim Betriebsführungsmodell wird i.d.R. ein Teil des Entgeltes vom erzielten wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses abhängig gemacht. Bei PPP werden bei Schlecht- und Nichtleistung Entgeltabzüge vorgenommen.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

Aufgabenerfüllung durch Private in öffentlichen Krankenhäusern

---

der Leistungen und der Zielstellung des öffentlichen Krankenhausträgers eingesetzt werden können. Darunter sind auch Organisationsformen, die sich zu einem PPP erweitern lassen. Jedoch liegt keiner der bisher eingesetzten Kooperationen eine lebenszyklusübergreifende Betrachtung zugrunde. Die für PPP typische ganzheitliche Herangehensweise wird bisher bei keinem der Kooperationsmodelle verfolgt, vielmehr steht die Optimierung einzelner Wertschöpfungsstufen im Mittelpunkt.

Es ist festzustellen, dass die Beschaffungsvariante PPP eine **neue Form** privatwirtschaftlicher Kooperation für öffentliche Krankenhäuser darstellt. Die Potenziale erhöhter Wirtschaftlichkeit, die sich bei PPP-Projekten aus dem Lebenszyklusansatz, aber auch einer sachgerechten Risikoverteilung ableiten, sind bei den bisher eingesetzten privatwirtschaftlichen Kooperationsformen in dieser Form nicht nutzbar. Einige Erfolgsfaktoren des PPP-Ansatzes können zumindest begrenzt auch bei bisherigen privatwirtschaftlichen Kooperationsformen genutzt werden. Zum Beispiel wird eine leistungsorientierte Vergütung auch beim Betriebsführungsmodell eingesetzt. Des Weiteren wird bei den meisten der bisherigen Kooperationsformen der Wettbewerb als Anreizmechanismus zur Generierung von optimierten Preise und Leistungen der privaten Partner genutzt.

Damit kann PPP für öffentliche Krankenhäuser eine **Alternative zur materiellen Privatisierung** darstellen. Denn bei beiden wird privates Know-how und privates Kapital umfassend nutzbar. Ein Vorteil von PPP besteht darin, dass dabei die öffentliche Trägerschaft des Krankenhauses nicht aufgegeben werden muss. Der öffentliche Krankenhausträger behält die Krankenhausführung inne und damit wesentlichen Einfluss auf dessen Ausrichtung.

#### 3.1.4 Einfluss der rechtlichen Rahmenbedingungen auf die Umsetzung eines PPP-Projektes

Es konnte gezeigt werden, dass PPP grundsätzlich von öffentlichen Krankenhäusern als Beschaffungsvariante einsetzbar ist. Dennoch sollte in der Vorbereitungsphase eines PPPs projektspezifisch sichergestellt werden, dass das konkrete Vorhaben in der geplanten Umsetzung **rechtlich zulässig** ist.

<b>Merkmal von PPP gegenüber bestehenden privatwirtschaftlichen Kooperationsformen</b>	<b>Zu prüfende Problemstellungen zur Sicherstellung der Realisierbarkeit von PPP</b>
PPP stellt eine neue, bisher wenig eingesetzte privatwirtschaftliche Beschaffungsvariante für öffentliche Krankenhäuser dar, die verschiedene Ausgestaltungsformen aufweist	Prüfen, ob dem Einsatz von PPP durch ein öffentliches Krankenhaus rechtliche Einschränkungen entgegenstehen

**Abbildung 26: Zulässigkeit von PPP als Voraussetzung für die Realisierbarkeit von PPP.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Eine Einzelfallprüfung ist auch deshalb notwendig, da PPP bisher erst vereinzelt im Krankenhausbereich eingesetzt wurde. Ein Grund hierfür ist darin zu sehen, dass bereits eine Reihe von partnerschaftlichen Strukturen in öffentlichen Krankenhäusern angewendet werden und etabliert sind. Die Krankenhäuser können hierzu auf konkrete Erfahrungen zurückgreifen. Sind diese Erfahrungen negativer Art, stellt sich häufig eine starke Zurückhaltung

und Misstrauen gegenüber neuen privatwirtschaftlichen Ansätzen ein. Liegen hingegen positive Erfahrungen vor, wird oft kein Grund gesehen, das bestehende „Erfolgsmodell“ zu ändern - das Optimierungspotenzial wird als abgeschöpft angesehen.<sup>359</sup> Hinreichende Erfahrungen mit PPP fehlen hingegen im Krankenhausbereich,<sup>360</sup> womit aus Sicht der Krankenhäuser auch die Umsetzbarkeit noch nicht erwiesen ist.

Als ein weitere Ursache für die bisher zurückhaltende Umsetzung von PPP-Projekten im Gesundheitsbereich können die Ressentiments von großen Teilen der Bevölkerung gegenüber privatwirtschaftlichen Strukturen in sozial sensiblen Bereichen und der öffentliche Druck, der dadurch auf politische Entscheidungsträger ausgeübt wird, gewertet werden.<sup>361</sup> Das Beispiel der Teilprivatisierung des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf zeigt diesen Umstand sehr deutlich.<sup>362</sup> Auch einzelne Interessengruppen, wie die Gewerkschaften, positionieren sich gegen eine verstärkte Einbeziehung privater Dienstleister. Oft werden Art und Weise der Einbeziehung hierbei nicht differenziert betrachtet. Eine offene Diskussion zu Optimierungsmöglichkeiten wird dadurch behindert.<sup>363</sup>

## 3.2 Krankenhaus-Immobilien

Nachdem aufgezeigt wurde, auf welcher rechtlichen Basis öffentliche Krankenhäuser privatwirtschaftliche Kooperationen eingehen können und durch welche Merkmale sich PPP von bisher etablierten privatwirtschaftlichen Kooperationsformen unterscheidet, sollen nun die Gebäude eines Krankenhauses und die darin erbrachten Leistungen näher betrachtet werden. Es gilt zu untersuchen, welche Besonderheiten im Vergleich zu anderen öffentlichen Immobilienarten bestehen und wie sich diese auf die Umsetzungsmöglichkeiten von PPP auswirken.

### 3.2.1 Spezifische immobilienwirtschaftliche Merkmale von Krankenhäusern

Viele Gebäude und Anlagen von Krankenhäusern weisen spezifische Merkmale auf, die sie als Teile eines Krankenhauses kennzeichnen und von anderen Immobilienarten abgrenzen. Diese Gebäude werden in einem hohen Maße auf die spezifischen medizinischen, pflegerischen und gesundheitstechnischen Anforderungen eines Krankenhausträgers zugeschnitten. Daneben benötigt ein Krankenhaus aber auch z.B. Bürogebäude, die nur ihr Standort auf dem Krankenhausgelände als Teil eines Krankenhauses erkennbar macht. In seiner Gesamtheit stellt jedes Krankenhaus aufgrund der nutzerspezifischen Anforderungen an denen es ausgerichtet ist, ein **Unikat** dar.

---

<sup>359</sup> Vgl. Bading (2005), S. 2.

<sup>360</sup> Vgl. Abschnitt 2.1.6.

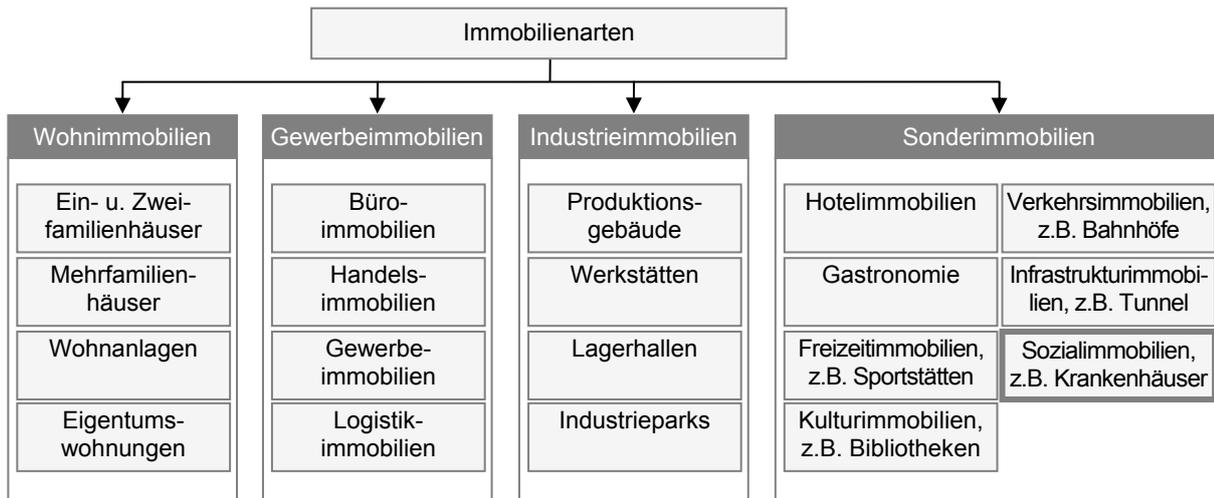
<sup>361</sup> Vgl. Bading (2005), S. 2.

<sup>362</sup> Vgl. das Ergebnis der Bürgerentscheid der Freien Hansestadt Hamburg zur Teilprivatisierung einzelner Kliniken. In diesem wird eine Teilprivatisierung mit einer deutlichen Mehrheit abgelehnt.

<sup>363</sup> Lehmitz (2005), S. 31.

### 3.2.1.1 Einordnung als Sonderimmobilie

Abbildung 27 zeigt die funktionsorientierte Systematik der Immobilienarten nach SCHULTE. Darin sind Krankenhäuser den Sonderimmobilien zuzuordnen, deren Gemeinsamkeit in einer speziellen, nicht industriellen Nutzung besteht. Ein weiteres gemeinsames Merkmal dieser Gruppe ist die geringe Drittverwendungsfähigkeit der Gebäude.<sup>364</sup> Krankenhäuser grenzen sich durch ihre spezifischen Eigenschaften deutlich gegenüber anderen Immobilienarten, wie Wohn-, Gewerbe- und Industrieimmobilien ab.



**Abbildung 27: Einordnung von Krankenhäusern in die Typologie der Immobilienarten.**

Quelle: Schulte (2005), S. 120.

Neben Krankenhäusern werden alle Einrichtungen, die eine im weitesten Sinne soziale Funktion haben, der Gruppe der Sozialimmobilien zugeordnet. Dabei handelt es sich um Seniorenresidenzen, Gesundheitszentren und Rehabilitationseinrichtungen.<sup>365</sup> Entsprechend der vorherigen Eingrenzung<sup>366</sup> werden diese Einrichtungen nur in diese Arbeit einbezogen, wenn sie als Teil eines öffentlichen Krankenhauses fungieren und dafür i.d.R. auf dessen Grundstück angeordnet sind.

### 3.2.1.2 Bauliche Strukturen von Krankenhäusern

**Funktionsbereiche** eines Krankenhauses weisen jeweils spezifische Leistungsprofile auf, aus denen sich die baulichen Anforderungen an Gebäude bzw. Gebäudebereiche ableiten lassen. In der DIN 13080 werden sieben Funktionsbereiche unterschieden.<sup>367</sup> Diese werden wiederum in Funktionsstellen gegliedert, welche die einzelnen Aufgaben des Funktionsbereichs

<sup>364</sup> Vgl. Schulte (2005), S. 137 sowie die Ausführungen zur Drittverwendungsfähigkeit von Krankenhäusern in Abschnitt 3.2.1.3.

<sup>365</sup> Vgl. Schulte (2005), S. 137.

<sup>366</sup> Vgl. zur Abgrenzung von Krankenhäusern zu Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen Abschnitt 2.2.1.1 ff.

<sup>367</sup> Der Funktionsbereich „Forschung und Lehre“ trifft nur auf Universitätsklinika zu.

ches wiedergeben.<sup>368</sup> Ein Überblick über die funktionale Einteilung von Krankenhäusern in Funktionsbereiche und Funktionsstellen<sup>369</sup> nach der DIN 13080 wird im Anhang 3 gegeben.

Den einzelnen Funktionsbereichen können entsprechend Tabelle 8 Raumeinheiten zugeordnet werden. Dabei handelt es sich um baulich typologisch vergleichbare Räume oder Raumgruppen,<sup>370</sup> die benötigt werden, um darin die Leistungen des jeweiligen Funktionsbereiches durchzuführen. Daneben sind Gebäude bzw. -gebäudeteile angegeben, in denen die Raumeinheiten typischerweise einen Schwerpunkt darstellen.

Räume des Funktionsbereichs „Untersuchung und Behandlung“, in denen vor allem medizinische Leistungen der Diagnostik und Therapie erbracht werden,<sup>371</sup> sind typischerweise Bestandteil von Funktions- und Laborgebäuden, OP-Trakten innerhalb von Zentralbauten oder Röntgenzentren. Im Vergleich dazu werden die für den Funktionsbereich Pflege benötigten Räumlichkeiten insbesondere von Bettenhäusern sowie auch bettenführenden Stationen aufgenommen (vgl. Tabelle 8).

Funktionsbereiche (FB) nach DIN 13080	Raumeinheiten	Beispiele für Gebäude bzw. Gebäudeteile mit Schwerpunkt in jew. FB
Untersuchung und Behandlung (U/B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchungsräume und Eingriffsräume</li> <li>• Eingriffs- bzw. Operationsräume</li> <li>• Einfache Untersuchungsräume</li> <li>• Spezielle Untersuchungsräume (z.B. Endoskopie, Radiologie, etc.)</li> <li>• Räume der Geburtshilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funktionsgebäude</li> <li>• Laborgebäude (-bereiche)</li> <li>• OP-Trakte</li> <li>• Röntgenzentrum</li> <li>• Strahlentherapiezentrum</li> <li>• Physiotherapiezentrum</li> <li>• Ergotherapiezentrum</li> </ul>
Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenzimmer unterschiedlicher Zuschnitte für die unterschiedlichen Patientenintensitäten</li> <li>• Stationsstützpunkt mit Nebenräumen (Vor- und Nachbereitung von Pflegetätigkeiten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bettenhaus</li> </ul>
Verwaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Büroräume</li> <li>• Besprechungsräume</li> <li>• Versammlungsräume</li> <li>• Aufnahmebereich</li> <li>• Archivräume</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bürogebäude bzw. Verwaltungsgebäude</li> <li>• Bibliothek</li> <li>• Archiv</li> </ul>

<sup>368</sup> Vgl. zu den Funktionsstellen, die den einzelnen Funktionsbereichen zugeordnet sind, Anhang 3. Beispielsweise weist der Funktionsbereich „1.00 Untersuchung und Behandlung“ 15 Funktionsstellen auf, u.a. 1.01 Aufnahme und Notfallversorgung, 1.02 Arztdienst, 1.09 Operation. Entsprechend kann eine weitergehende Gliederung in Teilstellen vorgenommen werden, die fachspezifische Aufgaben beinhalten, wie z.B. 1.01.01 Medizinische Aufnahmen, 1.01.02 Notfallversorgung.

<sup>369</sup> Entsprechend der DIN 13080 werden in einer Funktionsstelle alle Nutzflächen erfasst, die ihr funktional zuzuordnen sind, auch wenn sie räumlich nicht zusammen liegen. Demnach können Nutzflächen (Räume) in Funktionsstellen liegen, zu denen sie nicht gehören (so genannte „Inseln“). Z.B. sind Röntgenräume, die in der Funktionsstelle 1.01 Aufnahme und Notfallversorgung liegen, der Funktionsstelle 1.07 Radiologische Diagnostik zuzuordnen. Dies gilt allerdings nicht für Räume, in denen nur gelegentlich ein Röntgengerät eingesetzt wird oder in denen vorwiegend andere Leistungen erbracht werden, bei denen das Röntgengerät nur zur Kontrolle dient. (z.B. OP mit Röntgen).

<sup>370</sup> Vgl. Heinen (2004), S. 76.

<sup>371</sup> Vgl. Heinen (2004), S. 76.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhaus-Immobilien

Soziale Dienste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Büroräume kirchlich oder sozialer Einrichtungen</li> <li>• Andachtsräume</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andachtsbereich (z.B. Kapelle)</li> </ul>
Ver- und Entsorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lager- und Umschlagsbereiche</li> <li>• Werkstatträume</li> <li>• Müllsammelstellen</li> <li>• Flächen für automatische Warentransportsysteme (AWT), wie z.B. Rohrpostanlage</li> <li>• Technikräume (z.B. für Mess- und Regeltechnik Wärme, Kälte, Lüftung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver- und Entsorgungszentrum</li> <li>• Logistikzentrum</li> <li>• Energie- bzw. Technikzentrale</li> <li>• Bettenzentrale</li> <li>• Küche</li> <li>• Cafeteria für Personal- und Gästespeisung</li> <li>• Apotheke</li> <li>• Wäscherei</li> <li>• Lager</li> <li>• Werkstatt</li> </ul>
Forschung und Lehre (insbesondere bei Uniklinika)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laborräume für unterschiedliche Arbeitsweisen und mit unterschiedlichen Sicherheitsstandards</li> <li>• Lehr- bzw. Unterrichtsräume (inkl. Hörsäle)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forschungslabor</li> <li>• Lehrgebäude</li> </ul>
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hier einzuordnen: Ergänzende Einrichtungen, die nicht zur Kernleistung eines Krankenhauses zählen, diese aber indirekt unterstützen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wohnheim und Gästeunterkunft</li> <li>• Hotel</li> <li>• Kindergarten</li> <li>• Ärztehaus</li> <li>• Ladengeschäft</li> <li>• Restaurant</li> <li>• Parkhaus bzw. Parkflächen</li> </ul>

**Tabelle 8: Funktionsbereiche eines Krankenhauses und zugehörige Raumeinheiten.**

Quelle: Eigene Darstellung, vgl. dazu DIN 13080, S. 3; Heinen (2004), S. 75 ff.

Neben der Einteilung nach Funktionsbereichen kann auch eine Unterscheidung entsprechend dem **Technisierungsgrad** der Gebäudeeinheiten vorgenommen werden. Auf einen grundsätzlich starken Technisierungsgrad von Krankenhäusern weist das Verhältnis zwischen Kostengruppe 300 Bauwerk - Baukonstruktionen (KG 300) und der Kostengruppe 400 Bauwerk - Technische Anlagen (KG 400) der DIN 276 hin. Das Verhältnis der beiden Kostengruppen liegt z.B. für Allgemeinbildende Schulen bei 80 % / 20 %, bei Krankenhäusern hingegen bei 65 % / 35 %.<sup>372</sup> Der Technisierungsgrad hat einen hohen Einfluss auf die Baustruktur eines Gebäudes, die Komplexität der baulichen Anforderungen und nicht zuletzt die Investitions- und Reinvestitionskosten.

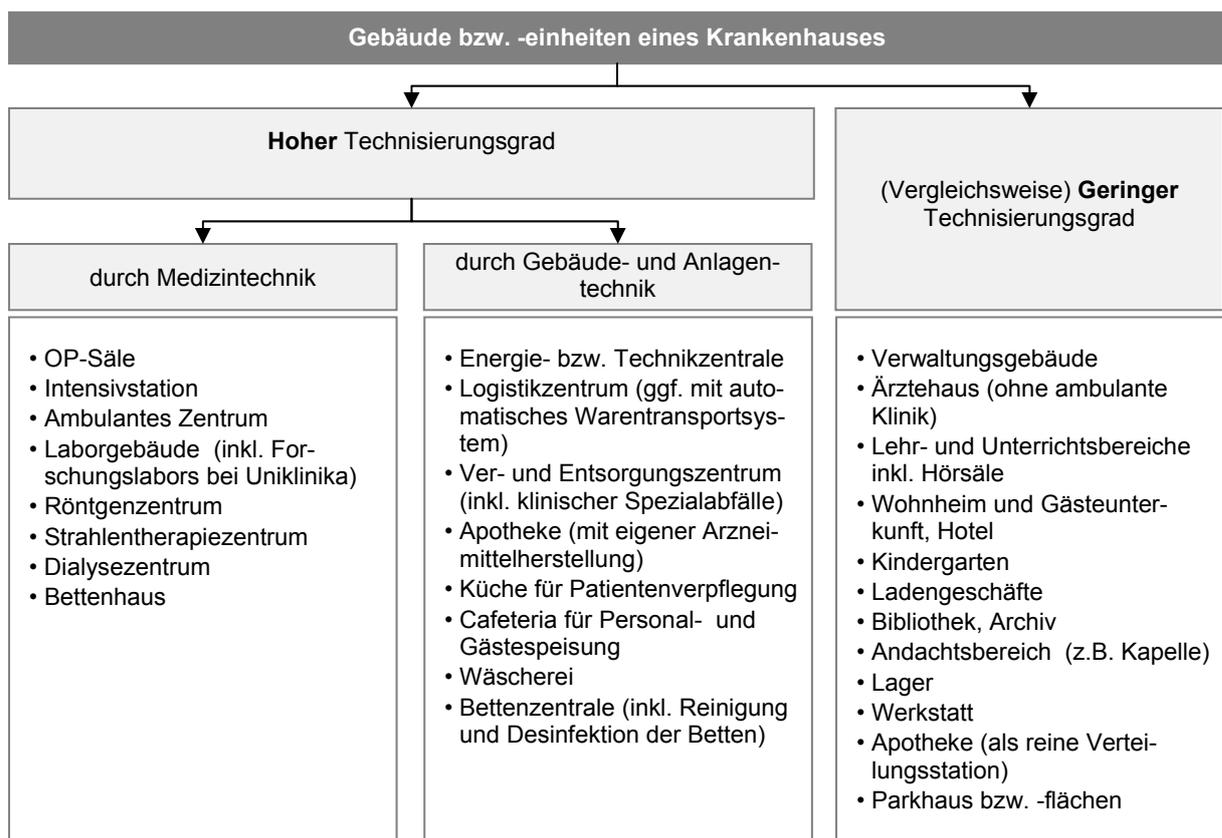
Als eine Gruppe lassen sich Gebäude bzw. -einheiten zusammenfassen, in denen Anlagen bzw. **Großgeräte der Medizintechnik**, wie MRT oder Strahlentherapieanlagen, installiert sind. Diese Gebäude(teile) weisen vergleichsweise hohe Anschaffungskosten auf.<sup>373</sup> Gleichzeitig unterliegen sie bzw. die darin aufgestellte und eingebaute Technik einem hohen Ver-

<sup>372</sup> Vgl. Abel/ Diez/ Lennerts (2007), S. 2.

<sup>373</sup> Vgl. weiterführend Abschnitt 3.2.1.4.

änderungsdruck. Der medizinische und technische Fortschritt, steigende Patientenansprüche sowie neue gesetzliche Anforderungen machen häufige Anpassungen der technischen Infrastruktur an die aktuellen Standards erforderlich. Auch kann eine veränderte Krankenhausausrichtung, z.B. als Folge eines Chefarztwechsels, die Anschaffung neuer Technik notwendig machen. Aufgrund der engen Verzahnung zwischen der Gebäudesubstanz und der installierten medizinischen Hochleistungstechnik sind i.d.R. auch bauliche Anpassungen erforderlich. In Bezug auf Tabelle 8 lassen sich diese Gebäudeeinheiten dem Funktionsbereich „Untersuchung und Behandlung (U / B)“ zuordnen.

In Abbildung 28 werden von dieser Gruppe an Gebäuden zwei weitere unterschieden, die nicht durch Medizintechnik geprägt sind. In einer Kategorie lassen sich Gebäude zusammenfassen, die durch umfangreiche **Gebäude- und Anlagentechnik** und einen dementsprechend hohen Technisierungsgrad gekennzeichnet sind. Diese Gebäudeeinheiten sind vor allem dem Funktionsbereich der „Ver- und Entsorgung“ zuzuordnen (vgl. Tabelle 8). Demgegenüber wird in der dritten Gruppe an Gebäuden vergleichsweise wenig Technik verbaut. In den hier einzuordnenden Immobilien werden schwerpunktmäßig Leistungen der Bereiche „Verwaltung“, „Soziale Dienste“, „Forschung und Lehre“ und „Sonstiges“ erbracht.



**Abbildung 28: Einteilung von Gebäuden und -einheiten eines Krankenhauses nach Technisierungsgrad.**

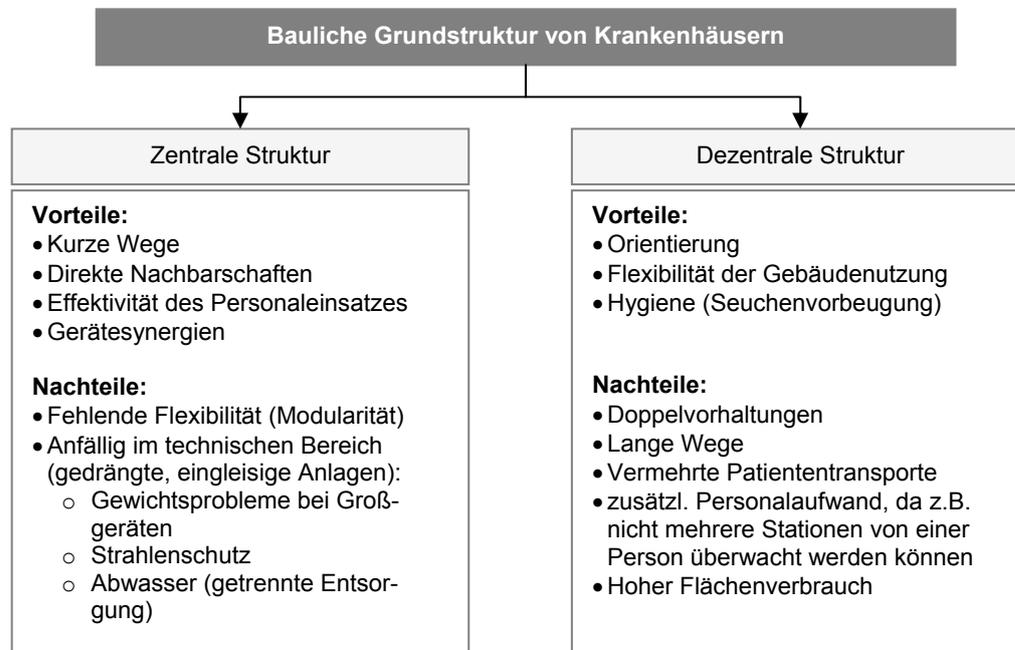
Quelle: Eigene Darstellung.

Eine Kombination der aufgezeigten Funktionsbereiche innerhalb eines Gebäudekomplexes ist bei Krankenhäusern ebenso möglich wie die Verteilung von Leistungen auf einzelne Gebäude. Dabei ist auf die erforderliche enge örtliche Verzahnung von Bereichen zu achten, die

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhaus-Immobilien

eine funktionale Verflechtung der medizinischen Prozesse aufweisen. Wurde bezüglich der Krankenhausstruktur in den beiden letzten Jahrhunderten noch vorwiegend die dezentrale Pavillonbauweise bevorzugt,<sup>374</sup> werden heute kompakte zentrale Baustrukturen mit möglichst kurzen Wegen zwischen den einzelnen Funktionsbereichen angestrebt. Die Unterschiede beider Baustrukturen werden in Abbildung 29 aufgezeigt.



**Abbildung 29: Gegenüberstellung zentraler und dezentraler Baustruktur eines Krankenhauses.**

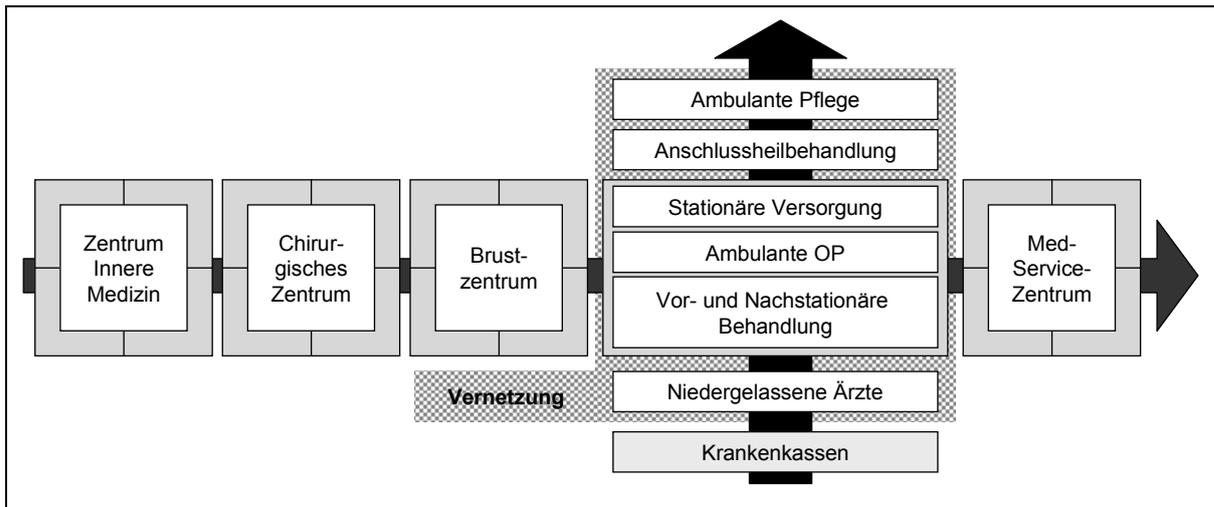
Quelle: In Anlehnung an Heinen (2004), S. 28.

Eine Variante, möglichst viele der positiven Merkmale beider Strukturen nutzen zu können, stellt der funktionszentralistische Ansatz dar. Dieser sieht vor, dass Funktionsbereiche in einzelnen miteinander verbundenen Gebäuden bzw. Gebäudeteilen angeordnet werden.

Dabei lassen sich hinsichtlich der Art und des Umfangs der zusammengeführten Funktionsbereiche zwei Modellvarianten unterscheiden. Entweder es werden die einzelnen Funktionsbereiche der DIN 13080 (Untersuchung und Behandlung, Pflege etc.) zusammengeführt oder es erfolgt eine Zusammenführung von Disziplinen in Form von „Zentren für Exzellenzen“, z.B. nach Organbereichen (z.B. Herzzentrum, Bauchzentrum), welche in Verbindung mit Servicezentren (Verwaltung, Ver- und Entsorgung etc.) stehen. Auch Mischformen der beiden Modellvarianten sind denkbar.<sup>375</sup> Abbildung 30 zeigt vereinfacht eine bauliche Strukturierung eines Krankenhauses mit medizinischen Kompetenzzentren aus beiden Strukturierungsmöglichkeiten. Gleichzeitig wird in der Grafik die zunehmende Vernetzung der Krankenhausprozesse verdeutlicht. Die integrierte Versorgung des Patienten setzt sich immer mehr durch.

<sup>374</sup> Vgl. Daube et al. (2005): Insbesondere große Krankenhäuser der Maximalversorgung wurden typischerweise im Pavillonstil des vorletzten Jahrhunderts erbaut. Diese Strukturen genügen nicht mehr den heutigen Ansprüchen an Funktionalität und Wirtschaftlichkeit.

<sup>375</sup> Vgl. Heinen (2004), S. 28.



**Abbildung 30: Strukturierung eines Krankenhauses nach medizinischen Kompetenzzentren.**

Quelle: Mörmel (2008), S. 5.

### 3.2.1.3 Drittverwendungsfähigkeit

Die nutzerspezifischen Anforderungen an Krankenhäuser sind bereits während der Konzeption und Planung der Gebäude zu berücksichtigen. Daher erfolgt beim Krankenhausbau i.d.R. eine „maßgeschneiderte“ Ausrichtung auf das medizinische Leistungsbild des Krankenhauses und die damit verbundenen Erfordernisse. Umnutzungen von Krankenhäusern erzeugen üblicherweise sehr hohe Kosten.<sup>376</sup> Aufgrund der Komplexität der Gebäude und Anlagen und der damit einhergehenden Verzahnungen der Krankenhausprozesse sind größere Veränderungen an der Baustruktur oft nur unter schwierigen Bedingungen möglich. Dies gilt insbesondere für den „Umbau im laufenden Betrieb“, da hierbei der Krankenhausbetrieb während der Baumaßnahme aufrechterhalten wird.<sup>377</sup> Dementsprechend gering ist die Drittverwendungsfähigkeit von Krankenhausgebäuden einzuschätzen.

Trotz der Grenzen der Umnutzbarkeit von Gebäuden und Grundstücken sind prinzipiell dennoch die folgenden Drittverwendungen bzw. alternativen Nutzungen als Option in Betracht zu ziehen<sup>378</sup> und im konkreten Bedarfsfall auf ihre Eignung zu prüfen:

- Vermietung der gesamten Immobilie oder Teile davon an einen anderen Krankenhausbetreiber oder an niedergelassene Ärzte (z.B. für die Durchführung ambulanter Operationen, Ärztehaus),
- Umnutzung eines Bettenhauses oder Teile davon in Rehabilitationsklinik, Altenheim, Hospiz, Pflegeheim oder Kurzzeitpflegezentrum oder Hotel,
- Umbau eines Bettenhauses zu einer Freizeitimmobilie (z.B. Fitness-Center, Gaststätte, Bowlingbahn usw.),
- Umgestaltung von Etagen des Bettenhauses in Büro- und Geschäftsräume (mögliche Nutzung z.B. durch Bildungsträger im Gesundheitsbereich),

<sup>376</sup> Vgl. Schulte (2005), S. 137.

<sup>377</sup> Vgl. Blanken (2008), S. 90.

<sup>378</sup> Vgl. Jacob/ Uhlig/ Stuhr (2005), S. 9.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhaus-Immobilien

- Abriss eines Gesamtkomplexes oder von nicht vermietbaren Teilen mit anschließender Grundstücksentwicklung innerhalb eines neuen Nutzungskonzeptes (z.B. Wohngebiet, Parkanlage, Parkflächen usw.)<sup>379</sup>

#### 3.2.1.4 Lebenszykluskosten

Verbunden mit der Komplexität der baulichen Anlagen und dem hohen Technisierungsgrad sind Krankenhausprojekte grundsätzlich durch hohe **Investitionsvolumen** gekennzeichnet, wobei die jeweilige Funktion der baulichen Strukturen einen entscheidenden Einfluss auf die damit verbundenen Kosten hat. Planung und Bau von Laboren oder OP-Trakten weisen pro Flächeneinheit entsprechend höhere Errichtungskosten auf als die Erstellung eines Bettenhauses oder Verwaltungstraktes.

Neben den Investitionskosten hängen auch die resultierenden **Nutzungskosten** für Betrieb und Instandhaltung in einem hohen Maße von der baulichen Ausbildung ab.<sup>380</sup> Daraus resultieren im Vergleich zu anderen Immobilienarten hohen Baufolgekosten.<sup>381</sup> Wie die nachstehende Tabelle 9 darlegt, überschreiten die Baufolgekosten bei einem Krankenhaus durchschnittlich bereits nach vier Jahren die Investitionskosten. Aufgrund der sehr hohen Anfangsinvestitionen finden die Baufolgekosten von Krankenhäusern dennoch häufig noch zu wenig Beachtung.<sup>382</sup>

In diesem Zusammenhang ist auf die hohen Reinvestitionskosten hinzuweisen, die bei vielen Gebäuden bzw. Gebäudeeinheiten eines Krankenhauses in kurzen Abständen anfallen. Ursachen hierfür sind z.B. notwendige Anpassungen an technologischen Fortschritt bzw. veränderte Patientenanforderungen.

Gebäudeart	Baufolgekosten der Baukosten pro Jahr	Überschreitung der Erstellungskosten nach
Schulen und Kindergärten	31 %	3 - 4 Jahren
<b>Krankenhäuser</b>	<b>26 %</b>	<b>4 Jahren</b>
Hallenbäder	21 %	4 - 5 Jahren
Sporthallen	17 %	5 - 6 Jahren
Freibäder	15 %	6 - 7 Jahren
Verkehrsanlagen	10 %	10 Jahren
Produktionsgebäude	10 %	10 Jahren
Büro- und Verwaltungsgebäude	8,5 %	11-12 Jahren

**Tabelle 9: Baufolgekosten unterschiedlicher Gebäudearten.**<sup>383</sup>

Quelle: Keller (1995), S.68.

<sup>379</sup> Darüber hinaus können auch unbebaute Grundstücke im Eigentum eines Krankenhausträgers einer Umnutzung bzw. einer Verwertung zugeführt werden.

<sup>380</sup> Vgl. Heinen (2004), S. 24 ff.

<sup>381</sup> Zum Vergleich: Die Erstellungskosten von Krankenhäusern sind auf die Fläche bezogen bspw. 2- bis 3-mal so hoch wie bei Schulen.

<sup>382</sup> Vgl. Keller (1995), S. 67.

<sup>383</sup> Unter Baufolgekosten werden in der Tabelle alle Kosten während der Nutzungsphase einer Immobilie zusammengefasst, inkl. der baulichen Instandhaltung und der Kosten für facilitäre Dienstleistungen.

Aus der Zusammenstellung wird deutlich, dass die Nutzungskosten einen erheblichen Teil der Lebenszykluskosten eines Krankenhauses ausmachen und dem Facility Management in Krankenhäusern eine hohe Bedeutung zukommt.<sup>384</sup> Bestehen in diesen Bereichen Defizite, können Optimierungsmaßnahmen zu einer deutlichen Verbesserung des Gesamtergebnisses eines Klinikums beitragen.<sup>385</sup>

### 3.2.1.5 Technische und wirtschaftliche Lebensdauer

Die technische Lebensdauer der baulichen Komponenten eines Krankenhauses kann je nach Gebäudetyp und dem Jahr der Erstellung sehr stark variieren. Erfahrungswerte für ausgesuchte Bereiche bzw. Elemente sind in der Tabelle 10 zusammengestellt. Der Tabelle kann entnommen werden, dass einzelne Systemkomponenten mehrmals innerhalb der technischen Gesamtnutzungsdauer auszutauschen sind.<sup>386</sup> Gerade für eine ganzheitliche Investitionsplanung insbesondere unter Beachtung des Lebenszyklusansatzes<sup>387</sup> stellt die geringe technische Nutzungsdauer der Gebäudeausstattung eine Herausforderung dar.

Gebäudekomponente	Technische Nutzungsdauer
Statisches System (Gebäudestruktur)	30 - 150 Jahre
tragende Konstruktion (Dach, Fassade, Decken)	30 - 75 Jahre
Innenraumstruktur und Ausbau	20 - 30 Jahre
Technische Gebäudeausstattung	5 - 30 Jahre
Medizinische Gebäudeausstattung	5 - 15 Jahre
Logistische u. übergeordnete Ver- und Entsorgungseinrichtungen	20 - 60 Jahre

**Tabelle 10: Technische Lebensdauer ausgewählter Komponenten eines Krankenhausgebäudes.**

Quelle: Heinen (2004), S. 25; Neufert (1996), S. 484 ff.

Aufgrund der Heterogenität der Gebäude bzw. Gebäudeeinheiten eines Krankenhauses sowie deren Unikatcharakter lässt sich bezogen auf ein gesamtes Krankenhaus kein pauschaler Wert für dessen wirtschaftliche Lebensdauer angeben. Diese ist neben der baulichen Struktur von vielfältigen Faktoren, wie z.B. der Krankenhausart, der Krankenhausgröße oder auch der Spezialisierung, abhängig.

### 3.2.2 Immobilienwirtschaftliche Dienstleistungen im Krankenhaus

In den bisherigen Ausführungen wurde gezeigt, dass die Gebäude von Krankenhäusern im Vergleich zu anderen Immobilienarten Besonderheiten aufweisen. Diese resultieren zuallererst aus ihrer oft spezifischen Nutzung. Bei der Planung eines PPP-Projektes ist daher die

<sup>384</sup> Dabei ist zu beachten, dass das Facility Management wiederum sehr stark von der vorhandenen Gebäudestruktur etc. abhängig ist.

<sup>385</sup> Vgl. Jedersberger, Altmann (2004), S. 44.

<sup>386</sup> Vgl. Heinen (2004), S. 25.

<sup>387</sup> Vgl. zum Lebenszyklusansatz als wesentliches Element von PPP Abschnitt 2.1.1.

Kenntnis und Beachtung der in einem Krankenhaus ablaufenden Prozesse und der erbrachten Leistungen von großer Bedeutung.

Da bei PPP nicht alle Leistungen eines Krankenhauses für die Übertragung auf einen privaten Partner in Frage kommen bzw. geeignet sind, soll zunächst eine Systematisierung der Krankenhausleistungen vorgenommen werden, die bei der Untersuchung der Übertragbarkeit von Leistungen wieder aufgegriffen wird.<sup>388</sup>

#### 3.2.2.1 Unterscheidung von Kern- und Unterstützungsleistungen

Das angestrebte Ergebnis der Leistungserbringung im Krankenhaus stellt die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten (kurativ) bzw., in austerapierten Fällen, in der Linderung und Lebensverlängerung (palliativ) dar.<sup>389</sup>

Für die Strukturierung der Leistungen im Krankenhaus bestehen verschiedene Ansätze, die eine Einteilung in zwei bis fünf Leistungskategorien vorschlagen.<sup>390</sup> Da die gebäudenahen Dienstleistungen den Schwerpunkt dieser Arbeit darstellen, wird eine Dreiteilung der Krankenhausleistungen gewählt. Entsprechend der **Entfernung zum Kernprozess der Patientenbehandlung** werden Primär-, Sekundär- und Tertiärleistungen unterschieden.<sup>391</sup> In der letztgenannten Leistungskategorie erfolgt dabei eine Bündelung der gebäudenahen nicht-medizinischen Dienstleistungen.<sup>392</sup>

Der **Primärbereich** umfasst demnach sämtliche medizinisch-pflegerischen Hauptleistungen durch die organ- bzw. indikationsspezifischen Fachabteilungen (z.B. Innere Medizin, Chirurgie).<sup>393</sup> Hierzu zählen operative Eingriffe sowie anderweitige Behandlungen der ambulanten, stationären und Intensivmedizin.<sup>394</sup> Diese Leistungen dienen unmittelbar der Heilung des Patienten<sup>395</sup> und stellen direkt wertschöpfende Leistungen dar.<sup>396</sup>

Davon werden **Unterstützungsleistungen** abgegrenzt, welche die Voraussetzung für die Durchführung der medizinisch-pflegerischen Hauptleistungen schaffen.<sup>397</sup> So ist die Operati-

---

<sup>388</sup> Vgl. zur Untersuchung der Übertragbarkeit von Leistungen Abschnitt 5.2.3.

<sup>389</sup> Vgl. Ziegenbein (2001), S. 92.

<sup>390</sup> Vgl. den Ansatz von Eichhorn (1975) mit zwei Leistungskategorien sowie den Ansatz von Kirchner/ Knoblich (2009) mit insgesamt 5 Leistungskategorien.

<sup>391</sup> Vgl. Multerer (2008), S. 32; Hartinger/ Lang (2001), S.107.

<sup>392</sup> Wenn auch die Bezeichnungen anders gewählt werden, empfiehlt beispielsweise KEUN eine ähnliche Einteilung der Leistungen im Krankenhaus im mengenmäßigen Sinn, wenn er neben den medizinisch-pflegerischen Leistungen (Ärztliche Leistung, Grundpflege, Behandlungspflege), die Leistungen der medizinischen Institutionen (Leistungen der Diagnostik und Therapie) sowie Einzelleistungen der Ver- und Entsorgung (Arzneimittel, Speisen, Wäsche) und der Verwaltung (Rechnungswesen, Finanzverwaltung) unterscheidet. Werden die beiden letztgenannten Kategorien zusammengefasst, ist die im Weiteren verfolgte Dreiteilung der Krankenhausleistungen zu erkennen. Vgl. Keun (2006), S. 74; Diez (2009), S. 12.

<sup>393</sup> Vgl. Multerer (2008), S. 30.

<sup>394</sup> Vgl. Hartinger/ Lang (2001), S. 107.

<sup>395</sup> Vgl. Kirchner/ Knoblich (2009), S. 104. Eine Besonderheit im Krankenhausleistungsprozess stellt der Patient als „Dienstleistungssubjekt“ dar. Von seinem Leistungsbegehren hängt der Produktionsumfang ab, der damit weitgehend fremdbestimmt ist. Um in der konkreten Nachfragesituation den Patienten behandeln zu können, muss das Krankenhaus stets personelle und sachliche Ressourcen vorhalten. Die Herstellung und Vorhaltung der Leistungsbereitschaft zählt daher ebenso wie das eigentliche Krankenhaus-Produkt, die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten, zum Leistungsprogramm eines Krankenhauses. Vgl. Ziegenbein (2001), S.93 ff.

<sup>396</sup> Vgl. Renner et al. (2001), S. 29 ff.; Eiff (1998), S. 714 ff.; Ziegenbein (2001), S. 88ff.

<sup>397</sup> Vgl. GEFMA-Richtlinie 812 (2007), S. 2.

on beispielsweise nicht denkbar, ohne dass der Arzt etwa durch diagnostische Voruntersuchungen, die Bereitstellung medizinischen Sachbedarfs (z.B. Sterilgutversorgung), die vorherige Reinigung des OPs oder den Antransport des Patienten unterstützt wird.

Als Unterstützungsleistungen werden die vielfältigen weiteren Leistungen eines Krankenhauses zusammengefasst, die sich wiederum hinsichtlich der Entfernung zum Kerngeschäft der Patientenheilung untergliedern lassen. Demnach werden Dienstleistungen, deren (Teil)Ergebnisse in den Prozess der Patientenbehandlung einfließen, als unmittelbare (medizinische) Unterstützungsleistungen oder auch **Sekundärleistungen**<sup>398</sup> bezeichnet.<sup>399</sup> Den Primärbereich unterstützend, liefert der Sekundärbereich medizinische Hilfsleistungen durch Spezialabteilungen, wie Radiologie oder Laboratoriumsmedizin.<sup>400</sup> Die Erbringung erfolgt i.d.R. auf Anforderung der Fachabteilungen, die auf diese Unterstützungsleistungen angewiesen sind.<sup>401</sup> Es handelt sich dabei um wertschöpfende Leistungen, die eng an die Hauptleistung angebunden sind und mittelbar der Heilung des Patienten dienen.<sup>402</sup>

Davon abzugrenzen sind die mittelbaren (nicht-medizinischen) Unterstützungsleistungen, die aufgrund der nochmals weiteren Entfernung vom Kernprozess der Patientenbehandlung auch als **Tertiärleistungen**<sup>403</sup> bezeichnet werden. Sie dienen der grundsätzlichen Schaffung und Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebs an sich und unterstützen sowohl den Primär- wie auch den Sekundärbereich.<sup>404</sup> Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass die Ergebnisse nicht in den eigentlichen Behandlungsprozess eingehen und demnach auch keinen unmittelbaren Beitrag zur Wertschöpfung leisten.<sup>405</sup> Neben allgemeinen Verwaltungsleistungen (z.B. Rechnungswesen) ist der Bezug zur Gebäudesubstanz, wie z.B. bei der Gebäudeinstandhaltung, für diese Leistungskategorie typisch.<sup>406</sup>

Entsprechend der vorgestellten Untergliederung ergibt sich die Dreiteilung der Krankenhausleistungen, wie sie in Abbildung 31 vereinfacht wiedergegeben wird.<sup>407</sup> Die Entfernung zum Prozess der Patientenbehandlung kann auch als Kriterium herangezogen werden, wenn zwischen Eigenerstellung oder Fremdbezug einer Leistung zu entscheiden ist.<sup>408</sup> Hier ansetzend wird der Aspekt der Leistungsübertragbarkeit im Rahmen eines PPP-Projektes im Weiteren Verlauf der Arbeit vertieft.<sup>409</sup>

---

<sup>398</sup> Synonym: sekundäre Unterstützungsleistungen.

<sup>399</sup> Vgl. Ziegenbein (2001), S. 118.

<sup>400</sup> Vgl. Ziegenbein (2001), S. 89.

<sup>401</sup> Vgl. Multerer (2008), S. 35 ff.

<sup>402</sup> Vgl. Hartinger/ Lang (2001), S. 107.

<sup>403</sup> Synonym: tertiäre Unterstützungsleistungen.

<sup>404</sup> Vgl. Kirchner/ Knoblich (2009), S. 104.

<sup>405</sup> Vgl. Kirchner/ Knoblich (2009), S. 104.

<sup>406</sup> Vgl. Ziegenbein (2001), S. 118-119.

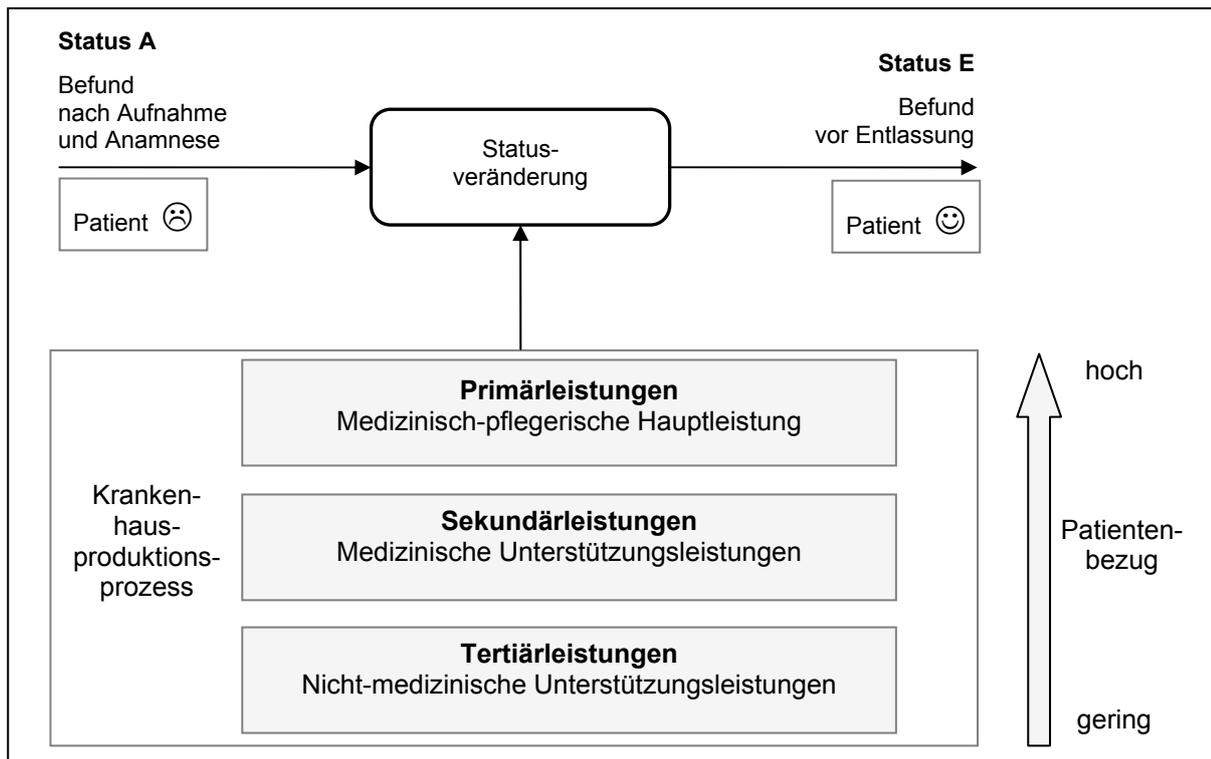
<sup>407</sup> Vgl. Alfen et. al. (2005), S. 1086; PwC (2007), S. 58 ff.; vgl. Jedersberger/ Altmann (2004), S. 46. Im Krankenhausbereich gibt es durchaus unterschiedliche Meinungen und Darstellungen darüber, wie viele Leistungskategorien bestehen und was diese beinhalten. Hier sei auf den traditionellen zwei-stufigen Ansatz von Eichhorn verwiesen, der auf eine Differenzierung der Unterstützungsleistungen verzichtet. Vgl. Eichhorn (1975), S. 15. Es existieren aber auch Ansätze, neben den hier aufgezeigten drei Leistungskategorien weitere zu unterscheiden. Ein Beispiel hierfür ist die gesonderte Betrachtung der Managementleistungen (z.B. die Krankenhausführung). Aber auch eine separate Erfassung der Tertiärleistungen mit Querschnittsfunktion (z.B. strategischer Einkauf) wird vorgeschlagen. Vgl. beispielhaft Kirchner/ Knoblich (2009), S. 104.

<sup>408</sup> Vgl. Renner et al. (2001), S. 29.

<sup>409</sup> Vgl. dazu den Abschnitt 5.2.3.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhaus-Immobilien



**Abbildung 31: Untergliederung der Leistungen im Krankenhaus.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Es ist zu beachten, dass keine generellen Schlussfolgerungen aus der gewählten Einteilung auf die Übertragbarkeit von Dienstleistungen auf Dritte gezogen werden können,<sup>410</sup> sondern stets die konkrete Einzelleistung einer Würdigung bedarf.<sup>411</sup>

In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach den **Kernleistungen** eines Krankenhauses, da der Gesetzgeber nicht definiert, welche Leistungen tatsächlich hoheitlich zu erbringen sind. Eine allgemeingültige Antwort ist daher nicht möglich. Vielmehr hat jedes Krankenhaus die Möglichkeit, Art und Umfang seiner individuellen Kernleistungen selbst festzulegen.<sup>412</sup> So könnte z.B. allein der Primärbereich oder auch teilweise oder vollständig der Sekundärbereich das Kerngeschäft des Krankenhauses darstellen. Diese Festlegung ist insbesondere „abhängig von Art, Größe, Lage und Versorgungsauftrag eines Krankenhauses.“<sup>413</sup>

Trotz der Einschränkungen bildet die dreiteilige Gliederung der Leistungen eines Krankenhauses eine geeignete Grundlage, die Übertragbarkeit von Dienstleistungen auf einen privaten Partner einzuschätzen. Denn durch die Trennung von medizinischen und nicht-medizinischen Unterstützungsleistungen wird eine differenzierte Betrachtung dieser beiden

<sup>410</sup> Vgl. Gudat (1998), S. 2; Vgl. Jedersberger/ Altmann, S. 45.

<sup>411</sup> So könnte die Erstellung einer Computertomographie, wo direkter Patientenbezug gegeben ist, auch in einem anderen Krankenhaus durchgeführt werden. Trotz Patientenbezug kann also eine Auslagerung vorgenommen werden. Anders herum existieren im Krankenhaus medizinische Funktionsstellen, die ihre Leistungen nicht direkt am Patienten erbringen und dennoch kaum für ein Outsourcing in Frage kommen. Dies trifft auf Leistungen zu, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums verfügbar sein müssen, also zeitkritisch sind. Ein Beispiel hierfür stellt die Notfallanalytik im Labor dar. Vgl. Renner et al. (2001), S. 29.

<sup>412</sup> Vgl. GEFMA-Richtlinie 812 (2007), S. 2.

<sup>413</sup> Vgl. Renner et al. (2001), S. 30.

Gruppen unterstützt.<sup>414</sup> Um dies zu verdeutlichen, wird im Anschluss näher auf die Dienstleistungen eingegangen, die dem Sekundär- und Tertiärbereich typischerweise zuzuordnen sind.

### 3.2.2.2 Sekundärleistungen im Krankenhaus

Innerhalb des Sekundärbereichs können zwei Kategorien unterschieden werden: die Unterstützungsleistungen der medizinisch-technischen Ver- und Entsorgung und die **diagnostisch-therapeutischen Unterstützungsleistungen**. Letztere weisen unter den Unterstützungsleistungen den stärksten Patientenbezug auf.<sup>415</sup> Ihre Anwendung ist eng mit den ärztlichen und pflegerischen Behandlungsleistungen des Primärbereichs verknüpft. Insbesondere, wenn dieser Bereich aufgrund einer speziellen Art und Weise bzw. einer besonderen Leistungsbreite eine erhebliche Bedeutung für die Wettbewerbsfähigkeit und strategische Entwicklung eines Krankenhauses aufweist, zählt derartiges Spezial-Know-how mit zu den besonderen Kompetenzen einer Einrichtung.<sup>416</sup> Aufgrund dieses engen Zusammengangs werden die diagnostisch-therapeutischen Dienstleistungen oft den Kernaufgaben eines Krankenhauses zugeordnet.<sup>417</sup> Gerade bei Leistungen wie der Strahlentherapie wird diese enge Verknüpfung sehr deutlich.<sup>418</sup>

Auch die **medizinisch-technischen Ver- und Entsorgungsleistungen** weisen einen unmittelbaren Bezug zum Patienten auf, jedoch ist dieser weniger eng ausgeprägt als bei den diagnostisch-therapeutischen Leistungen. Diese Leistungsgruppe ist durch zahlreiche Schnittstellen zu den medizinischen Prozessen organisatorisch eng an das Kerngeschäft angebunden.<sup>419</sup> In der Abbildung 32 sind den beiden Kategorien beispielhaft Bereiche im Krankenhaus zugeordnet.<sup>420</sup>

---

<sup>414</sup> Durch die Betrachtung von Dienstleistungsgruppen können Ableitungen allgemeiner Art getroffen werden, die für alle darin enthaltenen Einzelleistungen gelten. Bei Überlegungen zur Übertragung von Leistungen ersetzt diese Zusammenfassung von Einzelleistungen allerdings nicht die Notwendigkeit einer detaillierten Betrachtung der jeweiligen Einzelleistungen an sich.

<sup>415</sup> Vgl. Richter (2006), S. 10.

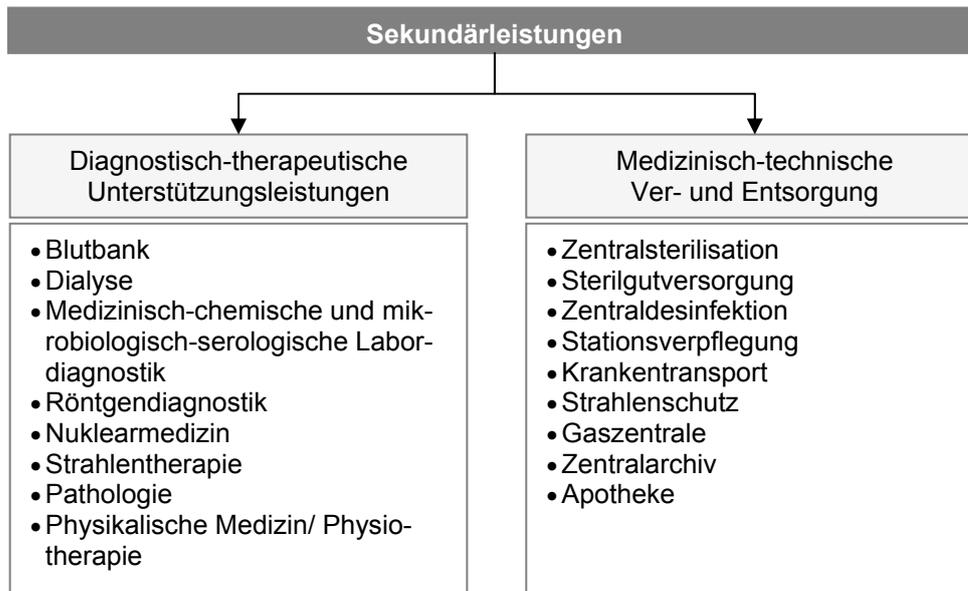
<sup>416</sup> Die besonderen Kompetenzen bzw. Spezialisierungen eines Krankenhauses sind nicht auf den Primärbereich beschränkt, sondern können auch im Sekundärbereich etabliert werden. Allein Tertiärleistungen kommen für eine Spezialisierung dieser Art nicht in Betracht.

<sup>417</sup> Vgl. dazu Jedersberger, Altmann (2004), S. 45; Frosch (2001), S. 29.

<sup>418</sup> Im Rahmen einer Strahlentherapie kann neben der reinen Untersuchung auch eine aktive Bestrahlung erfolgen. In diesem Fall ist der medizinische Eingriff mit einer Operation in den Fachabteilungen vergleichbar.

<sup>419</sup> Vgl. Richter (2006), S. 10.

<sup>420</sup> Die in der Tabelle dargestellten Bereiche der Röntgendiagnostik, Nuklearmedizin und Strahlentherapie stellen selbstständige Disziplinen innerhalb des Fachgebietes der Radiologie (Strahlenheilkunde) dar. Vgl. Theisen (1998), S. 49.



**Abbildung 32: Sekundärleistungen im Krankenhaus.**

Quelle: In Anlehnung an Daube et al. (2005), S. 1086; unter Verwendung von Gudat (1998), S. 1 ff.; Göcke/ Odin (2003), S. 10; Theisen (1998), S. 49; PwC (2007), S. 58; Renner et al. (2001), S. 40.

#### 3.2.2.3 Tertiärleistungen im Krankenhaus

Leistungen in einem Krankenhaus, die keinen unmittelbaren Bezug zum Patienten aufweisen, zählen zu den Tertiärleistungen.<sup>421</sup> Es handelt sich dabei vor allem um gebäudenaher Dienstleistungen, die auch unter dem Begriff des **Facility Management (FM)** zusammengefasst werden. Die Aufgabe des Facility Managements in Gebäuden eines Krankenhauses besteht im Wesentlichen in der Zur-Verfügung-Stellung von Räumen für Unterkunft und Verpflegung, therapeutischer und Fachraumnutzung sowie Verwaltung und Sondernutzung.<sup>422</sup>

Die separate Betrachtung der tertiären Unterstützungsleistungen ist durch deren Bedeutung<sup>423</sup> für das Gesamtergebnis eines Krankenhauses zu rechtfertigen.<sup>424</sup> Schätzungen zufolge stehen nahezu ein Drittel der Krankenhauskosten nicht in Beziehung zum Heilungsprozess. Dieser den nicht-medizinischen Unterstützungsleistungen zuzuordnende Anteil beläuft sich jährlich auf rd. 18 Mrd. Euro.<sup>425</sup> Eine andere Untersuchung geht sogar davon aus, dass im Krankenhausbereich ein Anteil von ca. 45 % der Gesamtaufwendungen für die Immobilie und die damit verbundenen Unterstützungsleistungen aufgewendet werden, wobei hier auch die hohen Investitionskosten mit einbezogen wurden.<sup>426</sup>

<sup>421</sup> Vgl. Multerer (2008), S. 33 ff.

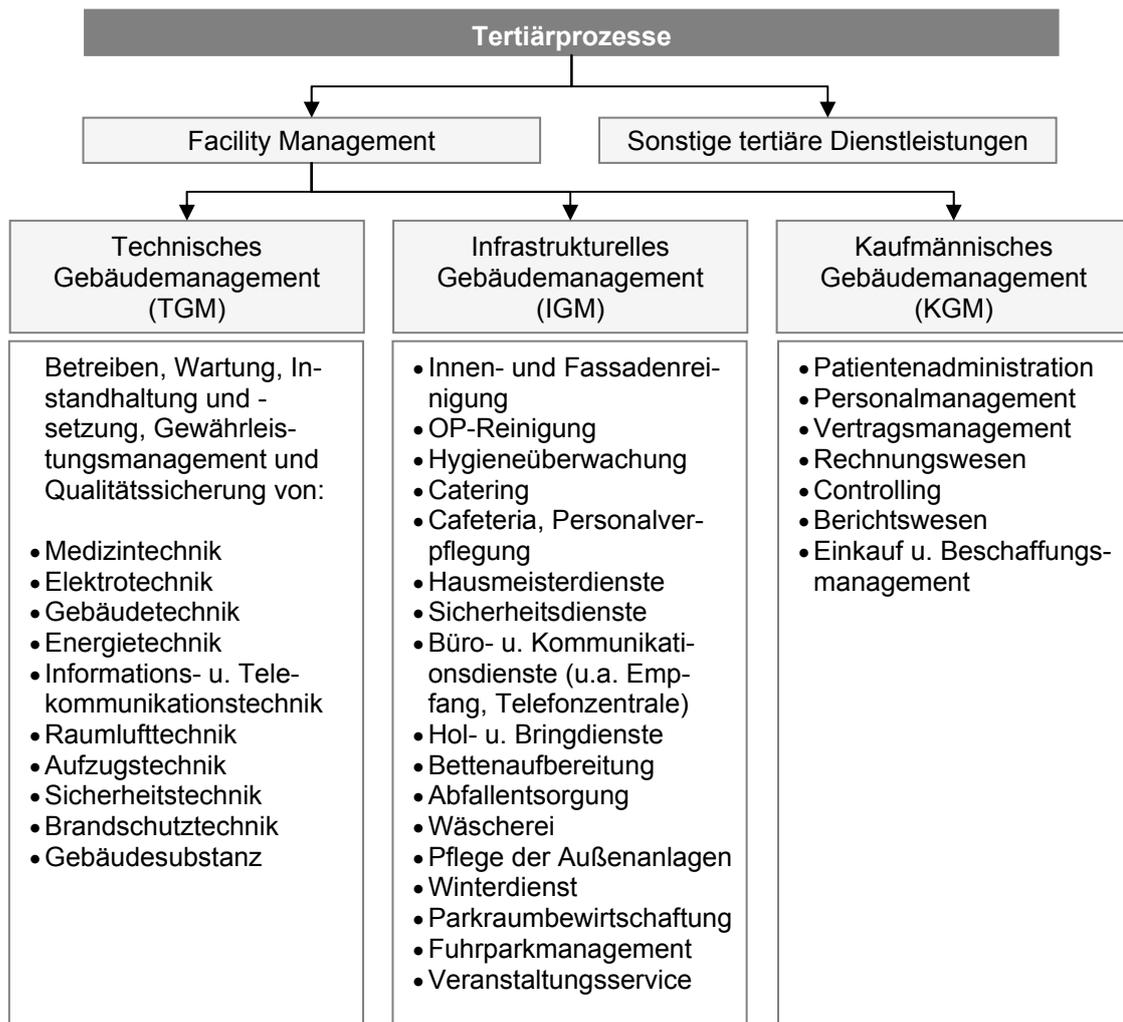
<sup>422</sup> Vgl. GEFMA-Richtlinie 812 (2007), S. 2.

<sup>423</sup> Vgl. Kirchner/ Knoblich (2009), S. 106.

<sup>424</sup> Vgl. Abschnitt 3.2.2.4.

<sup>425</sup> Vgl. Abel (2007), S.9 und 13.

<sup>426</sup> Vgl. Göcke, Odin (2003), S. 3. Der angegebene Wert bezieht sich auf Investitionskosten, Nutzungskosten und Instandhaltungskosten.



**Abbildung 33: Tertiärleistungen im Krankenhaus.**

Quelle: In Anlehnung an Daube et al. (2005), S. 1086; unter Verwendung von Gudat (1998), S. 1 ff.; Göcke, Odin (2003), S. 10; Chadli/ Frosch (2001), S.158; Kirchner/ Knoblich (2009), S. 106.

Die klassische Systematisierung von Facility Management Dienstleistungen sieht eine Dreiteilung in Infrastrukturelles, Technisches und Kaufmännisches Gebäudemanagement vor (vgl. Abbildung 33).<sup>427</sup> Alle Bereiche weisen Schnittstellen zum Flächenmanagement auf.<sup>428</sup> Den drei Kategorien wurden Dienstleistungen zugeordnet, die im Krankenhaus typischerweise erbracht werden.<sup>429</sup>

<sup>427</sup> Das Gebäudemanagement stellt den Teil des Facility Management dar, der sich auf die Nutzungsphase bezieht. In der zugrunde liegenden Lebenszyklusbetrachtung werden Planung, Realisierung, Sanierung und Verwertung als weitere Phasen des Facility Managements unterschieden, sind hier aber nicht fokussierter Betrachtungsgegenstand. Vgl. dazu ausführlich Gudat (1998), S. 1.

<sup>428</sup> Vgl. zur Abgrenzung des Gebäudemanagements zum Flächenmanagement DIN 32736 (2000). Demnach umfasst das Flächenmanagement das Management der verfügbaren Flächen im Hinblick auf ihre Nutzung und Verwertung.

<sup>429</sup> Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vgl. zur Einordnung der Wartung und Instandhaltung der Medizintechnik in den Bereich des Technischen Gebäudemanagements Chadli/ Frosch (2001), S. 158.

Neben den Leistungen des Facility Managements werden unter „sonstigen tertiären Leistungen“ Aufgabenbereiche zusammengefasst, die von Krankenhäusern erbracht werden, aber nicht dem Facility Management zuzuordnen sind. Es handelt sich dabei i.d.R. um zusätzliche Dienstleistungen, die nicht krankenhausspezifisch sind und im Umfeld eines Krankenhauses angeboten werden können. Der folgenden Aufzählung sind Beispiele für diese Gruppe von Leistungen zu entnehmen:<sup>430</sup>

- Kindertagesstätte
- Ausbildungs- und Schulungseinrichtungen (z.B. Ausbildungsstätten für den Krankenpflegefachdienst, den medizinisch-technischen Dienst, Hebammenakademien, u.a.)
- Sport- und Freizeiteinrichtungen
- Personalwohnungen, Gästeunterkünfte und Geschäfte
- Sonstige Nebeneinrichtungen, insbes. Beratungsstellen, z.B. Familienberatung, Fürsorge, Sozialdienst u.a.

Die Ausführungen legen dar, dass in einem Krankenhaus vielfältige gebäudenahere Dienstleistungen zu erbringen sind. Doch nicht nur hinsichtlich der Differenziertheit und Menge, auch bezüglich nutzungsspezifischer Erfordernisse werden an Facility Management Dienstleistungen besondere Anforderungen gestellt.

#### 3.2.2.4 Krankenhausspezifische Anforderungen an das Facility Management

Die mit der Immobilie Krankenhaus verbundenen Teilprozesse weisen eine **Komplexität** auf, die durchaus mit der des Kernprozesses vergleichbar ist. Zum einen ist Facility Management im Krankenhaus durch den hohen Technisierungsgrad der Gebäude und zum anderen durch die speziellen und vielfältigen Anforderungen bei der Berücksichtigung der Kundenbedürfnisse gekennzeichnet.<sup>431</sup> Zu unterscheiden sind dabei die Interessensgruppen Patienten, Personal und Besucher, die jeweils eigene Anforderungen an die Gebäude stellen.<sup>432</sup>

Im Krankenhausbereich sind besondere Vorkehrungen erforderlich, um das Leben der Patienten jederzeit zu schützen. Diesbezüglich werden im Rahmen des Technischen Gebäudemanagements hinsichtlich der Gewährleistung der Versorgungssicherheit, der Verfügbarkeit technischer Anlagen und der Betriebssicherheit im Krankenhaus besonders hohe Anforderungen gestellt. Einen wichtigen Aspekt stellt hierbei die **Gewährleistung der Versorgungssicherheit** mit Medien dar, die zur Ausübung medizinischer Leistungen notwendig sind und gegebenenfalls permanent zur Verfügung stehen müssen. Hierzu zählen z.B.

---

<sup>430</sup> Vgl. Frosch et al. (2001), S. 43. Die Angaben zu den sonstigen tertiären Leistungen stimmen weitgehend mit der Aufzählung in dem Funktionsbereich „Sonstige“ in Tabelle 8 überein. Alle aufgezählten Beispiele sind zudem entsprechend Abbildung 28 den Gebäude bzw. Gebäudeteilen mit geringem Technisierungsgrad zuzuordnen.

<sup>431</sup> Vgl. Gudat (2006), S. 1 ff; Jedersberger, Altmann (2004), S. 45.

<sup>432</sup> Während Besucher bspw. einen gut organisierten Empfang und ein funktionierendes Leitsystem erwarten, ist das Personal auf die Verfügbarkeit von Arbeitsmitteln, bestimmten Bedingungen am Arbeitsplatz und Informationsübermittlung angewiesen. Der Patient wiederum hat den Anspruch einer optimalen Versorgung und legt Wert auf Komfort sowie besonderen Schutz und Rücksichtnahme. Vgl. dazu Jedersberger, Altmann (2004), S. 45; Frosch et al. (2001), S. 221.

Strom, Trinkwasser, Sauerstoff in Flaschen, Kälte, medizinische Gase und Dieselkraftstoff für das Notstromaggregat.<sup>433</sup>

Des Weiteren ist die ständige **Verfügbarkeit technischer Anlagen** zu gewährleisten. Vor allem in sensiblen Bereichen wie OPs und Intensivstationen muss ein Versagen der Technik unbedingt ausgeschlossen werden. Dazu zählen beispielsweise Anlagen der Raumluftechnik, Notstromaggregate und Anlagen der Versorgung mit technischen und medizinischen Gasen. Für Komponenten von technischen Anlagen und Medien, die unerlässlich sind, sind entsprechende Redundanzen vorzuhalten, um die Verfügbarkeit im Ernstfall sicherstellen zu können. Als weitere Absicherung sollte ein interner Störungsdienst mit 24-Stunden-Einsatzbereitschaft mit Mindestreaktionszeiten installiert sein.<sup>434</sup> Die hohen Anforderungen hinsichtlich der Verfügbarkeit technischer Anlagen müssen auch bei den Fristen für den Ersatz bzw. die Reparatur von technischen Bauteilen, Geräten oder Anlagen beachtet werden. Durch einen frühzeitigen Austausch in sensiblen Bereichen kann die Versagenswahrscheinlichkeit minimiert werden.

Eine weitere Besonderheit von Krankenhäusern stellen die Anforderungen an die **Betriebs-sicherheit** dar, wobei sich die Bereiche Umwelt-Hygiene, Brandschutz und Arbeitsschutz unterscheiden lassen. Hygieneanforderungen im technischen Bereich beziehen sich insbesondere auf die Qualität der Raumluft (Sterilfilter) und die Wasseraufbereitung, je nach Verwendung des Mediums (z.B. Trinkwasser, Wasser zur Luftbefeuchtung in raumluftechnischen Anlagen, Wasser in Schwimmbecken, Wasser für Wannenbäder, etc.).<sup>435</sup> Die spezifischen Anforderungen an den Brandschutz umfassen in Krankenhäusern z.B. auch den Explosionsschutz von medizinischen Gasen. Unter Arbeitssicherheit fallen die krankenhausspezifischen Schutzmaßnahmen gegen schädliche Strahlung, Stäube und Viren.<sup>436</sup>

**Hohe Hygienestandards** sind auch beim Infrastrukturellen Gebäudemanagement zu beachten. Um deren Einhaltung permanent prüfen zu können, ist die Installation einer Hygieneüberwachung in Krankenhäusern üblich. Hohe Hygienestandards sind insbesondere in sensiblen Bereichen wie OP-Trakt und Intensivstation einzuhalten. Neben besonderen Anforderungen an die Reinigung dieser Bereiche resultieren hieraus besondere bauliche Vorkehrungen wie z.B. die desinfektionsfeste Beschaffenheit von Fußböden und Wänden oder die Installation von speziellen Personal- und Materialschleusen. Sterilisations- und Desinfektionsmaßnahmen bei Instrumenten, Geräten und Gebrauchsgütern dienen ebenfalls der Minimierung von Risiken der Krankheitsübertragung.<sup>437</sup>

Darüber hinaus sollen weitere Krankenhaus-Spezifika im infrastrukturellen Bereich angesprochen werden. Beispielsweise stellt die Entsorgung medizinischer (chemischer und organischer) Abfälle eine krankenhausspezifische Dienstleistung dar, die neben der üblichen Müllentsorgung anfällt. Eine andere Besonderheit stellt die Reinigung und Desinfektion der Patientenbetten dar. Ebenfalls hohe Hygieneanforderungen gelten beim Wäschereiservice für das Waschen von Personal- und Patientenbekleidung. Auch bezüglich der Archivierung

---

<sup>433</sup> Vgl. Mörmel (2006), S.9; Gudat (2006), S. 1 ff.

<sup>434</sup> Vgl. Jedersberger, Altmann (2004), S. 46.

<sup>435</sup> Vgl. zu den Besonderheiten bei Planung und Bau von Gesundheitsimmobilien Mörmel (2006), S. 9.

<sup>436</sup> Vgl. Jedersberger, Altmann (2004), S. 48.

<sup>437</sup> Vgl. Gudat (2006), S. 1 ff.

von Patientendaten und die daran gestellten hohen Anforderungen an den Datenschutz unterscheiden das Gebäudemanagement in einem Krankenhaus von anderen Immobilienarten.<sup>438</sup> Besondere Anforderungen werden auch an Servicerufeinrichtungen im Krankenhaus gestellt.<sup>439</sup> Die ständige Erreichbarkeit von Ärzten und anderem Personal muss gewährleistet werden, ohne technische Anlagen durch Mobilfunk-Strahlung in ihrer Funktion zu stören.

Typisch für Krankenhäuser ist der Umstand, dass in Abhängigkeit der Nutzung sehr unterschiedliche Anforderungen an das Gebäudemanagement gestellt werden. Während die Anforderungen an die Luftqualität im OP-Bereich hinsichtlich Keimfreiheit, Luftfeuchtigkeit, Temperatur und Luftreinheit sehr hoch sind, bestehen bspw. für den Aufenthalts- und Pflegebereich weniger strenge Bedingungen dieser Art. Ähnlich wie im Bereich der Raumlufttechnik verhält es sich auch bei der Reinigung. Den hohen Hygiene-Standards in sensiblen Bereichen stehen bei der Reinigung von Patientenzimmern und der „normalen“ Reinigung öffentlicher Bereiche abgestufte Hygieneanforderungen gegenüber. Gleiches gilt für die Instandhaltung von technischen Geräten und Anlagen. Die konkrete Instandhaltungsstrategie (vorbeugend, ausfallbedingt oder zustandsabhängig) ist von der erforderlichen Anlagenverfügbarkeit abhängig.<sup>440</sup>

#### 3.2.3 Einfluss der Merkmale von Krankenhaus-Immobilien auf die Umsetzung eines PPP-Projektes

In den vorangegangenen Ausführungen wurden Krankenhäuser als heterogene Strukturen mit regelmäßig spezifisch genutzten Einzelgebäuden bzw. Gebäudebereichen vorgestellt, die durch ihre jeweilige Nutzung geprägt sind. Übergreifend fasst die nachstehende Abbildung 34 die spezifischen Merkmale von Krankenhäusern als vielschichtige Immobilienkomplexe noch einmal zusammen.

Bei der Vorbereitung der Immobilien-Projektentwicklung eines Krankenhauses als PPP sind die jeweiligen gebäudespezifischen Anforderungen an Planung, Bau und Betrieb möglichst frühzeitig und umfassend zu berücksichtigen, um ein Projekt erfolgreich entwickeln zu können. Im Einzelnen sollten die im Folgenden aufgeführten Einflüsse Beachtung finden, die abschließend in Tabelle 11 zusammengefasst werden.

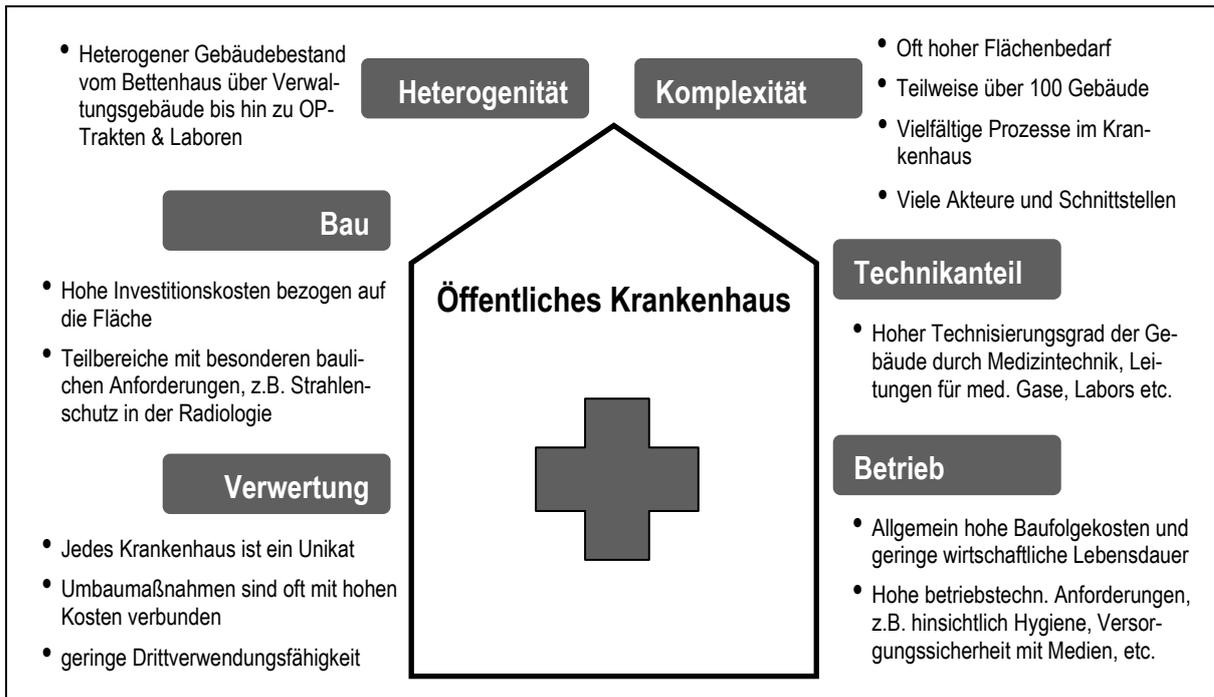
Gegenüber anderen Immobilienarten sind Krankenhausbauten hinsichtlich der **Vielfältigkeit**, **Komplexität** und oft auch der **Größe** eines Gebäudeensembles einzigartig. Vor der konkreten Planung eines PPP-Projektes ist daher genau zu hinterfragen, inwieweit sich die ausgewählten Immobilien bzw. der vorgesehene Gebäudekomplex für ein PPP eignen bzw. welche Besonderheiten in Verbindung mit den einzelnen Gebäudefunktionen bei der Projektplanung zu beachten sind. Um PPP realisieren zu können, müssen geeignete **Schnittstellen** zu dem Rest des Krankenhauses bestehen. Nur so kann ein privater Partner für PPP-Gebäude, die als Teil eines Krankenhauskomplexes fungieren, Dienstleistungen in der Betriebsphase erbringen.

---

<sup>438</sup> Vgl. Gudat (2006), S. 1 ff.

<sup>439</sup> Vgl. Jedersberger/ Altmann (2004), S. 48.

<sup>440</sup> Vgl. Jedersberger/ Altmann (2004), S. 48.



**Abbildung 34: Besonderheiten von Krankenhaus-Immobilien.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Typischerweise übernimmt der private Partner bei PPP-Projekten neben Planung, Bau und Finanzierung auch Betriebsleistungen. Im Vergleich zu anderen Bereichen des öffentlichen Hochbaus, z.B. dem Schul- und Verwaltungsbau, ist das betriebliche Leistungsspektrum in einem Krankenhaus, deutlich umfangreicher, spezialisierter und differenzierter.<sup>441</sup> Dabei sind die erforderlichen Leistungen sehr stark von der Gebäudenutzung abhängig. Sie unterscheiden sich beispielsweise deutlich bei einem Ärztehaus und einer Intensivstation. Hier ist die Frage zu stellen, ob bei der zu fordernden Spezifität und Qualität der Leistungen sowie dem benötigten umfangreichen Leistungsspektrum eine hinreichende Anzahl geeigneter privater Anbieter am Markt vorhanden ist.

Eine besondere Herausforderung stellen die hochtechnisierten Gebäudebereiche eines Krankenhauses dar, die einer kurzen wirtschaftlichen Lebensdauer unterliegen. Daraus ergeben sich äußerst anspruchsvolle Anforderungen für die Planung eines PPP-Projektes, da diese auf einer langfristigen Vertragsdauer basieren. Im Vorfeld ist zu entscheiden, ob z.B. medizintechnische Großgeräte überhaupt in das PPP-Projekt integriert werden soll.

Die Besonderheiten des betrieblichen Leistungsspektrums und der oft hohe Technisierungsgrad der Gebäude beeinflussen die Leistungsübertragung auf private Partner. Dieser Aspekt ist bereits als effizienzbasiertes Prüfkriterium eines PPP-Eignungstests erfasst.<sup>442</sup> Gleiches gilt für die Prüfung eines ausreichenden Marktinteresses, sodass die Berücksichtigung dieser Anforderungen im PPP-Eignungstest bereits gewährleistet ist.

Einen weiteren Aspekt, der bei der Untersuchung der Realisierbarkeit von PPP zu berücksichtigten ist, stellt der Unikatcharakter eines Krankenhauses dar. Dieser bringt es mit sich,

<sup>441</sup> Vgl. PwC (2007), S. 58 ff.

<sup>442</sup> Vgl. Abschnitt 2.3.3.4.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhausfinanzierung

dass eine **Drittverwendung** dieser Spezialimmobilie nur sehr eingeschränkt möglich sein wird. Ein Investor wird daher kaum ein Interesse daran haben, am Ende eines PPP-Projektes das Eigentum an den Gebäuden zu halten und/oder für deren Verwertung zuständig zu sein.<sup>443</sup> Daher ist bei den Vorbereitungen eines PPP zu beachten, dass unter dieser Prämisse nur einzelne der vorgestellten Vertragsmodelle in Betracht kommen.

Darüber hinaus sind bei der Integration von Betriebsleistungen in ein PPP-Projekt **bestehende Kooperationen bzw. Vereinbarungen** mit Lieferanten und Dienstleistern in den PPP-Planungen zu berücksichtigen. Dies gilt z.B. für den Fall, dass eine Tochtergesellschaft des Klinikums mit tertiären Unterstützungsleistungen für alle Gebäude beauftragt ist. Sollen die Verträge auch bei Initiierung eines PPP-Projektes beibehalten werden, beeinflusst dies die PPP-Planungen unmittelbar. Derartige projektspezifische Bedingungen dürfen bei der Planung eines PPP-Projektes nicht außer Acht gelassen werden, da sie einen erheblichen Einfluss auf die Realisierbarkeit einer gewünschten Leistungsübertragung und damit auf die Umsetzbarkeit des gesamten Projektes haben können.

In Abbildung 11 werden die Aspekte zusammengefasst, die als Einflussfaktoren auf die Realisierbarkeit eines PPP-Projektes erkannt wurden. Sie sollten als Teil des PPP-Eignungstest frühzeitig geprüft werden.

<b>Merkmale von Krankenhaus-Immobilien</b>	<b>Zu prüfende Problemstellungen zur Sicherstellung der Realisierbarkeit von PPP</b>
Komplexität der Leistungserbringung mit vielfältigen Schnittstellen und der Verflechtung von Prozessen.	Prüfen, ob die Abgrenzbarkeit des Projektgegenstandes möglich ist, sodass der Private Betriebsleistungen übernehmen kann.
Geringe Drittverwendungsfähigkeit der Gebäude	Prüfen, ob die geringe Drittverwendungsfähigkeit in Verbindung mit der konkreten Situation des Grundstückseigentums mit dem vorgesehenen PPP-Vertragsmodell kompatibel ist
Vielfältige bestehende Vereinbarungen mit Lieferanten, Dienstleistern und Kooperationspartnern	Prüfen, ob die bestehenden Vertragsbeziehungen den PPP-Planungen entgegen stehen

**Tabelle 11: Einfluss von Krankenhaus-Immobilien auf die Realisierbarkeit von PPP.**

Quelle: Eigene Darstellung.

### 3.3 Krankenhausfinanzierung

Damit PPP-Projekte realisiert werden können, muss deren Finanzierung gewährleistet sein. Der private Partner übernimmt bei PPP zwar i.d.R. die Finanzierungsleistung, Voraussetzung dafür ist aber, dass der öffentliche Projektpartner in der Lage ist, das an den Privaten zu entrichtende periodische Leistungsentgelt aufzubringen.<sup>444</sup> Daraus resultiert die Fragestellung,

<sup>443</sup> Davon zu unterscheiden ist der Fall, dass zu Beginn eines PPP-Projektes das Eigentum am zu bebauenden Grundstück beim privaten Partner liegt, dieses am Ende des Projektes aber auf den öffentlichen Projektträger übertragen wird. Vgl. PwC (2007), S. 65 ff.

<sup>444</sup> Im Rahmen eines PPP-Konzessionsmodells ist es möglich, dass der öffentliche Krankenausträger kein Leistungsentgelt an den Privaten entrichtet, sondern dieser seine Forderungen aus erhobenen Gebühren befriedigt.

welche öffentlichen Mittel für die Durchführung eines Krankenhaus-PPP verwendet werden können. Um dies beantworten zu können, ist zunächst die Funktionsweise der Krankenhausfinanzierung in Deutschland zu erläutern.

### 3.3.1 Grundlagen der dualistischen Krankenhausfinanzierung

Deutschland kann auf eine der besten medizinischen Versorgungen weltweit verweisen. Insbesondere die Breitenwirkung der Versorgung mit Gesundheitsleistungen weist ein sehr hohes Niveau auf. Kaum ein anderes Land kann auf ein ähnlich flächendeckendes Netz an Einrichtungen des Gesundheitswesens verweisen.<sup>445</sup>

Dieser hohe Standard hat allerdings seinen Preis. Der Anteil der Gesundheitsausgaben, gemessen am Bruttoinlandsprodukt, hat sich seit den 60er Jahren bis 2003 von 5 % auf fast 11 % nahezu verdoppelt. Das ist der höchste Wert hinter den USA und der Schweiz. So betragen die Gesamtleistungen im Gesundheitssektor 2001 rd. 226 Mrd. EUR. Den rund 2.200 Krankenhäusern<sup>446</sup> flossen davon 62 Mrd. EUR zu, womit die stationäre und teilstationäre Versorgung den kostenintensivsten Sektor im Gesundheitswesen darstellte.<sup>447</sup>

Die gesetzliche Grundlage der Krankenhausfinanzierung bildet das »Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG)«<sup>448</sup> als Rahmengesetz und die darauf aufbauenden Landeskrankenhausgesetze.<sup>449</sup> Seit der Verabschiedung des Gesetzes 1972 gilt in Deutschland die dualistische Krankenhausfinanzierung.<sup>450</sup>

Demnach werden die Investitionskosten durch öffentliche Förderung finanziert, wohingegen die laufenden Betriebs- bzw. Behandlungskosten durch die Benutzer bzw. deren Kostenträger, die Krankenkassen, getragen werden.<sup>451</sup> Die daraus resultierenden Zahlungsströme an die Krankenhäuser werden in der Abbildung 35 aufgezeigt.

<sup>445</sup> Vgl. Arthur Andersen and Enterprise LSE (2000), S. 2.

<sup>446</sup> Vgl. Buscher (2005), S. 181; Zum Vergleich betrug die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland im Jahr 2006 nur noch 2.104. Vgl. Statistisches Bundesamt (2007), S. 13 u. 19.

<sup>447</sup> Vgl. SachsenLB (2003), S. 7 ff.; OECD (2005), S.3.; HVB (2003), S. 11.

<sup>448</sup> KHG vom 29.06.1972, in der Fassung und Bekanntmachung vom 10. April 1991.

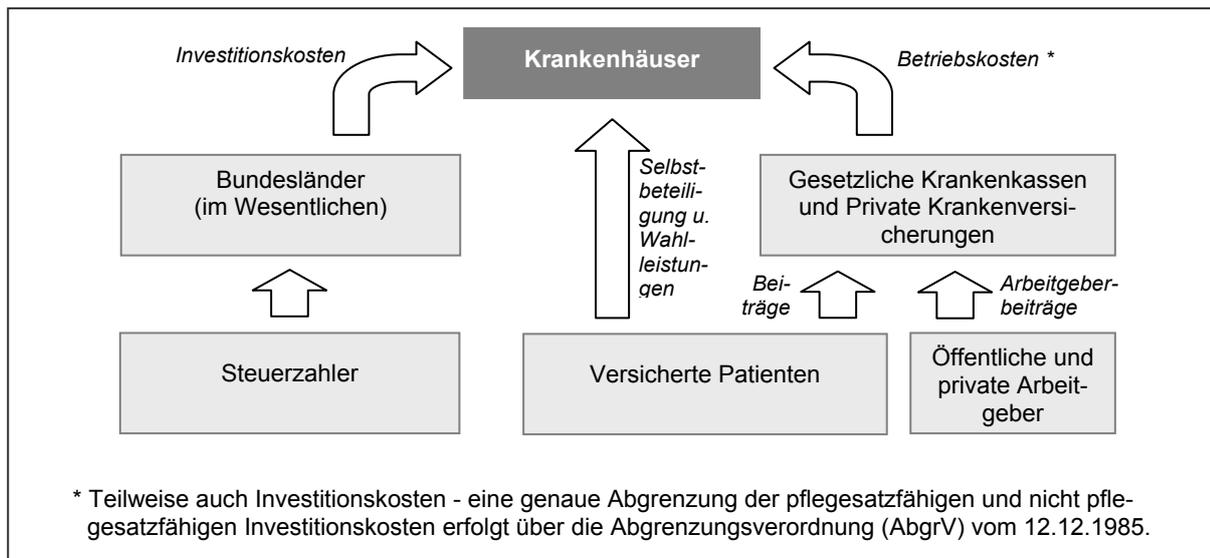
<sup>449</sup> Der Bund gibt lediglich den Rahmen vor. Für die konkrete Ausgestaltung der Investitionsfinanzierung sind die Länder eigenverantwortlich zuständig; vgl. die entsprechenden Landesgesetze, z.B. LKHG NRW (Nordrhein-Westfalen) und HKHG (Hessen).

<sup>450</sup> Vgl. Bruckenberger (2002), S. 1.

<sup>451</sup> Vgl. § 4 KHG.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhausfinanzierung



**Abbildung 35: Zahlungsströme in der dualen Krankenhausfinanzierung Deutschlands.**

Quelle: Ennemann (2005), S. 27; Drotleff (2005), S. 16.

Im § 1 KHG ist die gesetzliche Verpflichtung des Staates zur Vorhaltung bedarfsnotwendiger, leistungsfähiger, eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser verankert. Dabei soll die Vielfalt der Krankenhausträger und damit das gleichberechtigte Bestehen öffentlich rechtlicher, frei-gemeinnütziger und privater Krankenhäuser beachtet werden.<sup>452</sup> Die Rechtsform eines Krankenhauses darf keinen Einfluss auf die Vergabe der Fördermittel haben.<sup>453</sup>

In § 2 der Abgrenzungsverordnung (AbgrV) ist festgelegt, welchem Finanzierungsbereich die Wirtschaftsgüter<sup>454</sup> eines Krankenhauses zuzuordnen sind. Dabei werden die Wirtschaftsgüter nach den Begriffen Anlagegüter,<sup>455</sup> Gebrauchsgüter<sup>456</sup> und Verbrauchsgüter<sup>457</sup> gegliedert und gegeneinander abgegrenzt.<sup>458</sup> Wie in Abbildung 36 dargestellt, wird demnach die Errichtung und Ausstattung sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer (ND) über 3 Jahren durch die Investitionsförderung der Länder abgedeckt. Die Kosten für Verbrauchsgüter und die Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer (ND) von weniger als 3 Jahren werden über die Pflegesätze von den Krankenkassen<sup>459</sup> getragen.

<sup>452</sup> Vgl. zur Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger zusätzlich § 8 Abs. 2 KHG.

<sup>453</sup> Vgl. Drotleff (2005), S. 14.

<sup>454</sup> Der Begriff des Wirtschaftsgutes wird in der AbgrV im Sinne des Handels- und Steuerbilanzrechts verstanden, vgl. Tuschen/ Trefz (2004), S. 50.

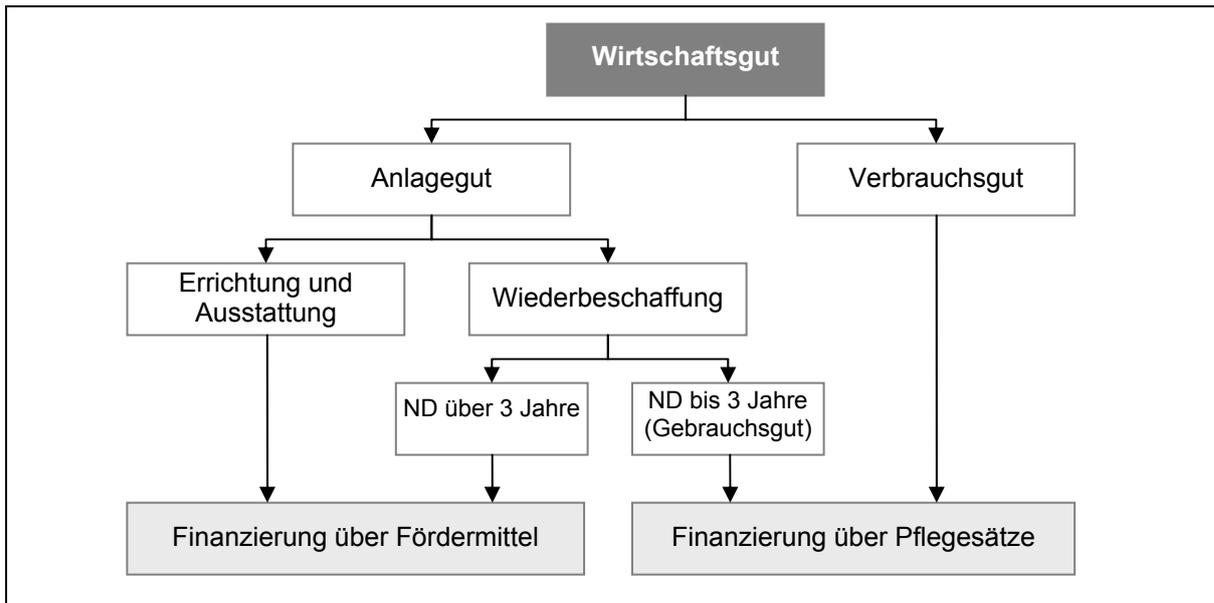
<sup>455</sup> Vgl. § 2 Nr. 1 AbgrV: Anlagegüter sind „...die Wirtschaftsgüter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens...“

<sup>456</sup> Vgl. § 2 Nr. 2 AbgrV: Gebrauchsgüter sind „...die Anlagegüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren ...“

<sup>457</sup> Vgl. § 2 Nr. 3 AbgrV: Verbrauchsgüter sind „...die Wirtschaftsgüter, die durch ihre bestimmungsgemäße Verwendung aufgezehrt oder unverwendbar werden oder die ausschließlich von einem Patienten genutzt werden und üblicherweise bei ihm verbleiben. Als Verbrauchsgüter gelten auch die wiederbeschafften, abnutzbaren beweglichen Anlagegüter, die einer selbstständigen Nutzung fähig sind und deren Anschaffungs- oder Herstellkosten für das einzelne Anlagegut ohne Umsatzsteuer 51 Euro nicht übersteigen.“

<sup>458</sup> Tuschen/ Trefz (2004), S. 50.

<sup>459</sup> Neben den Krankenkassen werden die Pflegesätze auch von den selbst zahlenden Patienten finanziert.



**Abbildung 36: Abgrenzung der Wirtschaftsgüter.**

Quelle: Tuschen/ Trefz (2004), S. 7.

### 3.3.2 Investitionsfinanzierung

Die Investitionsfinanzierung erfolgt durch die Länder und stellt die eine der beiden Säulen der dualen Finanzierung der Krankenhäuser dar. In diesem Abschnitt soll aufgezeigt werden, welche Krankenhäuser diese Landesförderung in Anspruch nehmen, was genau gefördert wird und welche besonderen Bedingungen dabei von den förderberechtigten Krankenhäusern zu beachten sind.

#### 3.3.2.1 Inhalt der Investitionsfinanzierung

Die Länder fördern auf Antrag des Krankenhausträgers Investitionskosten, soweit diese als förderfähige Investitionsvorhaben einzuordnen sind. Es handelt sich dabei um eine Vollförderung. Im Sinne des § 2 Abs. KHG werden als Investitionskosten anerkannt:

- a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter),
- b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter).

Ferner werden Kosten durch die Länder gefördert, die den Investitionskosten zum Zwecke des Gesetzes gleichstehen. Dazu zählen u. a. die Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern sowie die Zinsen, die Tilgung und die Verwaltungskosten von Darlehen, soweit sie zur Finanzierung von Investitionskosten eingesetzt werden. Ebenfalls förderfähig sind Kapitalkosten (Abschreibungen und Zinsen) soweit diese für Wirtschaftsgüter aufgewendet werden.<sup>460</sup>

Dagegen werden die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückserschließung sowie ihrer Finanzierung grundsätzlich nicht als Investitionskosten im Sinne

<sup>460</sup> Vgl. § 2 Abs. 3 KHG ; siehe auch BMVBS (2006), S. 58.

des Gesetzes anerkannt.<sup>461</sup> Allerdings ist eine Förderung von Kosten für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG dann ausnahmsweise möglich, wenn ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes gefährdet wäre. Von einer solchen Gefährdung ist auszugehen, wenn die Kosten nicht in zumutbarer Weise aus dem Haushalt des Krankenhauses oder des Krankenhausträgers finanziert werden können und dadurch die ausreichende Versorgung der Patienten im Rahmen der Aufgabenstellung des Hauses nicht mehr gewährleistet werden könnte.<sup>462</sup>

#### 3.3.2.2 Anspruch auf Förderung von Investitionskosten nach KHG

Gefördert werden grundsätzlich nur Krankenhäuser im Sinne des § 2 Nr. 1 KHG<sup>463</sup> sowie gemäß § 2 Nr. 1a KHG die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten. Nicht gefördert werden die Krankenhäuser, die entsprechend den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden (§ 5 Abs. 1 Nr. 1),<sup>464</sup> sowie die unter § 5 Abs. 1 Nr. 2 bis 11 KHG aufgeführten Krankenhäuser und Einrichtungen.<sup>465</sup> Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug, Polizeikrankenhäuser, Krankenhäuser der Träger der allgemeinen Rentenversicherung sowie u. U. Krankenhäuser der Träger der Unfallversicherung sind nach § 3 KHG vom KHG ausgenommen.

Bis Ende 2006 wurde der Aus- und Neubau von Hochschulen einschließlich **Hochschulkliniken** im Rahmen des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFVG) von Bund und Ländern als Gemeinschaftsaufgabe wahrgenommen. Infolge der Förderalismusreform wurde diese Regelung ab dem 1.1.2007 durch landesrechtliche Vorschriften ersetzt. Von 2007 bis 2019 stehen den Ländern jährliche Beträge aus dem Haushalt des Bundes zur Kompensation der weggefallenen Mittel zur Verfügung. Für den Zeitraum bis 2013 wurde das Gesamtvolumen auf 695,3 Mio. Euro festgelegt. 70 % dieser Summe werden entsprechend des Durchschnittsanteils eines jeden Landes im Zeitraum von 2000 bis 2003 auf die Länder verteilt. 30 % des Kompensationsvolumens stellt der Bund für überregionale Fördermaßnahmen im Hochschulbereich zur Verfügung. Die Mittel sind bis 2013 für die Aufgabenbereiche der bisherigen Mischfinanzierung zweckgebunden.

Voraussetzung für eine öffentliche Förderung ist die Anerkennung als Plankrankenhaus,<sup>466</sup> was wiederum die Aufnahme in den **Krankenhausplan** des zuständigen Landes voraus-

---

<sup>461</sup> Vgl. § 2 Abs. 2 KHG.

<sup>462</sup> Vgl. BMVBS (2006), S. 133; Genzel (2002), § 86 Rn. 86.

<sup>463</sup> Gefördert werden demnach „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können, ...“

<sup>464</sup> Vgl. weiterführend Mörsch (2007), S. 11 ff.

<sup>465</sup> Vgl. BMVBS (2006), S. 58, S. 133; Dabei handelt es sich u.a. um Tuberkulosekrankenhäuser (Nr. 4), nicht in einem Krankenhausplan erfasste Krankenhäuser (Nr. 5), Versorgungskrankenhäuser (Nr. 6), Kurkrankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Nr. 7), mit dem Krankenhaus verbundene Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Versorgung dienen (z.B. für den Krankenhausbetrieb nicht unerlässliche Unterkunfts- und Aufenthaltsräume) (Nr. 8).

<sup>466</sup> Gilt für Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1.

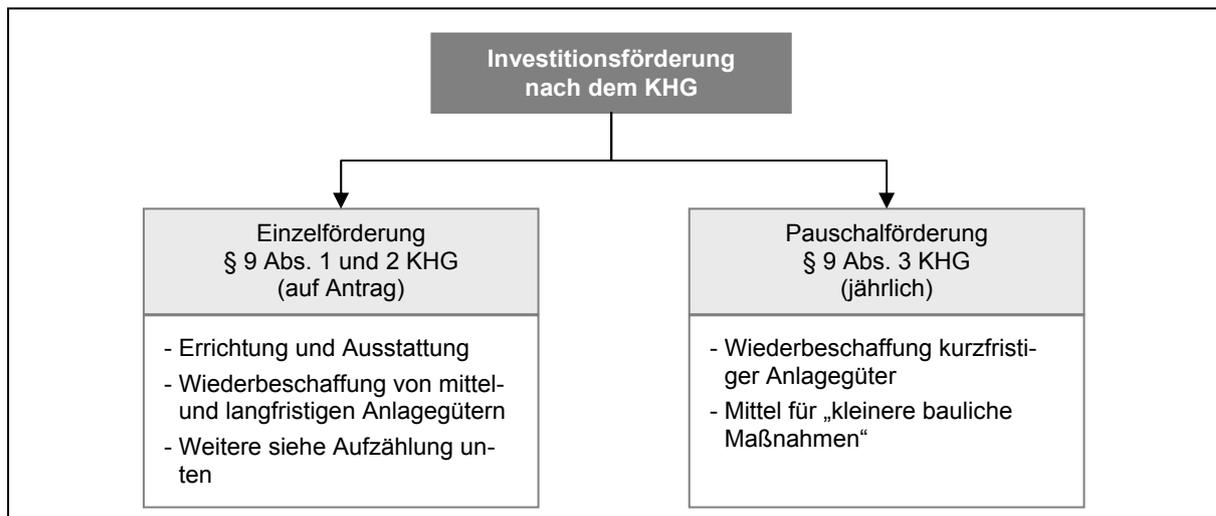
setzt.<sup>467</sup> Für die Inanspruchnahme von Investitionsmitteln ist darüber hinaus die Aufnahme in das Investitionsprogramm eines Landes erforderlich (§ 8 Abs.1 KHG).<sup>468</sup>

Wurde eine Maßnahme in einem **Investitionsprogramm** festgeschrieben, erhält der Krankenhausträger zunächst ein Anwartschaftsrecht auf öffentliche Förderung, die ihm eine gewisse Rechts- und Planungssicherheit verschaffen soll. Ein Anspruch auf Förderung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einer bestimmten Höhe ist damit allerdings nicht verbunden. Erst mit dem Bescheid auf Bewilligung von Fördermitteln verdichtet sich die Anwartschaft zu einem subjektiv-öffentlichen Recht auf Förderung in einer konkreten Beitragshöhe.<sup>469</sup> Der Zeitraum der Anwartschaft kann sich aufgrund der knappen Haushaltsmittel der Länder über mehrere Jahre erstrecken.

### 3.3.2.3 Unterscheidung von Einzelförderung und Pauschalförderung

Bei der Investitionsförderung für Plankrankenhäuser wird zwischen der Einzelförderung und der Pauschalförderung unterscheiden (siehe Abbildung 37). Nach § 9 KHG Abs. 1 fördern die Länder auf Antrag des Krankenhausträgers entstehende Investitionskosten als **Einzelförderung** insbesondere

1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren,



**Abbildung 37: Formen der Investitionsförderung nach dem KHG.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Jedersberger/ Altmann (2004), S. 21.

<sup>467</sup> Ein Plankrankenhaus ist demnach ein Krankenhaus, das in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist.

<sup>468</sup> Vgl. AOLG (2004), S. 5; Dabei ist § 8 Abs. 2 KHG zu beachten: „Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht.“

<sup>469</sup> Vgl. AG Krankenhauswesen der AOLG (2004), S. 5.

Ferner fördern die Länder Investitionskosten, entsprechend § 9 Abs. 2 KHG:

1. für die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde erfolgt,
2. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind,
4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,
5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern,
6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbstständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.

Die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter<sup>470</sup> sowie kleine bauliche Maßnahmen fördern die Länder entsprechend § 9 Abs. 3 KHG durch feste jährliche **Pauschalbeträge**, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann. Der Gesetzgeber gibt vor, dass die Pauschalbeträge nicht ausschließlich nach der Anzahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden dürfen und regelmäßig an die Kostenentwicklung anzupassen sind.

Die Rahmenregelungen des KHG zur Einzelförderung und zur Pauschalförderung sind in ihren Einzelheiten gemäß § 11 KHG in den Landeskrankengesetzen geregelt und werden gegebenenfalls durch landesspezifische Verordnungen ergänzt.<sup>471</sup> So werden die jährlichen Pauschalbeträge beispielsweise in Hessen anhand gewichteter Fallzahlen der Krankenhäuser ermittelt.<sup>472</sup>

#### 3.3.2.4 Praxis der Festbetragsförderung

Anstatt einer Vollförderung der Investitionskosten können die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 KHG eine teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren. In vielen Bundesländern besteht diese Möglichkeit der Förderung eines Festbetrages im Rahmen der so genannten Festbetragsförderung.<sup>473</sup>

Eine Festbetragsförderung liegt vor, wenn ein Krankenhaus zu den festgestellten Kosten einen Eigenanteil leistet. Bis auf wenige Ausnahmen setzen alle Krankenhausträger bei Inves-

---

<sup>470</sup> Vgl. Tuschen/ Trefz (2004), S. 48 und den dortigen Verweis auf die Abgrenzungsverordnung von 1978. Demnach weisen kurzfristige Anlagegüter eine durchschnittliche Nutzungsdauer von mehr als 3 und bis zu 15 Jahren auf.

<sup>471</sup> Vgl. Drotleff (2005), S. 18.

<sup>472</sup> Vgl. dazu HKHG § 25 Abs. 4 und als weiteres Beispiel die Regelung zur Festbetragsförderung in Nordrhein-Westfalen in § 24 Abs. 1 KHG NRW.

<sup>473</sup> Vgl. z.B. § 24 Abs. 3 HKHG 2002.

titionsmaßnahmen dieser Art Eigenmittel ein. In Hessen erfolgt beispielsweise im Rahmen der Einzelförderung nahezu ausschließlich eine Festbetragsfinanzierung.<sup>474</sup> Auch in den anderen Bundesländern weist diese Form der Förderung einen hohen Anteil auf.<sup>475</sup>

Mit der Festbetragsförderung sollen die Krankenhäuser einen besonderen **Anreiz** zur wirtschaftlichen Baudurchführung erhalten. In Hessen ist im § 24 Abs. 4 HKHG geregelt, dass dem Zuwendungsempfänger eventuelle Einsparungen zur eigenständigen Verwendung für weitere förderfähige Investitionsmaßnahmen verbleiben. Unterschreiten die Gesamtkosten den bewilligten Festbetrag, müssen die unter dem bewilligten Betrag liegenden Fördermittel nicht zurückgezahlt werden. Die Gelder sind zunächst der vom Krankenhaus zu bildenden Rücklage nach § 25 HKHG (Pauschale Fördermittel) zuzuführen und können vom jeweiligen Krankenhausträger eigenverantwortlich eingesetzt werden.<sup>476</sup> Neben Maßnahmen des so genannten „kleinen Bauaufwandes“ können die Mittel in Abstimmung mit der zuständigen Landesbehörde auch für weitere größere Investitionsmaßnahmen im Krankenhaus verwendet werden.<sup>477</sup>

Dem Anreiz des Verbleibes von erzielten Einsparungen im Krankenhaus und der Möglichkeit, diese für weitere Investitionen nutzen zu können, steht in der Förderpraxis die geringe Höhe des Festbetrages entgegen. Aufgrund der vielerorts schwierigen Haushaltsslage der Länder müssen die öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhausbauherren oft einen über 50 % hinausgehenden Eigenanteil übernehmen.<sup>478</sup> Verpflichtet sind die Länder lediglich zu einem Förderanteil in Höhe von 20 % der Investitionskosten.<sup>479</sup>

Nicht nur der hohe selbst aufzubringende Betrag an sich ist problematisch für die Krankenhausträger. Hinzu kommen Einschränkungen hinsichtlich des Einsatzes der Investitionsfördermittel. Wird von den Krankenhausträgern zur Finanzierung Fremdkapital benötigt, steht dieses seitens der Banken durchaus für den Gesundheitsbereich zur Verfügung. Soll dabei allerdings die Immobilie in das Eigentum des Investors übergehen, ist auf der Rechtsgrundlage z.B. des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalens die Zulässigkeit einer gleichzeitigen Finanzierung mit Fördermitteln fraglich.<sup>480</sup>

### 3.3.2.5 Rückgang der KHG-Fördermittel zur Investitionsfinanzierung

Die im KHG verankerte duale Finanzierung sieht eine Finanzierung von notwendigen Investitionen durch die Länder und Kommunen vor. Die Krankenhäuser haben einen formalen

<sup>474</sup> Vgl. Metzner/ Glanzer (2006), S. 1 ff.

<sup>475</sup> Im Jahr 2006 wurde die Kompetenzgruppe (KG) Gesundheitswesen der Projektarbeitsgruppe Öffentlich-Private Partnerschaft (PPP) der Fraktionen von CDU/CSU und SPD berufen, in der auch der Autor dieser Arbeit mitwirkte. Die KG hatte die Aufgabe, Empfehlungen für gesetzliche Veränderungen zum Abbau von rechtlichen Hemmnissen für den Einsatz von PPP im Gesundheitssektor zu entwickeln und auf diese Weise Anregungen zu Gesetzesinitiativen für das geplante PPP-Vereinfachungsgesetz zu geben, als Ergänzung des PPP-Beschleunigungsgesetzes vom 1.9.2005. Im Zuge der Arbeiten wurde u.a. eine Umfrage unter den Ländern zur Ausgestaltung der Festbetragsförderung durchgeführt. Diese zeigte, dass die Festbetragsförderung in allen Ländern in großem Umfang angewendet wird. Im Folgenden wird auf die Ergebnisse der Befragung und die Ergebnisse der KG insgesamt Bezug genommen.

<sup>476</sup> In diesem Zusammenhang besteht mit der Festbetragsförderung für die Krankenhausträger als auch die Behörde frühzeitig eine hohe Planungs- und Finanzierungssicherheit. Vgl. Banse (2006), S. 1.

<sup>477</sup> Vgl. Metzner/ Glanzer (2006), S. 1 ff.

<sup>478</sup> Vgl. Littwin/ Greive (2006), S. 1.

<sup>479</sup> Vgl. Köhler/ Storz (2004), S. 6.

<sup>480</sup> Vgl. Littwin/ Greive (2006), S. 1 ff.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhausfinanzierung

Rechtsanspruch auf eine zeitnahe Förderung mittels Zuschüssen zur Investitionsfinanzierung, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können.<sup>481</sup> Die zuständigen Länder kommen ihrer Verpflichtung allerdings nur ungenügend nach.<sup>482</sup> Da kein Anspruch auf einen bestimmten Zeitpunkt der Förderung besteht, wurden aufgrund der allgemeinen Haushaltsnotlagen die investiven Förderanteile in den Ländern stetig reduziert (vgl. Abbildung 38).<sup>483</sup>



**Abbildung 38: Investitionsförderung der Krankenhäuser durch die Länder 1991-2006.**

Quelle: Eigene Darstellung, Daten aus Mörsch (2007), S.86.

Im Jahr 2006 stellten die Länder insgesamt 2,72 Mrd. Euro zur Investitionsförderung nach § 9 KHG bereit. Verglichen mit den Investitionsfördermitteln 1991 ist ein realer Rückgang um über 44 % zu verzeichnen.<sup>484</sup> Im Durchschnitt sind die bereitgestellten KHG-Fördermittel seit 1994 jährlich um rd. 4 % p.a. zurückgegangen.<sup>485</sup> Für die Zukunft wird eine Fortsetzung dieser **rückläufigen Entwicklung** erwartet. So rechnet das RHEINISCH-WESTFÄLISCHE INSTITUT

<sup>481</sup> Vgl. Blum/ Schilz (2006), S. 107 ff.

<sup>482</sup> Vgl. Pföhler (2004), S. 648: „Die Investitionskostenfinanzierung ist Sache der Bundesländer, und die ziehen sich angesichts angespannter öffentlicher Haushaltslage seit Jahren zunehmend aus ihrer Verantwortung zurück. [...] Mit anderen Worten: Auf die staatlichen Investitionskostenfinanzierung im Krankenhauswesen ist kein Verlass mehr.“

<sup>483</sup> Vgl. Bremermann, et al. (2006), S. 366. Hierbei ist zu beachten, dass sich die Zahlungen der einzelnen Länder sehr stark unterscheiden und demnach nicht gleichermaßen für den Rückgang der Investitionsförderung verantwortlich sind.

<sup>484</sup> Vgl. DKG (2007a), S. 2.

<sup>485</sup> Vgl. Steiner/Mörsch (2005), S. 473 ff.

FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (RWI) damit, dass die KHG-Finanzierungsmittel der Länder bis 2010 jährlich um weitere 4,5 % sinken.<sup>486</sup> Ebenfalls gesunken ist der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt. Von 0,24 % im Jahr 1991 hat sich dieser Wert auf 0,12 % im Jahr 2006 halbiert.<sup>487</sup>

Anhand der Daten wird deutlich, dass die in vielen Krankenhäusern kurzfristig nötigen baulichen Umstrukturierungen auf dem konventionellen Weg der Investitionsförderung entsprechend § 9 KHG nicht realisierbar sind. Der bereits vorhandene Investitionsstau steigt weiter an und verursacht durch Verzögerung von Investitionen und reaktive Instandhaltung weiter steigende Betriebs- und Bewirtschaftungskosten. Damit ist oft auch ein Absinken der Leistungsfähigkeit bei der Patientenversorgung und der Attraktivität eines Klinikums für Patienten verbunden. Indem die Länder die Investitionsfinanzierung nicht mehr in dem erforderlichen Maße bereitstellen können, wird deutlich, dass **die Grenzen des dualistischen Systems der Krankenhausfinanzierung erreicht** sind.<sup>488</sup>

Aufgrund des bestehenden enormen Kapitalbedarfs und den dafür nur eingeschränkt zur Verfügung gestellten KHG-Fördermittel ist die zeitnahe Investitionsfinanzierung eines Großteils der Krankenhäuser nicht gesichert. Auf diese Weise hat sich die angespannte finanzielle Lage vieler Länder unmittelbar auf die Krankenhäuser ausgewirkt.<sup>489</sup>

Um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, alternative Beschaffungsvarianten, wie auch PPP, verstärkt bzw. überhaupt nutzen zu können, haben einige Länder Gesetzesänderungen vorgenommen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Initiativen in NRW und Hessen zu nennen.

### 3.3.2.6 Einsatz der Baupauschale in NRW

Da die Haushaltsmittel bereits durch Verpflichtungsermächtigung aus vorangegangenen Jahren ausgeschöpft waren,<sup>490</sup> wurde in den Jahren 2006 und 2007 in NRW kein Investitionsprogramm aufgestellt.<sup>491</sup> Ab 2008 wurde eine komplette Umstrukturierung der Investitionsfinanzierung vorgenommen. Die bisherige Einzelförderung wurde durch eine Baupauschale ersetzt.<sup>492</sup>

Mit der Baupauschale werden Investitionskosten für die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung sowie Kosten für die

---

<sup>486</sup> Vgl. Blum/ Schilz (2006), S. 107 ff.

<sup>487</sup> Vgl. Mörsch (2007), S. 58 ff.

<sup>488</sup> Aufgrund des „schleichenden Rückzugs“ der Länder aus der Investitionsfinanzierung wird immer wieder die Umstellung auf eine monistische Finanzierung „aus einer Hand“ diskutiert. Dabei würden die Krankenkassen zusätzlich zur bisherigen Finanzierung der Betriebskosten auch die Finanzierung von Investitionen übernehmen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat hierzu eine Expertise erstellen lassen, die Auswirkungen der Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung zu eruieren. Vgl. Rürup (2008).

<sup>489</sup> Vgl. zur finanziellen Lage der öffentlichen Hand: Endler et al. (2005), S. 10 ff.; Der Spiegel (2006): Die Schulden der öffentlichen Haushalte betragen derzeit 1,5 Billionen EUR. Damit wird fast jeder 6. Euro des Staates für Zinsen ausgegeben. Der Schuldenberg wächst pro Sekunde um 2.113 Euro.

<sup>490</sup> Vgl. MAGS (2007), S. 3. Die Vorbelastungen werden erst 2011 vollständig ausfinanziert sein.

<sup>491</sup> Vgl. zu Investitionsprogramm Abschnitt 3.3.2.2.

<sup>492</sup> Im Folgenden werden die Begriffe „Baupauschale“, „Investitionspauschale“ und „Bau-Investitionspauschale“ synonym verwendet, einhergehend mit der offiziellen Informationsbroschüre zur Umstellung der Krankenhausinvestitionsförderung in NRW. Vgl. MAGS (2007).

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhausfinanzierung

---

Wiederbeschaffung von langfristigen Anlagegütern<sup>493</sup> gefördert (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG). In § 21 KHGG ist festgelegt, wie die Pauschalmittel zu verwenden sind. In Absatz 1 ist geregelt, dass die Kosten förderfähig sind, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. Ausgenommen von einer Förderung sind dagegen entsprechend Absatz 2 die Investitionen, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung dienen. Gleiches gilt entsprechend Absatz 3 für die Kosten in Verbindung mit dem Grundstück.<sup>494</sup>

Insbesondere im Hinblick auf zukünftige PPP-Krankenhausprojekte sind mit der Einführung der Baupauschale die folgenden **Neuerungen** verbunden:

- Alle Plankrankenhäuser in NRW haben einen **Anspruch** auf die neue Bau-Investitionspauschale,<sup>495</sup> sodass für diese ein höheres Maß an Planungssicherheit erreicht wird als bisher. Uniklinika können die Baupauschale nicht in Anspruch nehmen.<sup>496</sup> Das Förderverfahren wurde im Vergleich zur bisherigen Einzelförderung erheblich vereinfacht und beschleunigt.<sup>497</sup> Die früheren, teilweise schwer nachvollziehbaren Entscheidungen, welche Einzelvorhaben gefördert werden und welche nicht, wurden damit abgeschafft.<sup>498</sup> Allerdings ist zu beachten, dass die neue Regelung erst 2011 vollständig greift. Für die Jahre 2008 bis 2010 gelten Übergangsregelungen, die nur eine Förderung ausgewählter Krankenhäuser vorsehen.<sup>499</sup>
- Des Weiteren ist zu beachten, dass die Höhe des zur Verfügung stehenden **Gesamtbudgets** für die Investitionspauschale jährlich neu festgelegt wird.<sup>500</sup> Damit ist die Planbarkeit des Mittelzuflusses für die Krankenhäuser begrenzt. Denn bei einer Verschlechterung der Finanzlage des Landes NRW ist auch eine Absenkung des zur Verfügung gestellten Gesamtbudgets möglich, verbunden mit Kürzungen für alle Krankenhäuser.
- Die Investitionspauschale kann zur **Finanzierung von Krediten** (Zins und Tilgung) eingesetzt werden.<sup>501</sup> Auch eine Verwendung für bereits aufgenommene Baukredite ist ausdrücklich erlaubt. Diese Neuerung ermöglicht es den Krankenhäusern die Gelder für langfristige Finanzierungen zu verwenden.<sup>502</sup> Neben der Finanzierung von Krediten wird

---

<sup>493</sup> Langfristige Anlagegüter weisen eine durchschnittliche Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren auf. Vgl. § 18 Abs. 1 Nr.1 KHGG.

<sup>494</sup> Dazu zählen gemäß § 21 Abs. 3 Nr. 2 KHGG die „Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung.“

<sup>495</sup> Vgl. MAGS (2007), S. 7. Maßgebendes Kriterium für die Förderfähigkeit eines Krankenhauses ist dessen Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes NRW.

<sup>496</sup> Entsprechend § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHGG sind Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden, nicht förderungsfähige Einrichtungen. Investitionen der Hochschulklinika werden stattdessen über direkte Zuwendungen des Landes finanziert. Vgl. weiterführend Abschnitt 3.3.2.1.

<sup>497</sup> Vgl. Jacob/ Kronsbein/ Neunzehn (2008), S. 186.

<sup>498</sup> Vgl. MAGS (2007), S. 7. So wurden in den Jahren 2004 und 2005 jährlich rund 50 Maßnahmen gefördert. Der Rest der 413 Krankenhäuser in NRW, immerhin 88 % der Häuser, hat auf Investitionsmittel verzichten müssen.

<sup>499</sup> Vgl. MAGS (2007), S. 8 - 9. Aufgrund noch bestehender Verpflichtungsermächtigungen werden die Krankenhäuser ab dem Jahr 2008 nach und nach in die neue Förderung aufgenommen. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Höhe der Förderungen in der Vergangenheit.

<sup>500</sup> Vgl. § 18 Abs. 2 Nr. 1. Demnach wird das zuständige Ministerium ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenministerium und anderen Beteiligten die Höhe der Pauschalbeträge zu bestimmen.

<sup>501</sup> Vgl. § 21 Abs. 5 KHGG; MAGS (2007), S. 7.

<sup>502</sup> Vgl. MAGS (2007), S. 7: das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW geht davon aus, dass die Krankenhäuser in NRW ca. den 10-fachen Betrag der Baupauschale als Kredit über eine Lauf-

auch die Finanzierung von Entgelten zur Nutzung von Anlagegütern ermöglicht.<sup>503</sup> Durch diese Öffnung werden kurzfristige Investitionen deutlich erleichtert.<sup>504</sup>

Im Rahmen von PPP-Projekten könnte ein Teil des jährlich an den privaten Partner zu zahlenden Leistungsentgeltes durch die Baupauschale abgedeckt werden, ohne dass diese Mittel durch ein Kreditinstitut finanziert werden müssten. Allerdings besteht kein Rechtsanspruch auf die jährliche Zahlung der Baupauschale.<sup>505</sup> Damit besteht auch nicht die Möglichkeit, die Forderungen aus der Baupauschale an ein Kreditinstitut abzutreten.<sup>506</sup>

- Die Gelder der Baupauschale können sehr **flexibel** eingesetzt werden. Werden die Gelder kurzfristig nicht benötigt, kann ein Krankenhaus diese ansparen oder einem anderen förderfähigen Krankenhaus in NRW übertragen.<sup>507</sup> Darüber hinaus kann die Pauschale für kurzfristige Anlagegüter bis zu einer Höhe von 30 % der Baupauschale für Investitionsmaßnahmen entsprechend § 18 Abs. 1 Nr. 1 verwendet werden.<sup>508</sup> Die Mittel müssen in jedem Fall nicht an das Land zurück gezahlt werden.<sup>509</sup>
- Die konkrete **Höhe der Baupauschale** richtet sich nach den medizinischen Leistungen jedes einzelnen Krankenhauses.<sup>510</sup> Bei der Messung der Krankenhausleistung wird die Zahl und Schwere der in einem Krankenhaus behandelten Fälle<sup>511</sup> ebenso berücksichtigt, wie besondere Entgelte und (vor allem bei Psychatrien) die Anzahl von Behandlungstagen.<sup>512</sup> Die Einzelförderung war bisher u.a. an die Bettenkapazität gebunden. Mit der Umstellung wird eine Loslösung von der Bettenanzahl als Bemessungsgröße der Investitionsmittel erreicht. Die bisher provozierten Überkapazitäten werden nun nicht mehr gefördert.

Trotz bestehender Einschränkungen bei der Verwendung der Mittel kann die Baupauschale zu einem neuen Schub für Krankenhaus-PPP in NRW beitragen. Auch in anderen Bereichen des öffentlichen Hochbaus wurde in NRW in den letzten Jahren auf eine Baupauschale umgestellt.<sup>513</sup> So waren die Erfahrungen mit einer pauschalierten Förderung im Schulbereich

---

zeit von 20 Jahren finanzieren können. Das Ministerium hat errechnet, dass die Krankenhäuser in NRW mit der Baupauschale insgesamt Investitionen in Höhe von bis zu 1,9 Mio. Euro finanzieren können.

<sup>503</sup> Vgl. § 21 Abs. 6 KHGG.

<sup>504</sup> Vgl. MAGS (2007), S. 11.

<sup>505</sup> Vgl. Koch (2008), S. 1. Entsprechend § 19 Abs. 2 KHGG NRW besteht nach schriftlichen Bewilligung der Mittel ein Förderbescheids ein Rechtsanspruch auf Förderung. Dieser Bewilligungsbescheid wird allerdings jährlich neu erlassen! In Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel des Landes sowie den Bemessungsgrundlagen für die Baupauschale kann der Betrag variieren.

<sup>506</sup> Vgl. Serwuschok (2008), S. 2. Demnach kann eine Finanzierung nicht (allein) auf der Baupauschale beruhen - denn diese ist neben der jährlich neuen Festlegung auch in ihrer Höhe unbestimmt - sondern muss auf die zukünftige wirtschaftliche Entwicklung eines Krankenhauses abstellen.

<sup>507</sup> Vgl. § 20 KHGG.

<sup>508</sup> Vgl. § 21 Abs. 9.

<sup>509</sup> Vgl. § 21 Abs. 4 KHGG. Demnach sind nicht verbrachte Pauschalmittel in den Folgejahren entsprechend dem jeweiligen Förderzweck zu verwenden.

<sup>510</sup> Vgl. MAGS (2007), S. 7.

<sup>511</sup> Dies erfolgt durch Berücksichtigung des Casemix (CM) der einzelnen Krankenhäuser.

<sup>512</sup> Vgl. MAGS (2007), S. 7.

<sup>513</sup> Eine Baupauschale existiert in NRW für den Schulbau (vgl. die Schulpauschale/ Bildungspauschale gemäß § 18 GFG), im Sportstättenbau (vgl. die Sportpauschale gemäß § 19 GFG) sowie allgemein zur Förderung investiver Maßnahmen von Gemeinden, Kreisen und Landschaftsverbänden (vgl. § 16 GFG).

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

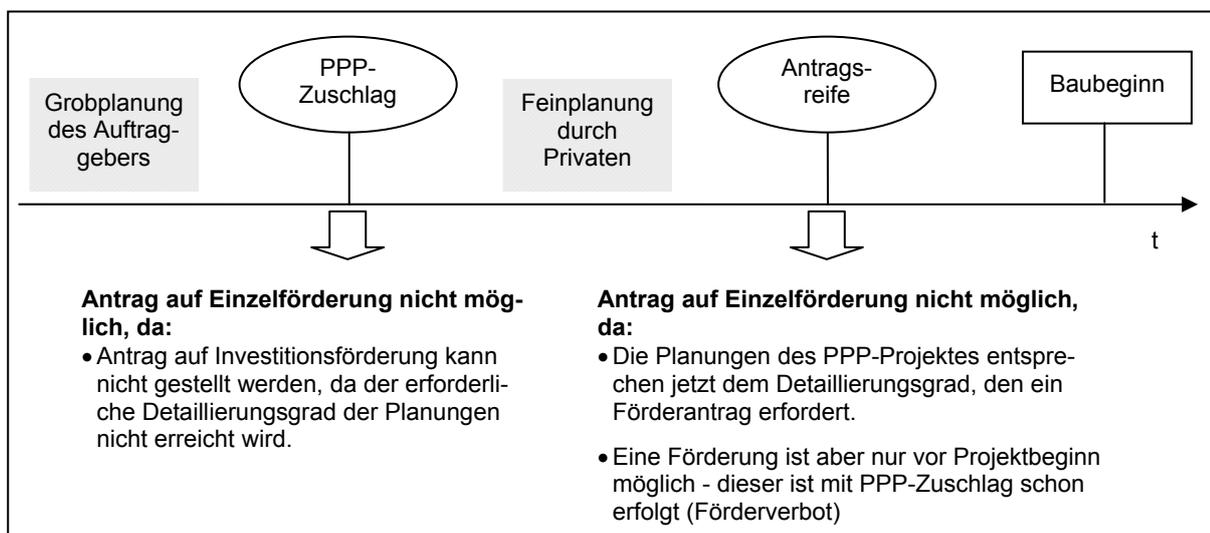
#### Krankenhausfinanzierung

sehr positiv.<sup>514</sup> Die Einführung der Schulpauschale<sup>515</sup> anstelle der vorherigen projektbezogenen Förderung hat in diesem Bereich zu einer deutlich vermehrten Nutzung von PPP als Beschaffungsvariante beitragen.

Insofern überwiegen aus Sicht der Krankenhäuser deutlich die Vorteile der neuen Baupauschale und es ist durchaus vorstellbar, diese Umstellung der Investitionsfinanzierung auf andere Länder zu übertragen oder gar bundesweit einzuführen. Es bleibt abzuwarten, wie sich diese Schaffung einer Quasi-Monistik in NRW<sup>516</sup> auf die Krankenhauslandschaft in NRW auswirkt und ob dieses Modell auch bundesweit Anerkennung findet.<sup>517</sup>

#### 3.3.2.7 Investitionsförderung von PPP in Hessen

In Hessen wurde erkannt, dass die bisherige Beantragung von Investitionsfördermitteln nicht vereinbar war mit den Erfordernissen der Ausschreibung und Vergabe eines PPP-Projektes.<sup>518</sup> Als hauptsächliches Hemmnis für PPP wurde die Nichtvereinbarkeit des Förderverfahrens der Einzelförderung<sup>519</sup> von Investitionsmaßnahmen (§ 24 HKHG) mit dem PPP-Beschaffungsprozess erkannt. Der bei der Beantragung der Fördermittel geforderte Detaillierungsgrad wurde bei PPP erst durch den privaten Partner nach Erteilung des Projektzuschlages erreicht. Eine Förderung des PPP-Projektes nach Auswahl des privaten Partners und erfolgter detaillierter Planung war ebenfalls nicht möglich, da ein haushaltsrechtliches Verbot zur Förderung bereits begonnener Projekte dem entgegenstand.<sup>520</sup> Die folgende Abbildung 39 stellt den bisherigen Konflikt vereinfacht grafisch dar.



**Abbildung 39: Inkompatibilität von Förderverfahren und PPP-Beschaffungsverfahren vor dem Jahr 2008 in Hessen, vereinfachte Darstellung.**

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an PwC (2007), S. 72.

<sup>514</sup> Vgl. Littwin (2006), S. 41, sowie die positiven Erfahrungen in den PPP-Pilotprojekte im Schulbereich in Frechen (Rhein-Erft-Kreis) vgl. dazu Cablitz/ Hoffmann (2006), S.398 und in Monheim am Rhein vgl. Cablitz/ Trost (2006), S. 404.

<sup>515</sup> Vgl. § 18 Abs. 1 ff. GFG 2003 in Verbindung mit Neumann/ Szabados (2006), S. 382.

<sup>516</sup> Vgl. Jacob/ Kronsbein/ Neunzehn (2008), S. 186.

<sup>517</sup> Vgl. hierzu auch Abschnitt 3.3.2.8.

<sup>518</sup> Vgl. PwC (2007), S. 71 ff.; Daube/ Alfen (2007), S. 208 ff.

<sup>519</sup> Vgl. zum Inhalt der Einzelförderung Abschnitt 3.3.2.3.

<sup>520</sup> Vgl. PwC (2007), S. 71 u. S. 137.

Daraufhin wurde das Hessische Krankenhausgesetz (HKHG) zum 1.1.2008 novelliert. Im Zuge der Gesetzesänderung wurden die § 23, 25, 27 und 30 HKHG angepasst und der § 35a HKHG neu eingeführt.<sup>521</sup> Demnach sind ab 2008 Investitionsmaßnahmen förderfähig, die im Rahmen alternativer Beschaffungsvarianten, wie öffentlich-privater Partnerschaften, verwirklicht werden. Als **Voraussetzungen** für eine Förderung wurden festgelegt:<sup>522</sup>

- Der Krankenhausträger hat die Umsetzung der geplanten Errichtungsmaßnahme als PPP beantragt.
- Die Errichtungsmaßnahme ist zur strukturellen Weiterentwicklung des Krankenhauses dringend erforderlich.
- Die Wirtschaftlichkeit der Maßnahme ist nachgewiesen.

Die Förderung der PPP-Maßnahme kann als Festbetrag oder durch feste Jahresbeträge erfolgen, wobei die Dauer der Einzelförderung auf maximal 25 Jahre begrenzt wurde.<sup>523</sup> Die Vereinbarkeit der Fördermittelbeantragung mit einem PPP-Verfahren wird dadurch erreicht, dass die Fördermittel bereits bewilligt werden können, sobald „die förderfähigen Kosten auf der Grundlage eines maßnahmenbezogenen Raum- und Funktionsprogramms nach pauschalen Kostenwerten ermittelt worden sind und die Maßnahme in ein Krankenhausbauprogramm aufgenommen worden ist.“<sup>524</sup> Bisher war PPP aufgrund der Unvereinbarkeit mit den Fristen des Antragsverfahrens in Hessen nicht möglich.

Durch die Gesetzesänderungen wurde die Möglichkeit zur Förderung von PPP im Krankenhausbau in Hessen geschaffen. Dabei geht Hessen einen anderen Weg als NRW. In Hessen hält man an der dualistischen Krankenhausfinanzierung fest und macht diese durch entsprechende Gesetzesänderungen „PPP-tauglich“.<sup>525</sup> Die Änderungen machen deutlich, dass der **politische Wille** zur Umsetzung von PPP-Projekten im Krankenhausbereich besteht. Dies zeigt sich auch an der hohen Förderung des geplanten PPP-Projektes der Hochtaunus-Kliniken. Das PPP-Projekt wird mit einer Einzelförderung in Höhe von 70 Mio. Euro ausgestattet. Die Summe entspricht der Hälfte der kalkulierten Investitionskosten.<sup>526</sup> Eine Breitenwirkung, wie dies in NRW möglich gemacht wurde, ist in Hessen allerdings aufgrund der weiterhin punktuellen Investitionsförderung nicht zu erwarten. Dabei ist aber zu beachten, dass die Krankenhäuser in Hessen einen weitaus geringeren Investitionstau aufweisen als in NRW, da in der Vergangenheit höhere Beträge zur Investitionsförderung zur Verfügung gestellt wurden.

### 3.3.2.8 Anpassung bundesgesetzlicher Vorgaben

Mitte 2008 wurde der Referentenentwurf für ein Krankenhausrahmengesetzes (KHRG) vorgelegt. Darin sind auch Änderungen der geltenden Investitionsfinanzierung enthalten.<sup>527</sup> Eine

<sup>521</sup> Vgl. Jacob/ Kronsbein/ Neunzehn (2008), S. 185.

<sup>522</sup> Vgl. § 35a Abs. 1 HKHG.

<sup>523</sup> Vgl. § 35a Abs. 2 HKHG. Dabei besteht die Beschränkung, dass die jährlich im Zuge von alternativen Beschaffungsformen zu zahlenden Fördermittel 30 % des Haushaltsvolumens nicht überschreiten dürfen.

<sup>524</sup> Vgl. § 35a Abs. 3 HKHG.

<sup>525</sup> Vgl. Jacob/ Kronsbein/ Neunzehn (2008), S. 186.

<sup>526</sup> Vgl. Biener (2008), S. 1 ff. sowie die Projektinformationen in Abschnitt 4.3.

<sup>527</sup> Vgl. BMG (2008a).

wesentliche Neuerung stellt der Vorschlag zur Einführung einer Investitionspauschale ab dem Jahr 2012 dar.<sup>528</sup> Die Einführung leistungsbezogener Investitionspauschalen würde der seit Anfang 2008 in NRW gültigen Regelung zur Baupauschale sehr nahekommen.<sup>529</sup> Für eine Regelung, den Ländern im KHG explizit die Möglichkeit einzuräumen, Investitionen über Pauschalbeträge zu fördern, spricht sich auch die deutsche Krankenhausgesellschaft aus. Demnach sollten die Krankenhäuser mit diesen Mitteln unter Beachtung der Zweckbindung frei wirtschaften können und damit auch der Einsatz zur Finanzierung von PPP-Projekten ermöglicht werden.<sup>530</sup>

Inwieweit die Bundesländer den mit der Einführung von Investitionspauschalen verbundenen Einschränkungen ihrer Finanzhoheit zustimmen würden, stand zum Abschluss dieser Arbeit noch nicht fest.

### 3.3.3 Finanzierung der Betriebskosten

Im Gegensatz zur Investitionsfinanzierung durch die Länder erfolgt die Finanzierung der laufenden Betriebs- und Behandlungskosten eines Krankenhauses durch die Krankenkassen und Beitragszahler.<sup>531</sup>

Ab 2004 wurde die Kostenabrechnung sukzessive auf das DRG-Vergütungssystem umgestellt, was einen fundamentalen Wandel in der Krankenhausfinanzierung bedeutete.<sup>532</sup> Mit der Umstellung wurde die zuvor geltende Selbstkostendeckung abgeschafft und eine Abkopplung der Erlöse von den krankenhaushausindividuell anfallenden Kosten erreicht.<sup>533</sup> Um die massiven Auswirkungen auf die Vergütung von Krankenhausleistungen nachvollziehen zu können, bedarf es des Verständnisses der Funktionsweise des DRG-Fallpauschalensystems.

#### 3.3.3.1 Einführung des DRG-Fallpauschalensystems

Seit 1972 das Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung im KHG verankert wurden, erfolgten bereits zahlreiche Veränderungen am dem System der Betriebskostenfinanzierung, jeweils mit dem Ziel, die Gesundheitsausgaben zu senken. Bisher erfolglos: Führende Forscher gehen in den kommenden Jahren bedingt durch den medizinischen Fortschritt und die demographische Entwicklung von einem weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben aus.<sup>534</sup>

Vor diesem Hintergrund entschied sich der Gesetzgeber im Jahr 2000 zur Einführung eines durchgängigen,<sup>535</sup> leistungsorientierten<sup>536</sup> und pauschalierenden<sup>537</sup> Entgeltsystems für die

---

<sup>528</sup> Es soll den Ländern aber dennoch weiterhin freigestellt werden, neben den Investitionspauschalen Krankenhausträgern auf Antrag auch Investitionsmittel im Rahmen der Einzelförderungen zur Verfügung zu stellen. Vgl. dazu BMG (2008a), S. 6 und die dort vorgeschlagene Neuregelung des § 8 Abs. 3.

<sup>529</sup> Vgl. Abschnitt 3.3.2.6.

<sup>530</sup> Vgl. DKG (2007), S. 14.

<sup>531</sup> Vgl. Abbildung 35; vgl. weiterführend Tuschen/ Trefz (2004), S. 6; Ennemann (2003), S. 28.

<sup>532</sup> Vgl. Steiner/Mörsch (2005), S. 473 ff.

<sup>533</sup> Vgl. Buscher (2005), S. 181 ff.; WR (2006), S. 7.

<sup>534</sup> Vgl. Niehaus (2006), S. 2.

<sup>535</sup> „Durchgängig“ meint, dass alle stationären Leistungen eines Krankenhauses zur Abrechnung herangezogen werden sollen und das Fallpauschalensystem für alle Patienten gleichermaßen gültig ist. Vgl. Busse (2007), S. 9.

allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen.<sup>538</sup> Mit dem verabschiedeten GKV-Gesundheitsreformgesetz<sup>539</sup> und dem damit neu geschaffenen § 17b KHG wurde die gesetzliche Grundlage für die Umstellung auf ein vollständiges<sup>540</sup> Fallpauschalensystem geschaffen.<sup>541</sup> Das erst wenige Jahre zuvor eingeführte Mischsystem aus Basis- und Abteilungspflegesätzen sowie Fallpauschalen und Sonderentgelten wurde dadurch zum 1. Januar 2003 abgelöst und durch ein Abrechnungssystem auf der Basis von Diagnosis Related Groups (DRG) ersetzt.<sup>542</sup>

2003 und 2004 wurde das deutsche DRG-Vergütungssystem zunächst budgetneutral umgesetzt.<sup>543</sup> Während 2003 die Krankenhäuser freiwillig die DRG-Abrechnung einführen konnten, war diese für 2004 obligatorisch. In den zwei Jahren konnten die Krankenhäuser Erfahrungen sammeln mit der neuen Abrechnungsmethode. Denn die DRGs wurden zwar für die Abrechnung verwendet und dadurch die potenziellen Auswirkungen sichtbar, die Höhe der Krankenhausbudgets wurde allerdings zunächst weiter wie zuvor bestimmt.<sup>544</sup>

2005 erfolgte mit dem Einstieg in die Konvergenzphase eine schrittweise Anpassung des krankenhausspezifischen Vergütungsniveaus an eine landeseinheitliche Vergütung.<sup>545</sup> Für viele öffentliche Krankenhäuser ist dieser Anpassungsprozess mit finanziellen Einbußen gegenüber den Abrechnungen der Vorjahre verbunden. Als Abschluss der Umstellung wurden ab dem 1. Januar 2009 grundsätzlich alle Krankenhausleistungen nur noch nach DRGs abgerechnet.<sup>546</sup>

### 3.3.3.2 Zuordnung zu diagnosebezogenen Fallgruppen

Bei diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, mit dessen Hilfe die Behandlungen von Patienten systematisch erfasst werden können und auf deren Basis die Vergütung einer Krankenausleistung errechnet werden kann.<sup>547</sup> Für die in Deutschland gültigen German-DRGs (G-DRGs) diente das australische Vergütungssystem (AR-DRGs) als Grundlage.<sup>548</sup>

<sup>536</sup> „Leistungsorientiert“ meint, dass nach Aufwand der Leistung vergütet wird - im Gegensatz zu tagesgleichen Pflegesätzen. Vgl. Busse (2007), S. 9.

<sup>537</sup> „Pauschalierend“ meint, dass gleichartige Fälle zu abrechnungsfähigen Fallgruppen zusammengefasst werden. Abrechnungsrelevant sind demnach nicht die tatsächlich Kosten eines Falls, sondern die durchschnittlichen. Vgl. Busse (2007), S. 9.

<sup>538</sup> Vgl. § 17b Abs. 1 KHG; mit Ausnahme der psychiatrischen Behandlungen.

<sup>539</sup> GKV ist die Abkürzung für Gesetzliche Krankenkassen.

<sup>540</sup> In Deutschland soll, von wenigen Ausnahmen wie den psychiatrischen Behandlungen abgesehen, nahezu der gesamte Krankenhausbereich mit dem DRG-Fallpauschalensystem erfasst werden. Dies ist weltweit einmalig, da die bisherigen DRG-Systeme z.B. in den USA oder Australien immer nur für Teilbereiche gelten. Vgl. weiterführend Simon (2000), S. 2 f. und Meyer-Lürssen/ Oeding (2002), S. 1.

<sup>541</sup> Vgl. Ennemann (2003), S. 32.

<sup>542</sup> Vgl. Simon (2000), S. 2.

<sup>543</sup> Vgl. § 17b Abs. 4 Satz 1 und Abs. 6 Satz 3.

<sup>544</sup> Vgl. Rothgang (2007), S. 25; Ennemann (2003), S. 32.

<sup>545</sup> Vgl. § 17b Abs. 3 Satz 5 KHG und § 4 KHEntgG in Verbindung mit Artikel 2 2.FPÄndG.

<sup>546</sup> Vgl. Rothgang (2007), S. 25; Eine Ausnahme von diesem Stichtag gilt für Krankenhäuser, die in der Konvergenzphase höhere Budgetanteile verlieren. Bei diesen wurde die Konvergenzphase bis zum 1.1.2010 verlängert. Vgl. dazu BMG (2008), S. 2.

<sup>547</sup> Vgl. InEK (2006), S. 1.

<sup>548</sup> Vgl. die gesetzlichen Bestimmung in § 17b Abs.4 Satz 2 und 6 Satz 2, die zunächst eine Übernahme der Werte des AR-DRG vorsehen, bis genügend Informationen aus deutschen Kostenerhebungen vorliegen, um sie

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhausfinanzierung

---

Anhand der DRG können behandelte Krankenhausfälle in (aufwands)homogene Gruppen eingeteilt werden.<sup>549</sup> DRGs stellen eine überschaubare Anzahl<sup>550</sup> von diagnosebezogenen Klassen dar, die sich allein hinsichtlich ihres klinischen Inhalts und des Ressourcenverbrauchs unterscheiden.<sup>551</sup> Auf diese Weise wird jedem Patienten für eine Behandlung genau eine DRG zugeordnet.<sup>552</sup>

Bei der Zuordnung eines Behandlungsfalls zu einer diagnosebezogenen Fallgruppe (DRG) können grob zwei Stufen unterschieden werden. Zunächst erfolgt die Einordnung eines Behandlungsfalls in eine Basis-Fallgruppe (**Basis-DRGs**) entsprechend der Spalten 1-3 in Abbildung 40.<sup>553</sup> Die Fälle einer solchen Gruppe weisen ähnliche medizinische Diagnosen auf und lassen sich daher hinsichtlich notwendiger klinischer Prozesse zu einer Klasse zusammenfassen. Sie unterscheiden sich lediglich anhand des Umfangs an eingesetzten Ressourcen.<sup>554</sup> Die Zuordnung zu einer Basis-DRG erfolgt auf der Grundlage einer **Hauptdiagnose**<sup>555</sup> und durchgeführter Prozeduren.<sup>556</sup>

In der zweiten Stufe erfolgt die Ableitung abrechenbarer DRG aus den Basis-DRGs (vgl. Spalte 4-6 in Abbildung 40). Dazu erfahren die Basis-Fallgruppen eine weitergehende Differenzierung, die insbesondere auf dem **patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL)**<sup>557</sup> beruht, der im Rahmen einer Zusatz- bzw. Nebendiagnose festgestellt wird. Entsprechend der Komorbidität<sup>558</sup> des Patienten und etwaiger Komplikationen während der Be-

---

gegen spezifisch deutsche Werte zu ersetzen.: Nach Meyer-Lüerssen/ Oeding (2002), S. 2, war bei der Entscheidung für die Übernahme eines bestehenden erprobten DRG-Systems die Überlegung maßgebend, dass eine Eigenentwicklung den zeitlichen Vorstellungen der Bundesregierung nicht entsprechen konnte. Den Ausschlag für die australische Systematik als Grundlage eigener Weiterentwicklungen gab die Tatsache, dass diese dem klinischen Alltag in Deutschland am ehesten entsprach. Im Vergleich zu anderen DRG-Systemen z.B. aus den USA waren zudem für das australische DRG-System keine Lizenzgebühren zu entrichten.

<sup>549</sup> Fälle mit ähnlichem Behandlungsaufwand werden einer Klasse zugeordnet, während Fälle mit ungleichem Behandlungsaufwand auch in verschiedene Klassen eingeordnet werden.

<sup>550</sup> Es werden im G-DRG Katalog 2007 insgesamt 1.082 diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) unterschieden. Im Jahr 2006 betrug die Anzahl der unterschiedenen DRGs 954, vgl. Niggemann (2007), S. 4.

<sup>551</sup> Vgl. InEK (2006), S. 2.

<sup>552</sup> Vgl. Rothgang (2007), S. 21.

<sup>553</sup> Weitere synonyme Bezeichnung für die Basis-DRGs sind Basis-Fallgruppe, ADRG oder Adjacent DRG.

<sup>554</sup> Vgl. InEK (2006), S. 4.

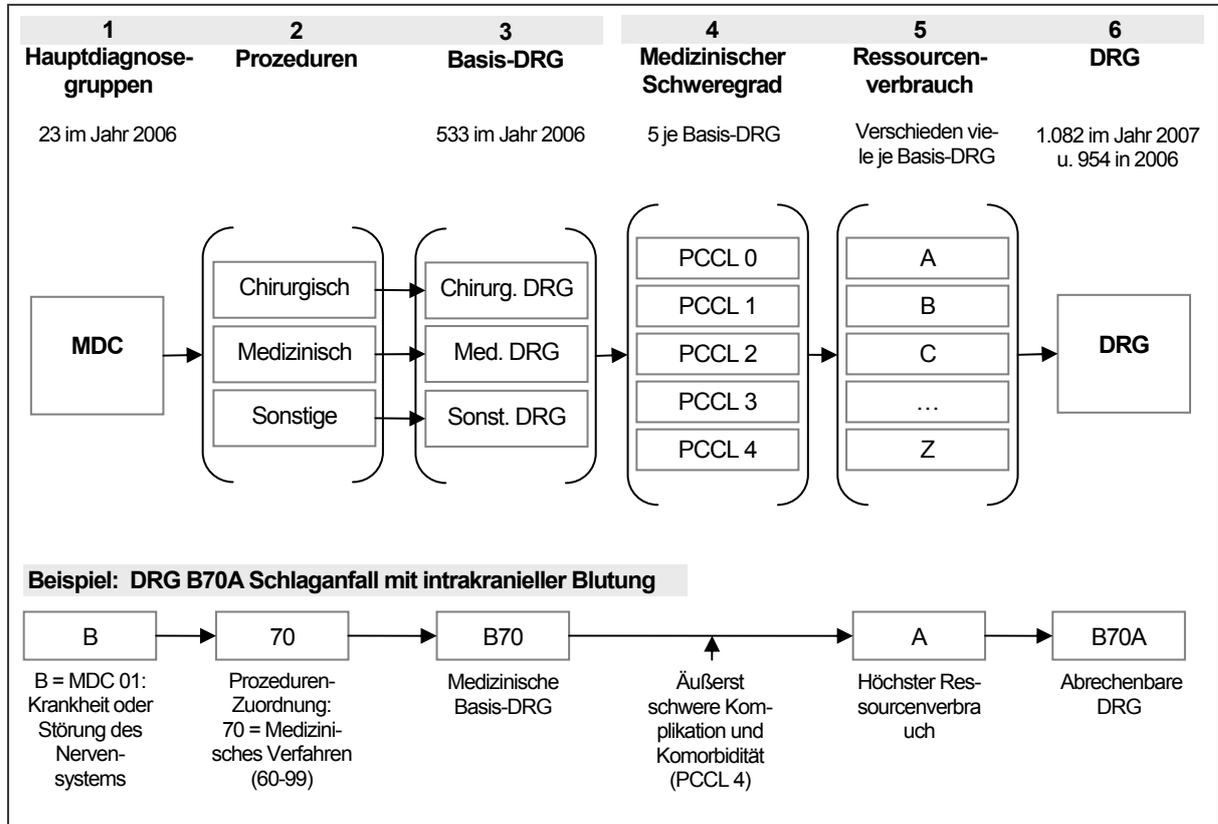
<sup>555</sup> Mit der Hauptdiagnose erfolgt die Einordnung einer Behandlung in eine Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Categories MDC), deren Differenzierung nach Organen, Organsystemen und Körperregionen erfolgt, z.B. MDC1: Nervensystem, MDC2: Augen, MDC3: Hals-Nase-Ohren, MDC4: Atmungsorgane usw.

<sup>556</sup> In den Prozeduren werden alle Behandlungsmaßnahmen (z.B. Operationen) verschlüsselt. Mittels der Prozeduren erfolgt eine weitere Unterteilung der Fälle. Bei Prozeduren werden drei Teilbereiche (so genannte Partitionen) unterschieden: Partition O= operative (chirurgische) Verfahren (Code 01-39), Partition A= sonstige (andere) nicht-operative Verfahren, d.h. diagnostisch oder therapeutische Eingriffe ohne Belegung eines OP-Saals (Code 40-59) und Partition M= medizinische (konventionelle) Verfahren (Code 60-99). Nach Festlegung der Prozeduren kann aus ein Fall einer Basis-DRG zugeordnet werden. Vgl. Fleßa (2007a), S. 18.

<sup>557</sup> PCCL = patient clinical complexity level bzw. Patientenbezogener Gesamtschweregrad. Schweregrade von Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CCL) sind Schweregrad-Stufen, die für alle Nebendiagnosen vergeben werden. Es werden bis zu vier Stufen unterschieden, zwischen CCL=0 (keine Komplikationen oder Komorbiditäten) und CCL=4 (äußerst schwere CC). Die verschiedenen bei einem Patienten vorliegenden CCL werden dann zu einem PCCL zusammengefasst (vgl. Rothgang (2007), S. 27 ff.). Der PCCL bildet den kumulativen Effekt mehrerer CCLs je Behandlungsfall ab. Die Ermittlung erfolgt in einem komplexen Verfahren, um zu vermeiden, dass ähnliche Konstellationen von CCs mehrfach gewertet werden. Vgl. weitergehend InEK (2006), S. 6 ff.

<sup>558</sup> Unter dem Begriff der Komorbidität wird das Vorhandensein einer oder mehrerer diagnostisch abgrenzbarer Krankheitsbilder verstanden, die zusätzlich zu einer Grund- bzw. Haupterkrankung auftreten.

handlung werden bis zu vier Stufen innerhalb einer Basis-Fallgruppe unterschieden.<sup>559</sup> Neben der Differenzierung nach dem medizinischen Schweregrad einer Behandlung werden bei der Unterscheidung der DRGs innerhalb einer Basis-DRG weitere patientenspezifische Faktoren berücksichtigt.<sup>560</sup>



**Abbildung 40: Grundprinzip der Zuordnung von Behandlungen zu einer abrechenbaren DRG.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Fleßa (2007a), S. 27; Fleßa (2007b), S. 37; Rothgang (2007), S. 28; Meyer-Lüerssen/ Oeding (2002), S. 1.

Auf der Basis der vorgestellten Merkmale wird die Behandlung mittels eines definierten Gruppierungsalgorithmus automatisiert durch ein testiertes Softwareprogramm (Grouper) einer (Einzel-)DRG zugewiesen. Auf diese Weise wird jedem Patienten für eine Behandlung genau eine DRG zugeordnet.<sup>561</sup>

<sup>559</sup> Die Skala des patienteneigenen Schweregrades PCCL reicht von Level 4=lebensbedrohliche (schwerste) Komplikation oder Komorbidität (höchster Ressourcenverbrauch) bis zu Level 0=keine Nebenerkrankungen oder Komplikationen (niedrigster Ressourcenverbrauch), vgl. Rothgang (2007), S. 27.

<sup>560</sup> Dazu zählen u.a. das Alter, das Geschlecht, Art der Aufnahme, die Verweildauer, die Anzahl der Diagnosen, die Beatmungstunden und der Entlassungsgrund des Patienten. Vgl. InEK (2006), S. 9; Fleßa (2007a), S. 25.

<sup>561</sup> Vgl. Rothgang (2007), S. 21.

### 3.3.3.3 Krankenhausvergütung auf Basis von DRGs

Ursprünglich wurden DRGs als Instrument zur medizinischen Dokumentation und Qualitätssicherung entwickelt. Heute dagegen werden DRGs darüber hinaus weltweit<sup>562</sup> im Rahmen von Fallpauschalensystemen zur Vergütung von Krankenhausleistungen eingesetzt.<sup>563</sup>

Dies wird erreicht, indem den DRGs relative Gewichtungen (Relativgewichte)<sup>564</sup> bezogen auf eine Bezugsleistung zugeordnet werden. Bei den G-DRG werden die durchschnittlichen Kosten aller Behandlungsfälle als Bezugsleistung herangezogen.<sup>565</sup> Diese Standard-Fallkonstellationen erhalten ein Relativgewicht von 1,0.<sup>566</sup> Verursacht eine Behandlung vergleichsweise hohe Kosten, wird dies durch ein Relativgewicht über 1,0 deutlich und umgekehrt.

Die Summe aller Relativgewichte, die in einem definierten Zeitraum von einem Krankenhaus abgerechnet wurde, wird **Case-Mix** (CM) genannt. Diese Größe beschreibt den ökonomischen Gesamtaufwand eines Krankenhauses. Teilt man diesen Wert durch die Gesamtfallzahl eines Krankenhauses, erhält man den **Case-Mix-Index** (CMI), eine dimensionslose Größe, aus der die durchschnittliche ökonomische Fallschwere abgelesen werden kann. Der Case-Mix-Index dient als Indikator für die Leistung und den adäquaten Ressourcenverbrauch des Krankenhauses (vgl. Formel 1). Der CMI eines durchschnittlichen Krankenhauses beträgt demnach 1,0. Liegt der CMI darüber, weist das Krankenhaus ein aufwendiges Leistungsspektrum auf (z.B. Uniklinika). Ein CMI unter 1,0 deutet auf ein einfaches Leistungsspektrum hin (z.B. Krankenhaus der Grundversorgung).<sup>567</sup>

$CM = \sum_{i=1}^n CW(i)$	$CMI = \frac{CM}{n}$	<p><u>Legende:</u></p> <p>CM     Case-Mix</p> <p>CMI    Case-Mix-Index</p> <p>n      Zahl der Fälle im Krankenhaus in e. Periode</p> <p>CW (i) Cost Weight von Fall i (Relativgewicht)</p>
---------------------------	----------------------	--

**Formel 1: Berechnung von Case-Mix und Case-Mix-Index.**

Quelle: Eigene Darstellung.

<sup>562</sup> In Europa wird das DRG-System in vielen Ländern in verschiedenen Formen und Umfängen eingesetzt. Die Entwicklung von Patientenklassifikationssystemen begann Ende der 1970er Jahre von Fetter an der Yale Universität in den USA. Von den entwickelten Ansätzen (DRGs, Disease Staging, Patient Management Categories) hat sich das DRG-System weltweit durchgesetzt. Vgl. u.a. Fleßa (2007b), S. 7; Rothgang (2007), S. 14.

<sup>563</sup> Vgl. Rothgang (2007), S. 13 und 14.

<sup>564</sup> Synonym sind Bewertungsrelation, Kostengewicht, cost-weight; als Abkürzung ist „CW“ üblich. vgl. Fleßa (2007b) S. 55.

<sup>565</sup> Alternativ zu den durchschnittlichen Kosten kann auch eine fest definierte Leistung als Bezugsleistung definieren. Diesem Ansatz folgend stellt in anderen Ländern, wie Frankreich, die „Entbindung ohne Komplikationen“ als am besten standardisierte Krankenhausleistung die Bezugsgröße (1.000 Punkte) dar. Vgl. Fleßa (2007b), S. 55; Meyer-Luerssen/ Oeding (2002), S. 3.

<sup>566</sup> Vgl. Fleßa (2007b), S. 55.

<sup>567</sup> Vgl. Fleßa (2007b), S. 59; Vgl. Niggemann (2007), S. 23; Vgl. Blum et al. (2008), S. 11: Im Jahr 2007 lag der Gesamtwert aller Krankenhäuser bei einem CMI von 1,04. Da der CMI positiv mit der Größe eines Krankenhauses korreliert, ergibt sich je nach Bettenkapazität der Häuser ein unterschiedlicher Wert. Demnach lag der CMI bei der Gruppe von Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten bei 0,96, bei den Kliniken mit 200 bis 599 Betten bei 1,02 und bei Krankenhäusern ab 600 Betten bei 1,18.

Um eine Aussage zur **Leistungsfähigkeit** eines Krankenhauses treffen zu können, ist die Relation zu dessen Budget herzustellen. Zu diesem Zweck ist der **Basisfallwert**<sup>568</sup> zu bestimmen (vgl. Formel 2), der ein Maß für den durchschnittlichen Erlös je Behandlungsfall in einem Krankenhaus darstellt.

$$\text{Basisfallwert} = \frac{\text{DRG} - \text{Budget}}{\text{Case Mix}}$$

**Formel 2: Grundformel zur Bestimmung des Basisfallwertes.**

Quelle: Eigene Darstellung.

In den budgetneutralen Jahren 2003 und 2004 erfolgte die Festlegung des Basisfallwertes krankenhausspezifisch durch Verhandlungen zwischen Krankenhaus und Kostenträgern.<sup>569</sup> Das Gesamtbudget wurde auf der Basis des vereinbarten Gesamtbetrages des vorhergehenden Jahres unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung und des technischen Fortschrittes festgelegt. Vereinfacht dargestellt, wurde der **Basisfallwert** eines Krankenhauses entsprechend Formel 2 als Quotient aus dem krankenhausspezifischen Gesamtbudget und der Summe der Relativgewichte (Case Mix) des Krankenhauses ermittelt.

Ab 2009 gilt in allen Krankenhäusern eines Bundeslandes ein einheitlicher Basisfallwert.<sup>570</sup> In der Konvergenzphase der Jahre 2005-2008 fand eine allmähliche Anpassung von einem krankenhausspezifischen Basisfallwert an einen landesweiten Basisfallwert statt.<sup>571</sup> Um Härtefälle zu vermeiden, wurden **Übergangsregelungen** entsprechend der Abbildung 41 getroffen, die eine gestaffelte Übernahme des landesweiten Basisfallwertes vorsahen.

<sup>568</sup> Synonyme für Basisfallwert sind Base Rate, Basis Rate, Basisfallkosten, Punktwert. Vgl. Fleßa (2007b), S. 60.

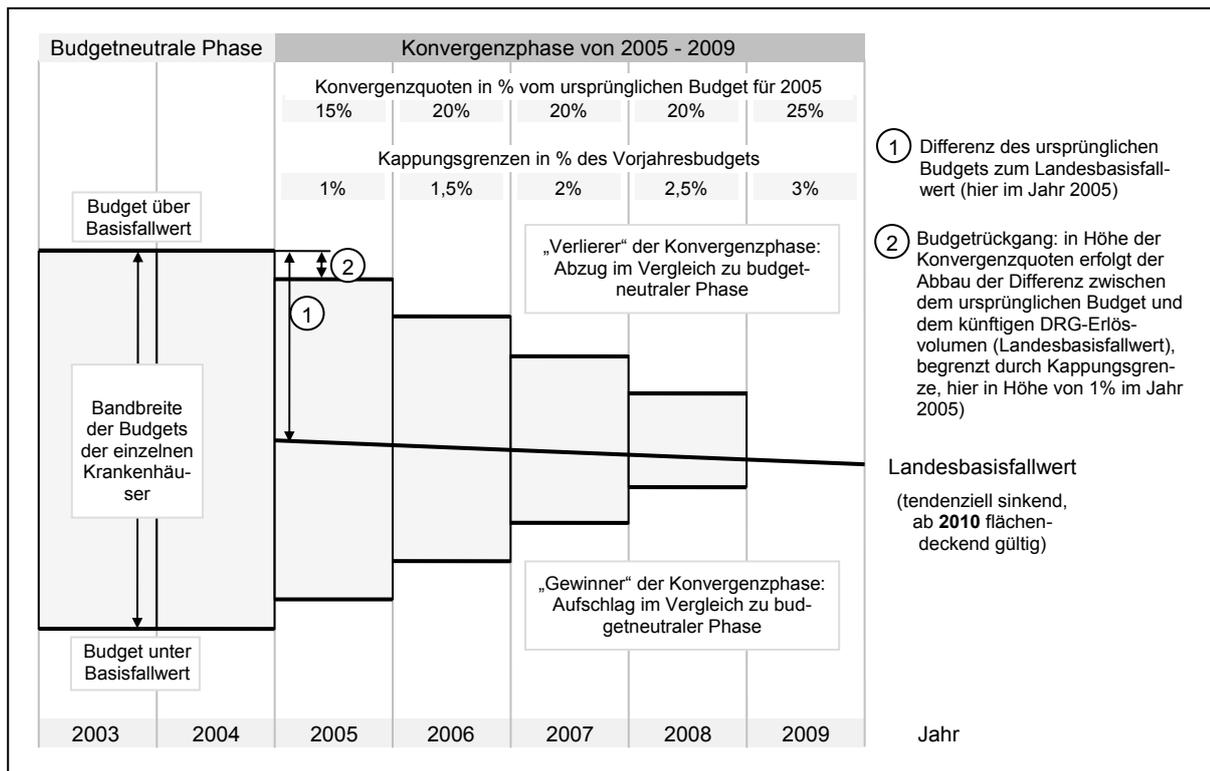
<sup>569</sup> Die in den Krankenhäusern ermittelten Basisfallwerte der Jahre 2003 und 2004 hatten keinen Einfluss auf das Gesamtbudget eines Krankenhauses.

<sup>570</sup> Langfristig ist auch die Festlegung eines bundesweiten Basisfallwertes denkbar. Vgl. Niggemann (2007), S. 4; Der Referentenentwurf für das KHRG sieht für den Zeitraum von 2010 bis 2014 die Festlegung eines Basisfallkorridors vor, um eine schrittweise Angleichung der unterschiedlich hohen Basisfallwerte zu erreichen. Vgl. zur dementsprechend angestrebten Anpassung des § 10 Abs. 8 KHG die Veröffentlichungen BMG (2008a), S. 21 als auch BMG (2008b), S. 3.

<sup>571</sup> Die Festlegung des Landesbasisfallwertes erfolgt jährlich prospektive bis zum 31.10. in Verhandlungen zwischen Landeskrankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen etc., vgl. § 10 KHEntG und Niggemann (2007), S. 14.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhausfinanzierung



**Abbildung 41: Budgetermittlung in der Konvergenzphase.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Niggemann (2007), S. 9; Fleßa (2007b), S. 135.

In diesem Zusammenhang wurde die Abweichung des Gesamtbudgets eines Krankenhauses im Vergleich zum Budget des letzten Jahres begrenzt.<sup>572</sup> In so genannten **Konvergenzschritten** wurden die jährlichen Prozentsätze festgelegt, in denen die Differenz zwischen den ursprünglichen Budgets im Jahr 2005 und dem landesweiten Basisfallwert abgebaut wird. Es wurde festgelegt, dass 2005 15%, 2006-2008 je 20% und 2009 die restlichen 25% (zusammen 100%) der Differenz angepasst werden.<sup>573</sup>

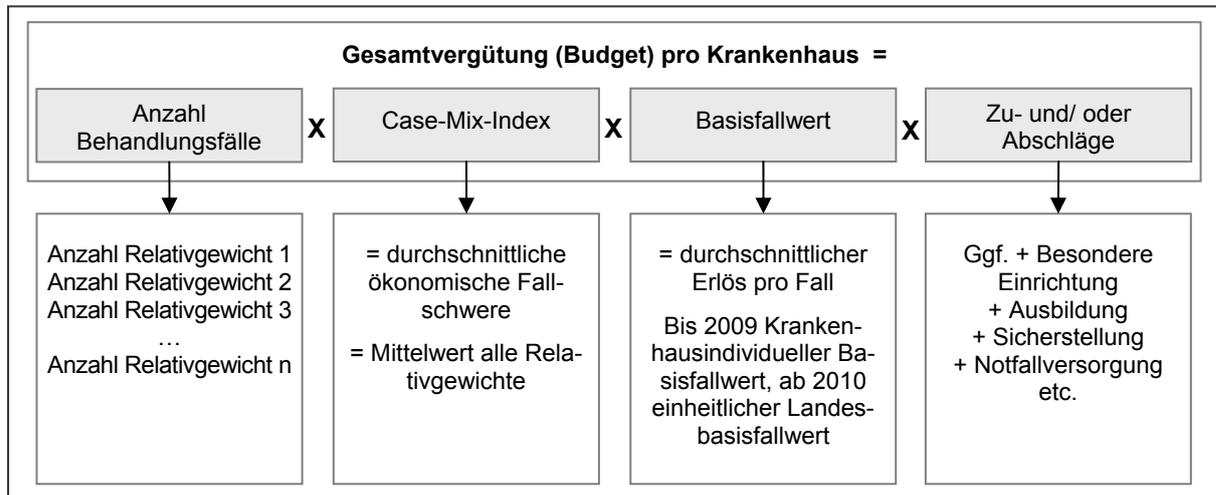
Als weitere Maßnahme wurden **Kappungsgrenzen** als Obergrenzen für eine Budgetminderung vorgegeben (vgl. Abbildung 41). Dieser besondere Schutz kommt „teuren“ Krankenhäusern, und damit in erster Linie den Maximalversorgern zugute.<sup>574</sup> Erst 2010 und damit ein Jahr später als der letzte Konvergenzschritt erfolgt keine Begrenzung eines Budgetabbaus

<sup>572</sup> Vgl. Niggemann (2007), S. 9; Fleßa (2007b), S. 136 ff.

<sup>573</sup> Ein Beispiel für das Jahr 2005 soll die allmähliche Anpassung verdeutlichen. Das Budget eines Krankenhauses für das Jahr 2004 betrug 10.000.000 Euro, der für 2005 geplante Case Mix lag bei 3.125 und der landesweite Basisfallwert betrug 2.900 Euro. Daraus hätte sich für das Jahr 2005 mit einem krankenhausindividuellen Basisfallwert von 3.200 Euro ( $10.000.000 \text{ Euro} / 3.125$ ) eine Zielabweichung von -300 Euro (2.900 Euro - 3.200 Euro) ergeben. Angeglichen wurde im Jahr 2005 15 % der Zielabweichung. Der Angleichbetrag hätte demnach -45 Euro ( $-300 \text{ Euro} * 0,15$ ) betragen. Der krankenhausindividuelle Basisfallwert hätte dementsprechend im Jahr 2005 bei 3.155 Euro ( $3.200 \text{ Euro} - 45 \text{ Euro}$ ) gelegen. Das Gesamtbudget für das Jahr 2005 hätte 9.859.375 Euro ( $3.125 * 3.155 \text{ Euro}$ ) betragen. Vgl. weitere Beispiele in Niggemann (2007), S. 9 ff. und Fleßa (2007b), S. 132 ff.

<sup>574</sup> Für das Jahr 2005 wurde damit der Budgetrückgang auf maximal 1 % des Vorjahresbudgets begrenzt. In den folgenden Jahren stieg der Wert allmählich an: 2006 (1,5 %), 2007 (2 %), 2008 (2,5), 2009 (3 %). Vgl. Fleßa (2007b), S. 138; Bezogen auf das oben begonnene Beispiel würde die Kappungsgrenze für das 2005 in Höhe von 1 % den Budgetverlust auf 100.000 Euro ( $10.000.000 * 0,01$ ) beschränken. Als Gesamtbudget wäre demnach anstatt 9.859.375 Euro ein Betrag von 9.900.000 Euro an das Krankenhaus geflossen.

mehr, womit der Landesbasisfallwert dann flächendeckend gilt.<sup>575</sup> Die sich dann ergebende Zusammensetzung der Gesamtvergütung eines Krankenhauses im DRG-System wird in der Abbildung 42 schematisch dargestellt.



**Abbildung 42: Krankenhausvergütung auf Basis der DRGs.**<sup>576</sup>

Quelle: In Anlehnung an Kortevoß (2005), S. 44.

### 3.3.3.4 Finanzierung von Instandhaltungskosten

Die Instandhaltungskosten<sup>577</sup> stellen wie die Betriebskosten im Allgemeinen keine Investitionskosten dar und werden daher über die Pflegesätze, die zweite Säule des dualen Finanzierungssystems, abgedeckt.<sup>578</sup> Vor Einführung der DRGs galt es, verschiedene Arten von Instandhaltungskosten abzugrenzen (vgl. Abbildung 43).

<sup>575</sup> Insgesamt wurde die DRG-Einführung in Deutschland von heftigen Diskussionen begleitet. Vgl. stellvertretend für eine Vielzahl die folgenden Quellen mit weiterführenden Informationen und Diskussion der DRG-Einführung: Simon (2000); Niggemann (2007); Blum et al. (2006) mit einer Umfrage unter Krankenhäusern zu den Erfahrungen und der Zufriedenheit mit der DRG-Einführung; VUD (2007) mit einer Stellungnahme der Universitätskliniken zur DRG-Einführung.

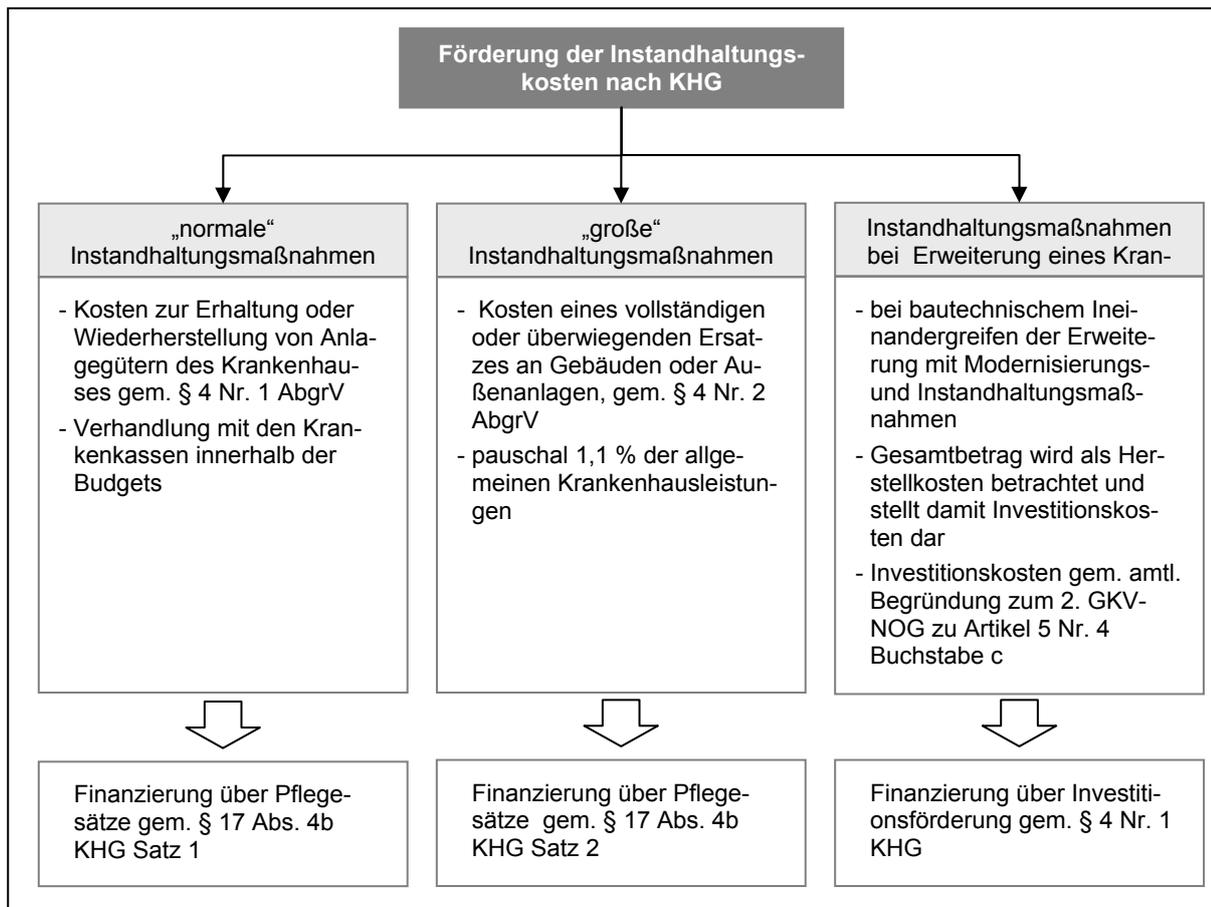
<sup>576</sup> Die in der Abbildung aufgezeigten Multiplikatoren „Anzahl der Behandlungsfälle“ und „Case-Mix-Index“ können auch das Produkt beider, den Case Mix dargestellt werden.

<sup>577</sup> Laut § 4 Abs. 1 AbgrV sind „Instandhaltungskosten ... die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses, wenn dadurch das Anlagegut in seiner Substanz nicht wesentlich vermehrt, in seinem Wesen nicht erheblich verändert, seine Nutzungsdauer nicht wesentlich verlängert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus nicht deutlich verbessert wird.“ Der verwendete Oberbegriff der »Instandhaltung« wird dabei im Sinne der Erhaltung und Instandsetzung, d.h. der Wiederherstellung von Anlagegütern, verwendet. Vgl. auch zum Begriff der Instandhaltungskosten Tuschen/ Trefz (2004), S. 52.

<sup>578</sup> Vgl. das Grundsystem der dualen Finanzierung im Krankenhauswesen in Abschnitt 3.3.1.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhausfinanzierung



**Abbildung 43: Formen der Förderung von Instandhaltungskosten.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Nach Abschluss der sukzessiven Einführung des DRG-Fallpauschalensystems werden die Instandhaltungskosten nun wie andere Betriebskosten eines Krankenhauses in die Fallpauschalen einkalkuliert.<sup>579</sup> Die prinzipielle Finanzierung der Instandhaltungskosten als Teil der Betriebskosten über die Krankenkassen bleibt dabei unverändert bestehen. Damit ergeben sich die Erlöse eines Krankenhauses allein auf der Grundlage von landeseinheitlichen DRG-Fallpauschalen. Das Krankenhausbudget wird nicht mehr durch die Höhe der anfallenden Instandhaltungsaufwendungen beeinflusst.<sup>580</sup>

Durch die Umstellung auf DRG-Fallpauschalen müssen die öffentlichen Krankenhäuser mit zusätzliche Erlösabsenkungen rechnen. In vielen öffentlichen Krankenhäusern öffnet sich die Schere zwischen Erlösen und Kosten damit noch weiter.<sup>581</sup> Bei unwirtschaftlich agierenden Krankenhäusern besteht die Gefahr, dass die DRGs nicht ausreichen, die anfallenden Kosten zu decken. Agieren diese Krankenhäuser mittel- bis langfristig weiterhin unwirtschaftlich, sind sie in ihrer Existenz gefährdet. Schließungen werden sich nicht in jedem Fall abwenden lassen. Denn durch die DRGs wurde der Wettbewerb um den Patienten zwischen den Krankenhäusern weiter verschärft, was auch das Ziel der neuen Verordnung ist. Öffentliche Häuser müssen sich nun mit frei-gemeinnützigen und einer stetig steigenden Anzahl privater

<sup>579</sup> Vgl. Andree (2006), S. 6.

<sup>580</sup> Vgl. Tuschen/ Trefz (2004), S. 55.

<sup>581</sup> Vgl. MWK-BW (2003), S. 7.

Krankenhäuser sowohl bezüglich der Qualität der medizinischen Versorgung als auch hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit messen lassen.

Die Neuerungen durch die Umstellung der Betriebskostenfinanzierung auf DRGs bietet aber auch Chancen. Da die DRG-Fallpauschalen nicht mehr an die tatsächlichen Kosten eines Krankenhauses, sondern an dessen Leistungen gekoppelt sind, führen Kosteneinsparungen im Betrieb nicht unmittelbar zu einer Absenkung der Erlöse. Ist es mit einem PPP-Projekt möglich, die Betriebskosten eines Krankenhauses zu senken, können diese Kosteneinsparungen einen Beitrag zur Refinanzierung der getätigten Investitionen leisten. Ob dieser Effekt in einem konkreten Projekt genutzt werden kann und wie sich dieser gegenüber etwaigen Finanzierungskosten verhält, ist im Vorfeld konkreter Projektplanungen zu untersuchen.

### 3.3.4 Investitionsbedarf öffentlicher Krankenhäuser

Die Umstellung auf das DRG-System als eine der größten strukturellen Veränderungen der Krankenhausfinanzierung in Deutschland überhaupt hat insbesondere bei öffentlichen Krankenhäusern einen enormen Kostendruck im Bereich des Krankenhausbetriebs ausgelöst. Um der durch die neue Systematik geforderten wirtschaftlicheren Ausrichtung Rechnung zu tragen, ist eine auf die Behandlungsprozesse und Arbeitsabläufe in einem Krankenhaus ausgerichtete Gebäudestruktur und -infrastruktur unabdingbar. Der Baukörper des Krankenhauses und die Anpassung dieses an neue Behandlungserfordernisse rückt dabei in den Vordergrund.

In vielen Fällen, in denen die vorhandene Baustruktur (insbes. bei der sog. Pavillonbauweise der 70er Jahre) als unwirtschaftlich erkannt wurde,<sup>582</sup> sind die öffentlichen Krankenträger darauf angewiesen, die veraltete Gebäudeinfrastruktur gegen eine den heutigen Anforderungen entsprechende zu ersetzen, um nachhaltige Kostenoptimierungen erzielen zu können.<sup>583</sup> Durch bauliche Verdichtungen können mittel- und langfristig massive Struktureffekte erzielt und Rationalisierungsreserven erschlossen werden.

Ohne bauliche Veränderungen stellen sich die Steigerungen der Wirtschaftlichkeit als stark begrenzt dar, da durch die Baustruktur eines Klinikums wesentliche Parameter des Betriebs vorgegeben werden und im Rahmen einer Modernisierung oder eines Umbaus nur bedingte Anpassungen möglich bzw. wirtschaftlich durchführbar sind.<sup>584</sup>

Durch die Umstellung auf die DRG-Fallpauschalen wurde ein Veränderungsdruck ausgelöst, der vielfältige neue Investitionen erforderlich machte. Aber auch die starke Neubautätigkeit der Nachkriegsjahre und die daraus resultierenden gleichzeitig wiederkehrenden Sanierungs- und Modernisierungszyklen sind als eine Ursache für den hohen Investitionsbedarf zu berücksichtigen. Außerdem wurde mit einer unzureichenden Sanierungstätigkeit der öffentlichen Krankenträger, u.a. bedingt durch stetige Kürzungen der zur Verfügung gestellten Mittel von Bund und Ländern,<sup>585</sup> dem Investitionsstau weiterer Vorschub geleistet.<sup>586</sup>

---

<sup>582</sup> Vgl. Bremermann et al. (2006), S. 366.

<sup>583</sup> Vgl. Daube et al. (2005), S. 1083.

<sup>584</sup> Vgl. dazu weitergehend Pföhler (2004), S. 648: „Wer Prozesse optimieren möchte, der muss in die bauliche und die IT-Ausstattung eines Krankenhauses investieren. Bleiben diese Investitionen aus, dann stößt auch das professionellste Management schnell an seine Grenzen.“; Vgl. zu den hohen Kosten eines Krankenhausumbaus Abschnitt 3.2.1.3.

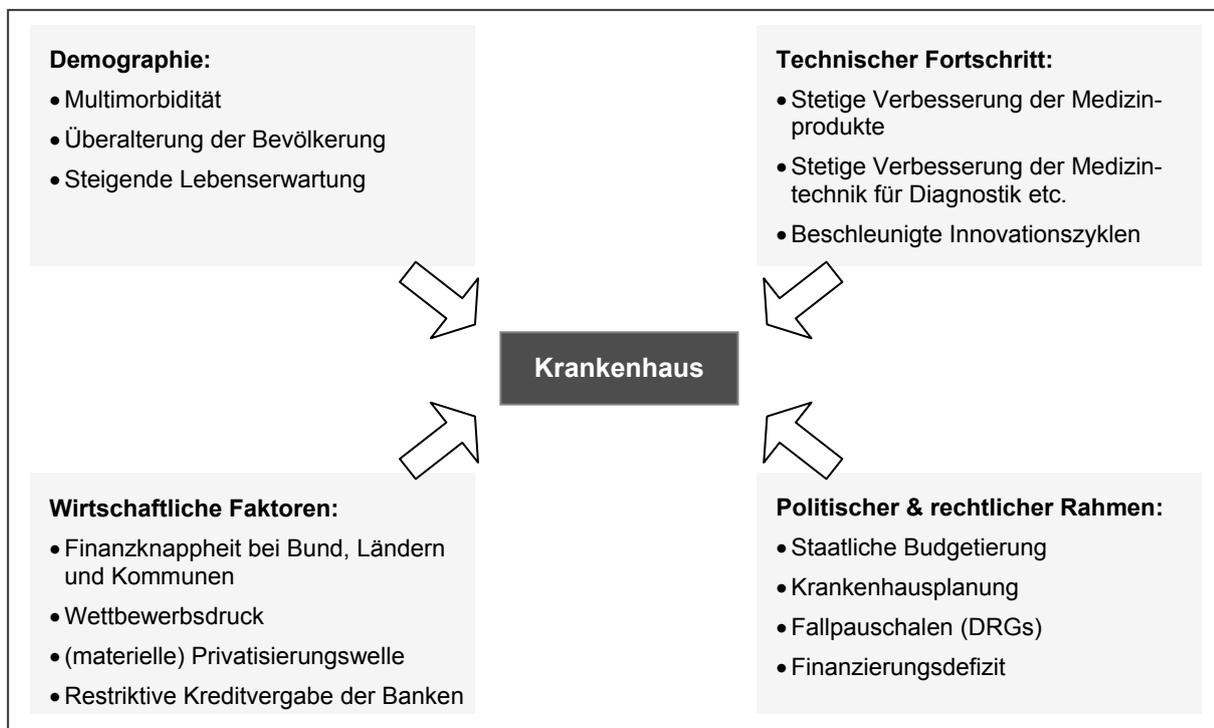
<sup>585</sup> Vgl. die Entwicklung der Investitionsfördermittel der Länder in Abschnitt 3.3.2.5.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhausfinanzierung

Als Auswirkung dieser Entwicklungen ist bei knapp der Hälfte der Krankenhäuser in Deutschland ein außergewöhnlicher Investitionsbedarf festzustellen. Dies betrifft entsprechend einer Ländererhebung hochgerechnet ca. 700 Krankenhäuser.<sup>587</sup> Da bei den öffentlichen Häusern die Investitionsquote in den letzten Jahren am geringsten war,<sup>588</sup> sind diese Häuser jetzt in besonderem Maße auf umfangreiche Investitionen angewiesen. Insgesamt wird in Schätzungen für den Bereich der stationären Versorgung von einem **Instandhaltungsstau** in Höhe von ca. **30 bis 50 Mrd. Euro** ausgegangen.<sup>589</sup>

Neben dem schon bestehenden Investitionsbedarf wird durch den stetigen Wandel im Krankenhauswesen kontinuierlich weiterer Investitionsbedarf auslöst. Der das Gesundheitssystem in Deutschland prägende fortschreitende Strukturwandel hat massive Auswirkungen auf den Krankenausbereich. Die an ein Krankenhaus gestellten Anforderungen unterliegen dadurch ständigen Veränderungen. Wesentliche Einflussfaktoren auf die Krankenhäuser werden in der Abbildung 44 zusammengefasst.



**Abbildung 44: Entwicklung des Krankenhausmarktes.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an SachsenLB (2003), S. 13.

<sup>586</sup> Vgl. dazu auch WR (2006), S. 8: „Ohne die hohe Verschuldung der öffentlichen Hand besäße die Einbindung privater Partner in die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben nicht den Stellenwert, der ihr derzeit zugebilligt wird.“

<sup>587</sup> Vgl. Bremermann, et al. (2006), S. 366.

<sup>588</sup> Bruckenberg (2002), S. 13.

<sup>589</sup> Vgl. Daube et al. (2005), S. 1083: „So schätzen Experten den Investitionsstau inzwischen auf 30 Mrd. EUR - mit steigender Tendenz“; vgl. DKG (2007), S.14: „Der Investitionsstau in den Krankenhäusern beläuft sich aktuell auf rund 50 Mrd. EUR.“; vgl. Steiner/ Mörsch (2005); S. 476: „Bei Anwendung der volkswirtschaftlichen Investitionsquote auf die Krankenhäuser bestand allein im Jahr 2003 bei einem Investitionsbedarf von 11,3 Mrd. EUR eine investive Förderlücke von rd. 8,5 Mrd. EUR; vgl. DIFU (2002), S. 337: Der Investitionsbedarf wird für deutsche Krankenhäuser für den Zeitraum 2000 bis 2009 auf 26,13 Mrd. EUR geschätzt.; DIFU (2008): Der kommunale Investitionsbedarf wird für deutsche Krankenhäuser in dem Zeitraum 2006 bis 2020 auf 30,9 Mio. EUR geschätzt.; Bruckenberg (2005), S. 20: „...rein rechnerisch ein bundesweiter investiver „Nachholbedarf“ an KHG-Mitteln in Höhe von 29 Mrd. EUR.“

Neben den bereits diskutierten wirtschaftlichen sowie politischen und rechtlichen Faktoren<sup>590</sup> ist zu beachten, dass sich der **demographische Wandel** in den westlichen Industrieländern weiter fortsetzt und die durchschnittliche Lebenserwartung weiter ansteigen. Insbesondere durch die Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung ist in diesen Ländern von einem weiter steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung auszugehen.

Unter anderem wird davon ausgegangen, dass die besonders aufwendige und kostenintensive medizinische Versorgung von Patienten mit einem multimorbiden Krankheitsbild in Zukunft weiter zunehmen wird.<sup>591</sup> Damit ist durch die sich **verändernde Patientenstruktur** neben einem weiteren Anstieg des Gesamtbedarfs an medizinischen Leistungen mit nachhaltigen Auswirkungen auf die Anforderungen an die medizinische Infrastruktur der stationären Versorgung zu rechnen, deren Anpassung u.a. Investitionen in die Gebäudeinfrastruktur erforderlich machen wird. Denn um eine medizinische Versorgung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik gewährleisten zu können, sind stetige Investitionen in die Infrastruktur von Krankenhäusern notwendig.

Der schnell voranschreitende technische und medizinische **Fortschritt** erfordert in kurzen zeitlichen Abständen großflächige Investitionen sowohl in neue Geräte als auch in die medizinische sowie bauliche Infrastruktur. Die Modernisierung oder der Austausch von medizinischen Geräten und Großgeräten ist aufgrund von beschleunigten Produktzyklen oft schon nach wenigen Jahren erforderlich, wenn mit der technologischen Entwicklung Schritt gehalten werden soll. Häufig sind im Zuge diese Anpassungen auch bei der damit verbundenen Gebäudeinfrastruktur bauliche Veränderungen erforderlich.

Als Reaktion auf die nicht ausreichenden Mittel zur Tötigung der erforderlichen Investitionen sind öffentliche Krankenhäuser verstärkt auf der Suche nach neuen Finanzierungsquellen und privaten Investoren. In diesem Zusammenhang wird auch zunehmend die Realisierung von Investitionen mittels PPP als alternative Beschaffungsvariante diskutiert.<sup>592</sup> Die Beschaffungsvariante PPP bildet eine Option mehr für die öffentlichen Krankenhäuser dem Strukturwandel am Krankenhausmarkt zu begegnen und durch Investitionen in die Bausubstanz einen Beitrag zur Zukunftsfähigkeit eines Klinikums zu leisten. Aufgrund des enormen Existenzdrucks insbesondere vieler kommunaler Krankenhäuser ist davon auszugehen, dass die bereits bestehende Bereitschaft zur Durchführung von PPPs weiter zunimmt.

### 3.3.5 Einfluss der Krankenhausfinanzierung auf die Umsetzung eines PPP-Projektes

Es ist festzustellen, dass innerhalb der Gruppe öffentlicher Krankenhäuser unterschiedliche Quellen zur Investitionsfinanzierung zur Verfügung stehen. Während Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft die Investitionskostenfinanzierung nach KHG in Anspruch nehmen können, ist dies für Universitätsklinika nicht möglich. Hochschulkrankenhäuser erhalten nach der Abschaffung des HBFG Investitionszuschüsse der Länder. Allerdings erfolgt die Be-

---

<sup>590</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen in den Abschnitten 3.1 sowie 3.3.2 und 3.3.3.

<sup>591</sup> Unter Multimorbidität versteht man das gleichzeitige Bestehen verschiedener Krankheiten bei einer einzelnen Person.

<sup>592</sup> Vgl. Blum/ Schilz (2005), S. 30; AOLG (2004): In einer Umfrage der Landesbehörden gaben 30 % der Krankenhäuser an, dass sie im Rahmen der Investitionsfinanzierung Kooperationen mit privaten Investoren prüfen.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

#### Krankenhausfinanzierung

triebskostenfinanzierung sowohl bei Uniklinika als auch bei kommunalen Krankenhäusern durch die Krankenkassen. Demnach erfolgt für alle öffentlichen Krankenhäuser eine getrennte Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten. Die aufgezeigten Rahmenbedingungen der Dualistik sind von allen öffentlichen Krankenhäusern bei der Planung eines PPP-Projektes zu beachten. Deshalb werden die folgenden Ableitungen übergreifend für alle öffentlichen Krankenhäuser erstellt.

In gleicher Weise von allen öffentlichen Krankenhäusern bei der Initiierung eines PPP-Projektes zu beachten sind die vielfältigen Veränderungen am Krankenhausmarkt. Es ist zu hinterfragen, ob und wenn ja wie die kurzfristige Veränderlichkeit des Bedarfs mit der grundsätzlich langfristigen Ausrichtung eines PPP-Projektes vereinbar ist. Dieser Sachverhalt ist insbesondere mit einzubeziehen, wenn die Projektplanungen mit den Anforderungen von PPP an die Vertragsdauer, den Leistungsumfang und die Risikoverteilung abgeglichen werden.

Über diese allgemeine Feststellung hinaus sind die in Tabelle 12 aufgeführten Merkmale bei der Vorbereitung eines PPP-Projektes zu berücksichtigen. Der erkannte Einfluss dieser Merkmale der Krankenhausfinanzierung auf die Realisierung von PPP-Projekten wird anschließend näher erläutert.

<b>Merkmale der Krankenhausfinanzierung</b>	<b>Zu prüfende Problemstellungen zur Sicherstellung der Realisierbarkeit von PPP</b>
Vorgaben der Krankenhausfinanzierung sind komplex und länderspezifisch	Prüfen, ob die Bedingungen für die Nutzung der Investitionsförderung erfüllt sind
Die politische Unterstützung von PPP ist in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich ausgeprägt	Prüfen, ob für das konkrete PPP-Projekt politische Unterstützung besteht
Die Anzahl der materiellen Privatisierungen von vormals öffentlichen Krankenhäusern ist sehr hoch	Prüfen, ob das PPP-Projekt mit der strategischen Ausrichtung des Krankenhauses vereinbar ist
Es herrscht ein intensiver Wettbewerb unter den Krankenhäusern	Prüfen der Bestandssicherheit des öffentlichen Krankenhauses
Viele öffentliche Krankenhäuser befinden sich in einer finanziell schwierigen Lage	Prüfen, ob ein ausreichendes Sicherheitskonzept besteht

**Tabelle 12: Einfluss der Krankenhausfinanzierung auf die Realisierbarkeit von PPP.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Höhe der finanziellen Mittel, die den Krankenhäusern für Investitionszwecke zur Verfügung gestellt werden, ist in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. Auch die Möglichkeiten zum Einsatz der **Investitionsfördermittel** für PPP-Projekte sind von Land zu Land verschieden. Dementsprechend sind bei der Planung eines PPP-Projektes die landesspezifischen Rahmenbedingungen zu beachten.

Darüber hinaus ist auch die grundsätzliche Einstellung der Landesregierung gegenüber PPP und privatwirtschaftlichem Engagement im Krankenhausbereich im Allgemeinen und dem konkreten Vorhaben im Speziellen von Bedeutung. Da ein PPP-Projekt im Krankenhausbereich nur umgesetzt werden kann, wenn es auch von der Politik befürwortet wird, ist im Vorfeld die **politische Unterstützung** für das konkrete Vorhaben zu prüfen.

Ein PPP-Projekt setzt die öffentliche Trägerschaft eines Krankenhauses voraus. Wird beispielsweise der Verkauf eines Klinikums an einen privaten Investor angestrebt,<sup>593</sup> stehen diese Planungen einem potenziellen PPP-Projekt entgegen. Die **Zukunftspläne** eines Krankenhauses sind daher in die Prüfungen einzubeziehen.

Da ein PPP-Projekt langfristig angelegt ist, sollte von einer langfristigen Notwendigkeit des auftraggebenden Krankenhauses zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung ausgegangen werden können. Die **Bestandssicherheit** des öffentlichen Projektträgers ist gerade aufgrund des intensiven Konkurrenzkampfes unter den Krankenhäusern zu hinterfragen. Auch der Sicherstellung der langfristigen Zahlungsfähigkeit kommt in diesem Zusammenhang eine hohe Bedeutung als Voraussetzung für ein PPP-Projekt zu. Denn durch den stetigen Rückgang der Investitionsförderung sind viele der öffentlichen Krankenhäuser finanziell angeschlagen.<sup>594</sup> Es ist daher zu untersuchen, ob ein Krankenhaus als potenzieller Projektträger in der Lage ist, ein angemessenes **Sicherheitenkonzept** für das geplante PPP-Projekt vorzulegen.

### 3.4 Zusammenfassung des dritten Kapitels

Im vorangegangenen dritten Kapitel wurde dargelegt, welchen sektorspezifischen Rahmenbedingungen im Krankenhausbereich für die Anwendung von PPP bestehen und welche Auswirkungen sich daraus für die Projektvorbereitung ergeben.

Zunächst konnten die rechtlichen Rahmbedingungen aufgezeigt werden, dementsprechend private Unternehmen für öffentliche Krankenhäuser aktiv werden dürfen. Es zeigte sich, dass die Einbindung von privaten Partnern als Erfüllungsgehilfe, wie diese auch bei PPP der Fall ist, rechtlich zulässig ist. Eine detaillierte Einzelfallprüfung ist mit dieser Feststellung aber nicht zu ersetzen, insbesondere aufgrund der bei PPP eingegangenen sehr weitgehenden und langfristigen Kooperation.

Untersuchungen zum bisherigen Einsatz privater Partner im Krankenhausbereich zeigten, dass es sich bei PPP um eine neue Form privatwirtschaftlicher Kooperation für öffentliche Krankenhäuser handelt, die sich von bisherigen Kooperationsformen insbesondere durch die Ausrichtung am Gebäudelebenszyklus unterscheidet. PPP wurde als die Kooperationsform der funktionalen Privatisierung mit dem weitestgehenden privaten Leistungsumfang eingeordnet. Den entwickelten Übersichten ist zu entnehmen, dass PPP sich deutlich gegenüber einer materiellen Privatisierung abgrenzt, bei der ein Verkauf an einen privaten Investor erfolgt. Denn bei PPP bleibt die öffentliche Trägerschaft eines Krankenhauses erhalten.

Als weiterer Untersuchungsschwerpunkt wurden die Spezifika von Krankenhaus-Immobilien erforscht. Es konnte gezeigt werden, dass Krankenhäuser als Sonderimmobilien vielfältige

---

<sup>593</sup> Vgl. dazu die Ausführungen zur materiellen Privatisierung in Abschnitt 3.1.2.

<sup>594</sup> Vgl. Abschnitt 3.3.2.5.

### 3. Sektorspezifische Rahmenbedingungen für PPP

Zusammenfassung des dritten Kapitels

---

Besonderheiten aufweisen, die unmittelbaren Einfluss auf die Konzeption eines PPP-Projektes haben und bei Projektentwicklungen zu berücksichtigen sind. Im Einzelnen wurde gezeigt, dass Krankenhäuser insbesondere durch die Heterogenität der Einzelgebäude bzw. Gebäudesegmente, die Komplexität der Baustrukturen sowie der Leistungserbringung, einen insgesamt hohen Technisierungsgrad sowie spezifische Anforderungen an die betrieblichen Leistungen gekennzeichnet sind, woraus sich u.a. hohe Investitions- sowie Nutzungskosten, eine kurze wirtschaftliche Lebensdauer und eine geringen Drittverwendungsfähigkeit ableiten.

Da der Krankenhausträger auch im Rahmen eines PPP-Projektes für die Aufwendungen des privaten Partners aufkommen muss, wurden die Auswirkungen der dualen Krankenhausfinanzierung auf die Umsetzung von PPP-Projekte analysiert. Zunächst war festzustellen, dass die geteilte Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder und der Betriebskosten durch die Krankenkassen dem Grundgedanken von PPP entgegensteht. Diese Konstellation stellt ein elementares Hemmnis für das lebenszyklusübergreifende Planen und Optimieren und damit für die Anwendbarkeit von PPP dar.

Im Detail konnte gezeigt werden, dass der Möglichkeit Investitionsfördermittel für PPP-Projekte einzusetzen, eine entscheidende Bedeutung für die zukünftige Verbreitung von PPP zukommt, da die meisten öffentlichen Krankenhäuser sonst nicht in der Lage wären, die erforderlichen finanziellen Mittel aufzubringen. Darüber hinaus wurde dargelegt, dass die Rahmenbedingungen der Investitionskostenfinanzierung länderspezifisch sehr unterschiedlich sind. Erst wenige Länder haben ihre Förderbedingungen dahingehend justiert, dass die Nutzung von PPP als Beschaffungsvariante möglich und kalkulierbar ist.

Des Weiteren wurde erläutert, dass die von der Investitionsfinanzierung abzugrenzende Finanzierung der Betriebskosten, inklusive der Instandhaltungskosten, über DRG-Fallpauschalen erfolgt. Diesen finanziellen Ausgleich erhält ein Krankenhaus für erbrachte medizinische Behandlungen von den Krankenkassen. Es konnte gezeigt werden, dass auch von diesem Bereich Einflüsse auf geplante PPP-Projekte ausgehen. Denn der durch die Umstellung auf DRG-Fallpauschalen verschärft einsetzende Wettbewerb unter den Krankenhäusern führte insbesondere bei den öffentlichen Krankenhäusern zu weiteren finanziellen Einbußen. Immer mehr, insbesondere kommunale Krankenhäuser, werden als eine Folge dieser Entwicklung an private Klinikkonzerne veräußert. Daran wird deutlich, dass die Prüfung der finanziellen Möglichkeiten eines öffentlichen Krankenhauses, dessen Leistungsfähigkeit und Marktpositionierung unverzichtbar ist. Daraus lassen sich Ableitungen zu den Zukunftschancen und der Bestandssicherheit eines Krankenhauses treffen, die Voraussetzung für die Realisierbarkeit eines langfristigen PPP-Vorhabens darstellen.

Nachdem zuvor die sektorspezifischen Rahmenbedingungen untersucht wurden, die im Krankenhausbereich für die Anwendung von PPP bestehen, werden im nächsten Kapitel geplante und durchgeführte PPP-Projekte öffentlicher Krankenhausträger analysiert. Dadurch wird es möglich, auch die konkreten projektspezifischen Erfahrungen mit der Umsetzung von PPP bei der Entwicklung einer PPP-Eignungsprüfung zu berücksichtigen.

## 4 GANG DER UNTERSUCHUNG

Im vorausgegangenen Kapitel wurden die Rahmenbedingungen des Krankenhausesektors untersucht und Auswirkungen abgeleitet, die bei der Umsetzung eines PPP-Projektes durch öffentliche Krankenhäuser zu beachten sind. Daran anschließend werden nun projektspezifische Erfahrungen ausgewertet. Dazu wurde eine **Fallstudienanalyse** der ersten PPP-Projekte im Krankenhausesektor in Deutschland durchgeführt.

Mit Hilfe der Fallstudienanalyse wird untersucht, wie mit den zuvor im dritten Kapitel identifizierten Problemstellungen umgegangen wurde und welche Auswirkungen in den konkreten Projekten festzustellen waren. Die empirische Untersuchung dient dazu, für die im Vorfeld ermittelten Prüfkriterien konkret abzufragende Sachverhalte zu identifizieren und damit einen wichtigen Grundstein für den zu erstellenden krankenhausspezifischen PPP-Eignungstest zu legen. Darüber hinaus werden aus gelungenen Projektlösungen Empfehlungen zur erfolgreichen Gestaltung von PPP für zukünftige Projekte abgeleitet.

Zunächst wird in diesem Kapitel erläutert, wie bei der Untersuchung der projektspezifischen Erfahrungen vorgegangen wurde. Es wird dargelegt, dass der gewählte Ansatz der Fallstudienuntersuchung als wissenschaftliche Methode zur Untersuchung der aufgezeigten Fragestellungen geeignet ist. Zur Verdeutlichung der Datengrundlage, auf der die Fallstudienanalyse basiert, werden anschließend die als Fallstudien untersuchten Projekte vorgestellt.

### 4.1 Konzeption der Fallstudienuntersuchung

Im Folgenden wird gezeigt, wie mit Hilfe der Fallstudienanalyse die Eruierung projektspezifischer Daten vorgenommen wurde. Dabei wird deutlich gemacht, dass die Voraussetzungen für die Anwendung dieser Forschungsmethode erfüllt wurden und sowohl der Untersuchungsgegenstand als auch die Informationsquellen geeignet sind, belastbare Ergebnisse abzuleiten.

#### 4.1.1 Methodik

Im Vorfeld der Untersuchungen war zu entscheiden, mit welcher Forschungsmethode die bisherigen Erfahrungen mit PPP im Krankenhausbereich aufgenommen werden sollten. Es wurden verschiedene Ansätze hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf die konkrete Problemstellung geprüft. In Erwägung gezogen wurden die in Abbildung 45 aufgeführten Forschungsmethoden.

#### 4. Gang der Untersuchung

##### Konzeption der Fallstudienuntersuchung

		Arten von Analyse	
		Primär quantitativ	Primär qualitativ
Arten von Daten	Empirisch	Umfragen und Informationen aus Sekundärquellen in Verbindung mit statistischen Analysen	<b>Fallstudien</b>
	Modellhaft	Simulationen Lineare und mathematische Programmierung Entscheidungsanalyse	Simulationen Rollenspiele

**Abbildung 45: Einordnung der Fallstudienanalyse in die Forschungsmethodik.**

Quelle: Jahns/ Darkow (2005), S. 14.

So war festzustellen, dass aufgrund der bisher geringen Projekterfahrungen mit dem Einsatz von PPP in öffentlichen Krankenhäusern durch eine Umfrage unter den Marktteilnehmern keine belastbaren Ergebnisse zu erwarten gewesen wären. Eine entsprechende Abfrage hätte vor allem die Vermutungen, Annahmen oder auch Wünsche der Befragten zum Ausdruck gebracht. Auch modellhafte Simulationen oder Programmierungen schieden als weitere Formen primär quantitativer Forschungsmethodik aus, insbesondere aufgrund der bisher nur geringen Projektanzahl.

Ausgewählt wurde als Forschungsmethode zur Untersuchung der bisherigen Erfahrungen in PPP-Projekten die Fallstudienanalyse. Dabei handelt es sich um einen **qualitativen Forschungsansatz**, der besonders zur Untersuchung von strukturellen Zusammenhängen geeignet ist. Die damit verbundene Analyse einzelner Projekte stellte den einzigen Forschungsansatz dar, mit dem trotz des frühen Entwicklungsstadiums von PPP im Krankenhausbereich hinreichend aussagekräftige Ergebnisse ermöglicht wurden. Dadurch stellt die Fallstudienanalyse die geeignetste Forschungsmethodik zur Untersuchung der bisherigen Erfahrungen mit PPP im Krankenhaus dar.<sup>595</sup>

In die Untersuchung wurden mehrere Fallstudien einbezogen. Auf diese Weise wurde verhindert, dass projektspezifische Merkmale ohne Vergleichsmöglichkeit verallgemeinert werden. Somit wurde eine belastbare Basis geschaffen für aussagekräftige Schlussfolgerungen, die auch auf andere PPP-Projekte im Krankenhausbereich übertragbar sind.

Es wurden insgesamt **sieben Projekte** als Fallstudien ausgewählt. Es handelt sich dabei um die ersten PPP-Projekte im Krankenhausbereich in Deutschland. Alle Fallstudien wurden gleichermaßen von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft initiiert. Die auf diese Weise ausgewählten Projekte bilden eine formal definierte, eindeutig abgrenzbare Gruppe an Fällen,<sup>596</sup> womit eine wichtige Voraussetzung für die Anwendbarkeit der Fallstudienanalyse erfüllt ist.

<sup>595</sup> Vgl. weiterführend zur Fallstudienanalyse als Forschungsmethodik Stake (1995); Hamel (1993); Yin (2003).

<sup>596</sup> Vgl. weiterführend Cropley (2002), S. 94 ff.

Die Ausschreibung der Projekte als Zeitpunkt des öffentlichen Bekanntwerdens erfolgte im Zeitraum von 2004 bis Juli 2007. Mit diesem kurzen **Untersuchungszeitraum** von Projektinitiationen wurde gewährleistet, dass Veränderungen der Rahmenbedingungen nur in sehr geringem Maße möglich waren. Dadurch konnten die Vergleichbarkeit der Projekte erhöht und die Gültigkeit der Projektergebnisse weiter abgesichert werden.

#### 4.1.2 Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes

Bei den Fallstudienprojekten wurde vorausgesetzt, dass diese von einem öffentlichen Krankenhausträger initiiert wurden. Dabei wurden sowohl Universitätsklinika wie auch kommunale Krankenhäuser einbezogen. Eine Eingrenzung auf eine von beiden Gruppen wurde nicht vorgenommen. Auch wenn u.a. hinsichtlich der Investitionsfinanzierung und oft auch der Größe und des Leistungsumfangs teilweise deutliche Unterschiede zwischen Universitätsklinika und kommunalen Krankenhäusern bestehen, so überwiegen doch die Gemeinsamkeiten. Unabhängig von der Trägerschaft handelt sich um öffentliche Krankenhäuser, sodass für beide die gleichen sektorspezifischen Rahmenbedingungen gelten. Daher ist davon auszugehen, dass die Projekterfahrungen von Universitätsklinika in großem Umfang auf kommunale Krankenhäuser übertragbar sind und umgekehrt.

Bei der Projektauswahl wurde keine Beschränkung auf krankenhausspezifische Gebäude(teile) wie z.B. Bettenhäuser oder OP-Trakte vorgenommen. Es sind auch Gebäudearten enthalten, in denen überwiegend keine krankenhausspezifischen Leistungen erbracht werden, die aber wichtige Bestandteile der Infrastruktur eines Krankenhauses darstellen, z.B. Parkhaus, Logistikzentrum oder auch Strahlentherapiezentrum. Bewusst wurde das gesamte Spektrum an sekundären und tertiären Unterstützungsleistungen eines Krankenhauses in die Untersuchungen einbezogen. Denn auch die Unterstützungsleistungen, die nicht allein in Krankenhäusern, sondern auch bei anderen Immobilienarten anfallen, weisen krankenhausspezifische Besonderheiten auf. Von einer Übertragbarkeit der PPP-Erfahrungen mit Schulen oder Verwaltungsgebäuden kann also nicht ohne Weiteres ausgegangen werden. Daher wurden alle PPP-Projekte unabhängig von der zugrunde liegenden Gebäudeart einbezogen.

Zur weiteren Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes wurden nur die Projekte ausgewählt, bei denen mindestens eine Ausschreibung erfolgt war. Ab diesem Projektstadium konnte von einer ernstesten Absicht zur Realisierung des Projektes ausgegangen werden und es wurden wichtige Projektrahmendaten öffentlich bekannt gemacht. Zur zeitlichen Eingrenzung des Untersuchungszeitraums wurden Projekte bis zu einer Veröffentlichung der Ausschreibung im Juli 2007 aufgenommen.

Die PPP-Projekte, die von öffentlichen Krankenhausträgern initiiert wurden und auch den weiteren definierten Auswahlkriterien entsprachen, sind in der nachstehenden Tabelle 13 in chronologischer Reihenfolge aufgeführt und mit Eckdaten versehen. Sie bilden den Untersuchungsgegenstand der Fallstudienuntersuchung und werden weiter unten mit Projektprofilen detailliert vorgestellt.<sup>597</sup>

---

<sup>597</sup> Vgl. Abschnitt 4.2.

#### 4. Gang der Untersuchung

##### Konzeption der Fallstudienuntersuchung

Projektbezeichnung	Projektträger	Investitionsvolumen [EUR]	Betriebsdauer	Projektanteil der privaten Partner	Ausschreibungsbeginn	Vertragsunterzeichnung	Inbetriebnahme
Neubau eines Logistikzentrums	Klinikum Dortmund	32,5 Mio.	Bauunterhalt 20J, Wartung 2J, Betrieb Parkflächen 10J	Planung, Bau, Finanzierung, Wartung, Instandhaltung, einzelne Dienstleistungen	k.A.	27. Mai 2005	15. Jan 2007
Neubau eines Parkhauses	Universitätsklinikum Düsseldorf	8,4 Mio.	30 Jahre	Planung, Bau, Finanzierung, Wartung & Instandhaltung gebäudetechn. Anlagen, Ver- und Entsorgung	k.A.	Mrz. 2006	1. Mrz. 2007
Neubau des Westdeutschen Protonentherapie-zentrums Essen (WPE)	Universitätsklinikum Essen	136 Mio.	15 Jahre	Planung und Errichtung eines Neubaus sowie Erstausrüstung der med.techn. Anlagen, Wartung, Instandhaltung und Finanzierung, techn. Betrieb	29. Jan. 2005	27. Jun. 2006	geplant Anfang 2010
Neubau des Nordeuropäischen Radioonkologischen Centrum KIEL (NRoCK)	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein	254 Mio.	25 Jahre	Planung, Errichtung (inkl. med. Ausstattung), Finanzierung und techn. (nicht-med.) Betrieb, Wartung der Partikeltherapieanlage	7. Mrz. 2006	Mrz. 2008	geplant Ende 2011
Neubau des Klinikums Bremen-Mitte (KBM)	Klinikum Bremen-Mitte (KBM) als Teil der Bremer Gesundheit Nord Holding	190 Mio.	30 Jahre	Planung, Teilneubau und Sanierung, Finanzierung, technischer Betrieb	4. Aug. 2006	-	-
Neubau des klinischen Funktionsgebäudes U/B-West	Klinikum der Universität zu Köln (KUK)	36 Mio.	25 Jahre	Planung, Neubau, Finanzierung und teilweiser Betrieb	15. Mrz 2007	noch nicht erfolgt	geplant für 2012
Teilneubau und Sanierung des AKH Viersen	Allgemeines Krankenhaus Viersen (AKH)	27 Mio.	25 Jahren	Planung, Teilneubau, Finanzierung, technischer Betrieb	19. Jul. 2007	-	-

**Tabelle 13: Ausgewählte PPP-Projekte im Krankenhaussektor Deutschlands.**

Quelle: Eigene Darstellung.

In die vorliegende Arbeit wurden die **Projektanpassungen und -entwicklungen** mit einbezogen, die **bis Ende 2008** bekannt wurden. Mit den PPP-Projekten am Klinikum Dortmund und am Universitätsklinikum Düsseldorf hatten zum Zeitpunkt dieser Untersuchung bereits zwei Projekte die Nutzungsphase erreicht. Mit den Strahlentherapie-Projekten am Universi-

tätsklinikum Essen und am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (S-H) in Kiel befanden sich zwei weitere Projekte nach erfolgreichem Vertragsabschluss in der Phase der baulichen Umsetzung.

Bei dem PPP-Projekt am Klinikum der Universität zu Köln (KUK) war Ende 2008 die Verhandlungsphase mit den Bietern noch nicht abgeschlossen. Auch wenn noch keine Verträge unterzeichnet wurden, so konnten doch auch hier zumindest die vorgesehenen Projektinhalte und -merkmale, deren Diskussion und Abstimmung sowie die Absichten und Ziele, die mit dem jeweiligen Projekt verbunden waren, aufgenommen werden.<sup>598</sup> Vom Klinikum Bremen-Mitte und dem AKH Viersen wurden die ausgeschriebenen und mit den Bietern verhandelten Projektplanungen in die Untersuchung aufgenommen. Diese wurden letztendlich abgebrochen, da zu den gegebenen Projektbedingungen keine Angebote abgegeben wurden.

Alle der bis Juli 2007 in Deutschland initiierten PPP-Projekte öffentlicher Krankenhäuser wurden als Fallstudien abgebildet und in die Untersuchung einbezogen. In dem gesetzten Untersuchungsrahmen konnte damit die bestehende PPP-Projektlage im Krankenhausbereich vollständig abgebildet werden. Aus der Untersuchungsmenge lassen sich für den untersuchten Zeitraum somit belastbare Rückschlüsse für den Stand der PPP-Entwicklung im deutschen Krankenhauswesen ziehen.

#### 4.1.3 Informationsquellen

In die Fallstudienanalyse wurden sehr vielfältige Informationsquellen zu den einzelnen Projekten herangezogen, sodass eine breite und belastbare Datengrundlage bestand. In der Tabelle 14 werden die im Einzelnen genutzten Informationsquellen in einer Übersicht dargestellt.

<b>Fallstudienprojekte, Teil 1</b>	<b>Ausschreibungen</b>	<b>Interviews mit Fragebogen</b>	<b>Gespräche mit Projektbeteiligten, Beratern etc.</b>	<b>Vorträge von Projektbeteiligten</b>	<b>Sekundärberichte in Büchern, Zeitschriften etc.</b>
Neubau eines Logistikzentrums am Klinikum Dortmund	X	X	-	X	X
Neubau eines Parkhauses am Universitätsklinikum Düsseldorf	-	X	X	X	X
Westdeutsches Protonentherapiezentrum (WPE) am Universitätsklinikum Essen	X	X	X	X	X
Neubau des Nordeuropäischen Radioonkologischen Centrum (NRoCK) am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (S-H)	X	-	X	X	X

<sup>598</sup> Im Jan. 2010 wurde bei dem PPP-Projekt ein Vertragsabschluss erzielt.

#### 4. Gang der Untersuchung

##### Konzeption der Fallstudienuntersuchung

Fallstudienprojekte, Teil 2	Ausschreibungen	Interviews mit Fragebogen	Gespräche mit Projektbeteiligten, Beratern etc.	Vorträge von Projektbeteiligten	Sekundärberichte in Büchern, Zeitschriften etc.
Neubau des Klinikums Bremen-Mitte (KBM)	X	X	X	X	X
Neubau des Funktionsgebäudes U/B West am Klinikum der Universität zu Köln (KUK)	X	X	X	X	X
Teilneubau und Sanierung des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) Viersen	X	X	X	X	X

**Tabelle 14: Informationsquellen für die Fallstudienanalyse.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Die **Ausschreibungsunterlagen** bildeten in den meisten Projekten den Ausgangspunkt aller weiteren Recherchen, da hierin die wichtigsten Eckdaten der einzelnen Vorhaben strukturiert wiedergegeben sind. Die Dokumente stehen über die Internetplattform der EU jedem Interessierten zur Verfügung.<sup>599</sup> Zudem stellte die Ausschreibung des Projektes die Mindestbedingung für eine Berücksichtigung in der Fallstudienanalyse dar.<sup>600</sup>

Als wichtigste Informationsquelle der Untersuchung dienten **strukturierte Interviews**, die mit den Projektverantwortlichen geführt wurden.<sup>601</sup> Für jedes der Fallstudienprojekte wurde ein Entscheidungsträger auf Seiten des jeweiligen öffentlichen Krankenhauses interviewt.<sup>602</sup> I.d.R. handelte es sich dabei um den Projektleiter des PPP-Vorhabens. Eine Übersicht der Gesprächspartner ist im Anhang 2 enthalten.

Der verwendete **Fragebogen**,<sup>603</sup> mit dessen Hilfe die Projektdaten deskriptiv aufgenommen wurden, diente auch als Gesprächsleitfaden und wurde den Gesprächspartnern bereits vor dem Gesprächstermin zur Verfügung gestellt.<sup>604</sup> Somit war die Möglichkeit gegeben etwaige Recherchen oder interne Nachfragen noch vor dem Interview zu veranlassen.

<sup>599</sup> Vgl. [www.ted.europa.eu](http://www.ted.europa.eu).

<sup>600</sup> Vgl. Abschnitt 4.1.2.

<sup>601</sup> Vgl. Cropley (2002), S. 111. Demnach liegt ein strukturiertes Interview vor, wenn das Gespräch nach einem Ablaufplan erfolgt und allen Gesprächspartnern dieselben Fragen gestellt werden.

<sup>602</sup> Allein den Verantwortlichen des PPP-Projektes am UK Schleswig-Holstein wurde es nicht gestattet, den Fragebogen im Rahmen eines Interviews auszufüllen. Allerdings fand mit dem Projektleiter Herr Kampf an anderer Stelle ein Informationsgespräch über das Projekt statt (Euroforum-Konferenz „PPP - Die Krankenhausfinanzierung der Zukunft ?!“, 9.12.2008). Ein weiteres Gespräch zu dem Projekt wurde am 1.10.2008 mit Prof. Dr. med. Bernd Kremer, Vorstandsvorsitzender und Vorstand Krankenversorgung am UK S-H, im Rahmen der Veranstaltung Strategy Circle Gesundheitswesen in Hohenkammer geführt.

<sup>603</sup> Der Fragebogen wurde eingesetzt, um deskriptive Daten in Protokollform zu erheben. Die zur qualitativen Analyse eingesetzten deskriptiven Daten sind von numerischen Daten (Verhältnis-, Intervall-, Ordinaldaten) zu unterscheiden, die im Rahmen von quantitativen Untersuchungen erhoben werden. Vgl. weiterführend Cropley (2002), S. 25.

<sup>604</sup> Vgl. den verwendeten Fragebogen siehe Anhang 1.

Die Gespräche fanden bei den Projektverantwortlichen vor Ort statt. Sie wurden in Protokollform festhalten und den Gesprächspartnern zur Freigabe zugestellt. Hierdurch konnte die Korrektheit der verschrifteten Gesprächsinhalte geprüft werden. Auf diese Weise wurde eine hohe Belastbarkeit der zur Verfügung gestellten Informationen sichergestellt. Als zusätzliche Unterstützung bei der Zusammenstellung relevanter Projektinformationen konnten in Abstimmung mit den Projektverantwortlichen in Köln und Viersen einzelne **Projektunterlagen** eingesehen werden, die im Vorfeld der PPP-Entscheidung erstellt wurden.

Neben den Interviews mit den Projektverantwortlichen wurden auch Gespräche mit weiteren Projektbeteiligten geführt, die z.B. als private Bieter mit dem Projekt befasst waren. Neben diesen Primärquellen wurden auch Informationen aus **Sekundärquellen** wie Vorträgen und Publikationen genutzt und in die Auswertung einbezogen. Allein die Einsicht in die Vertragsunterlagen war aufgrund strenger Vertraulichkeit bei den Projekten nicht möglich.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass zur Informationsgewinnung vielfältige Informationsquellen genutzt wurden, um ein möglichst vollständiges Bild der Projekte zu erhalten. Insbesondere durch den Einsatz von strukturierten Interviews und standardisierten Fragebögen wurde eine belastbare Datengrundlage bereitgestellt, deren Auswertung aussagekräftige Ergebnisse ermöglicht.

## 4.2 Ausgewählte Fallstudienprojekte

Nachdem das konzeptionelle Vorgehen der Fallstudienanalyse erläutert wurde, werden in diesem Abschnitt die als Fallstudien untersuchten Projekte vorgestellt. Die jeweiligen **Projektsteckbriefe** enthalten die wesentlichen Informationen, die als Grundlage der Fallstudienanalyse verwendet wurden. Die Projekte werden dabei in der Reihenfolge ihrer öffentlichen Bekanntmachung durch Projektausschreibung vorgestellt. Insbesondere in nachfolgenden Tabellenübersichten werden die in Tabelle 15 angegebenen Kurztitel der Fallstudienprojekte verwendet.

<b>Projektbezeichnung (Langtitel)</b>	<b>Kurztitel</b>
Neubau eines Logistikzentrum am Klinikum Dortmund	Klinikum Dortmund
Neubau eines Parkhauses am Universitätsklinikum Düsseldorf	UK Düsseldorf
Neubau des Westdeutschen Protonentherapiezentrum Essen (WPE) am Universitätsklinikum Essen	UK Essen
Neubau des Nordeuropäischen Radioonkologischen Centrum Kiel (NRoCK) am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein	UK S-H
Neubau des Klinikums Bremen-Mitte (KBM)	KBM
Neubau des klinischen Funktionsgebäudes U/B-West am Klinikum der Universität zu Köln (KUK)	UK Köln
Teilneubau und Sanierung des Allgemeinen Krankenhauses Viersen	AKH Viersen

**Tabelle 15: Übersicht zu Projektbezeichnung und Kurztitel der Fallstudienprojekte.**

Quelle: Eigene Darstellung.

#### 4. Gang der Untersuchung

##### Ausgewählte Fallstudienprojekte

---

Die Angaben sind jeweils nach dem gleichen Muster strukturiert, sodass ein Vergleich der Projektdaten erleichtert wird. Zunächst wird eine zeitliche Einordnung des Projektes vorgenommen. Anschließend wird der Projekteinhalt erörtert und auf die einzelnen Leistungsteile der Partner eingegangen. Gegebenenfalls werden noch die Beweggründe für die Initiierung des Projektes vorgestellt. Zum Abschluss wird auf die Besonderheiten der jeweiligen Projekte verwiesen.

#### 4.2.1 Logistikzentrum am Klinikum Dortmund

Bereits 2004 erfolgte die Ausschreibung eines Logistikzentrums<sup>605</sup> mit Zentralsterilisation und Parkhaus am Klinikum Dortmund.<sup>606</sup> Es ist eines von zwei der vertiefend untersuchten Projekte, in dem zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits die Betriebsphase erreicht wurde.<sup>607</sup>

Im Rahmen des Projektes wurde ein Gebäudekomplex errichtet, der neben Zentralsterilisation, Zentralküche und Zentrallager (nebst zugehöriger Büro- und Sozialräume) ein Parkhaus umfasst.<sup>608</sup> Auch eine neue Abfallentsorgung und eine neue Energiezentrale wurden in den Neubau integriert.<sup>609</sup> Das Investitionsvolumen in Höhe von 32,5 Mio. EUR verteilte sich auf die Bauinvestition (21,1 Mio. EUR) und die Erstausrüstung (8,8 Mio. EUR). Als Finanzierungsform wurde ein Immobilienleasing gewählt, verbunden mit einer einredefreien Forfaitierung.

Vertragspartner der Klinikum Dortmund gGmbH ist die Objektgesellschaft Ernesto Grundstücksverwaltungs mbH, eine hundertprozentige Tochter der Leasinggesellschaft SüdLeasing, die das Gebäude bereitstellt und über die Muttergesellschaft, die Landesbank Baden-Württemberg (LBBW), finanziert. Als Gegenleistung zahlt das Klinikum Dortmund ein Leistungsentgelt in Form von Leasingraten. Zwischen dem Klinikum Dortmund und der Ernesto GVGmbH wurde ein Erbbaurechtsvertrag über 50 Jahre und ein Immobilienmietvertrag über 30 Jahre geschlossen. Des Weiteren haben die beiden Partner in einem Andienungsvertrag nach 20 und 30 Jahren ein Ankaufrecht des Gebäudes durch das Klinikum vereinbart.

Weiterer Projektbeteiligter ist die Ed. Züblin AG, die als Generalübernehmer die noch benötigten Planungsleistungen und die Bauleistungen erbracht hat<sup>610</sup> und darüber hinaus Wartungs- und Instandhaltungsleistungen für das Gebäude während der Betriebsphase übernommen hat. Hierzu zählt insbesondere die Wartung der Klimatechnik und der Aufzüge.<sup>611</sup> Während die Vertragsdauer für die Instandhaltungsleistungen 20 Jahre beträgt, wurde die Ed. Züblin AG mit den Wartungsleistungen für 2 Jahre mit Verlängerungsoption beauftragt.<sup>612</sup>

---

<sup>605</sup> Vgl. Ausschreibung vom 15.6.2004 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 96551-2004.

<sup>606</sup> Mit rd. 200.000 Fällen jährlich, einem Erlösbudget von über 240 Mio. EUR und über 1.700 Planbetten ist das Krankenhaus der Maximalversorgung das Größte in Nordrhein-Westfalen. Zudem ist das Klinikum Dortmund Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster. Vgl. Greive (2007), S. 2.

<sup>607</sup> Vgl. die Projektübersicht in Tabelle 13. Die Einweihung des Komplexes erfolgte im Januar 2007.

<sup>608</sup> Kathmann (2006), S. 38 - 39.

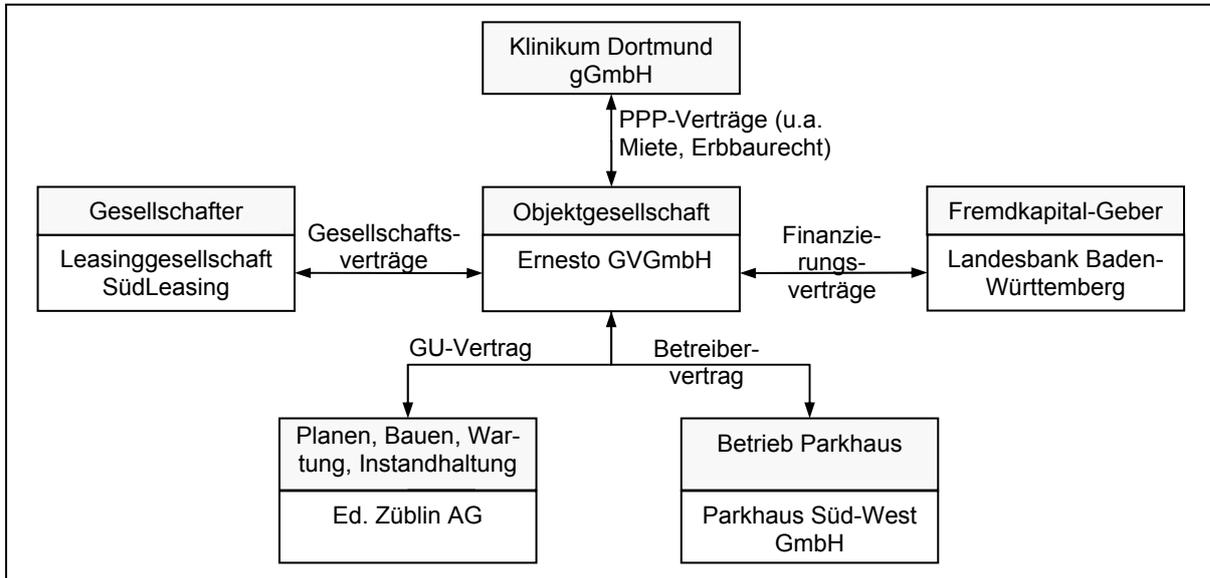
<sup>609</sup> Greive (2007), S. 9.

<sup>610</sup> Die Bauleistungen umfassten neben den Rohbauarbeiten den Einbau der Haus- und Gebäudetechnik sowie die Errichtung der Erstausrüstung der Zentralsterilisation. Allerdings erfolgte die Finanzierung der Zentralsterilisationsausstattung nicht über die privaten Partner. Das Klinikum konnte für die Zentralsterilisation bewilligte Fördermittel des Landes einbringen.

<sup>611</sup> Reinigung- und Hausmeisterdienste werden nicht durch die Ed. Züblin AG übernommen.

<sup>612</sup> Der vertragliche Zeitraum über die Wartungsleistungen im Gebäude wurde mit 2 Jahren zunächst vergleichsweise gewählt, da die Ed. Züblin AG bisher nur geringe Erfahrungen im Krankenhausbereich vorweisen kann.

Der Parkhausbetreiber Parkhaus Süd-West GmbH (PSW) hat als weiterer Vertragspartner die Bewirtschaftung und Instandhaltung der Parkflächen mit insgesamt 514 Stellplätzen übernommen.<sup>613</sup> Seitens der Stadt Dortmund wurde für das Klinikum Dortmund eine harte Patronatserklärung abgegeben.



**Abbildung 46: PPP-Projektstruktur für den Neubau eines Logistikzentrums am Klinikum Dortmund.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Greive (2007), S. 16; Hennemann (2007), S. 7.

Der Betrieb der Zentralsterilisation erfolgt durch die ServiceDO GmbH, eine hundertprozentige Tochter des Klinikums Dortmund. Gleiches gilt für die Wartung und Instandhaltung der medizin-technischen Anlagen. Die Ver- und Entsorgungsleistungen liegen für den Neubau wie für das gesamte Klinikum zentral bei der ServiceDO GmbH und wurden nicht auf den privaten Partner übertragen.<sup>614</sup> Die gesamte Vertragsstruktur des Projektes ist in Abbildung 46 wiedergegeben.

Für die Errichtung des neuen Logistikzentrums als PPP-Modell gab es mehrere Gründe. Als wichtigstes Ziel sollten durch die Konzentration von Leistungen am Hauptstandort laufende Kosten reduziert werden. Zum einen wurde durch den Neubau eine Zusammenführung der Sterilisation (bisher 2 Standorte), der Küche (bisher 2 Standorte) und des Lagers (bisher in einer Außenstelle des Klinikums) am Haupthaus erreicht. Durch die Zentralisierung konnte unter Effizienzgesichtspunkten Wege reduziert und damit ein Beitrag zur Reduzierung des Investitionsstaus geleistet werden, der nach internen Berechnungen zu diesem Zeitpunkt 325 Mio. EUR betrug.<sup>615</sup> Durch die Integration eines Parkhauses konnte zudem die zuvor

te. In der kurzen Phase sollte zunächst die Leistungsfähigkeit des Unternehmens getestet werden. Bei erfolgreicher Zusammenarbeit konnte dann das Klinikum die Verlängerungsoption ziehen. Alternativ hätte auch die eigene Facility Management Abteilung des Klinikums Dortmund mit den Wartungsleistungen beauftragt werden können.

<sup>613</sup> Der Betreibervertrag wurde auf zunächst 10 Jahre geschlossen. Vgl. Hennemann (2007), S. 7.

<sup>614</sup> Die Energielieferungen bezieht das Klinikum DO beispielsweise zentral von der Dortmunder Energie- und Wasser GmbH (DEW), ein Tochterunternehmen der Dortmunder Stadtwerke AG (53 %) und RWE, die im Rahmen des Bauvorhabens auf der Basis eines Energiecontractings die Energiezentrale erstellt hat.

<sup>615</sup> Greive (2007), S. 9.

unzureichende Parksituation für Mitarbeiter, Patienten und Besucher deutlich verbessert werden.

Das Projekt am Klinikum Dortmund hat im Gegensatz zu den anderen untersuchten PPP-Projekten bereits die Betriebsphase erreicht. Als weitere Besonderheit fällt das Projekt durch die Ausrichtung auf die Optimierung der Finanzierung auf. Zudem handelt es sich bei dem Logistikzentrum um ein Funktionsgebäude mit Modellcharakter, da die Bündelung und Optimierung von logistischen Prozessen wie im vorliegenden Fall von vielen Krankenhäusern angestrebt wird.

#### 4.2.2 Parkhaus am UK Düsseldorf

Das Uniklinikum Düsseldorf (UKD) verfolgte mehrere Jahre das Ziel, die Parkraumsituation sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Patienten und Besucher zu verbessern. Im März 2006 wurde dann ein entsprechender Vertrag mit der Bilfinger Berger Parking GmbH geschlossen.

Als hundertprozentige Tochter dieser wurde die Projektgesellschaft „Parken am UKD GmbH“ gegründet und mit der Errichtung und dem Betrieb eines Parkhauses und weiterer Flächen beauftragt. Das Vorhaben weist ein Investitionsvolumen von 8,4 Mio. Euro<sup>616</sup> auf und wurde nach 12-monatiger Bauzeit am 1. März 2007 in Betrieb genommen. Es wurde vereinbart, das Parkhaus am Ende einer 30-jährigen Betriebslaufzeit<sup>617</sup> in einem definierten Qualitätsstandard an das Klinikum zurückzuübertragen (Heimfall).<sup>618</sup>

Bereits nach nur rund einem Jahr Betriebszeit entschied sich das UKD im Oktober 2008 zum Rückkauf des Parkhauses. Die Bewirtschaftung der gesamten Flächen des Objekts und der Parkflächen auf dem Klinikgelände hat das Klinikum damit ebenfalls wieder selbst übernommen. Diese Entscheidung wurde nach Angabe der Projektverantwortlichen insbesondere aus strategischen Gründen getroffen und beruhte nicht auf etwaigen schlechten Erfahrungen mit dem privaten Partner.

Das UKD als wirtschaftlicher Eigentümer und der Bau- und Liegenschaftsbetrieb NRW als Erbbaurechtsgeber<sup>619</sup> erteilten dem privaten Partner für ein Grundstück auf dem Klinikgelände über die angesetzte Vertragsdauer ein Erbbaurecht. Dieser verpflichtete sich im Gegenzug zu Planung, Bau, Finanzierung, Instandhaltung und Betrieb des Parkhauses inklusive einer Neugestaltung der Nord-Zufahrt auf das Klinikgelände.<sup>620</sup> Das dreigeschossige Bauwerk wurde so konzipiert, dass bei Bedarf eine Aufstockung um zwei weitere Geschosse<sup>621</sup> auf dann 500 Parkplätze möglich ist.

---

<sup>616</sup> Die Investitionskosten setzen sich zusammen aus 7 Mio. € für die Errichtung des Parkhauses und rd. 1,4 Mio. € für die Baumaßnahmen im Rahmen der Neugestaltung der Zufahrt Nord.

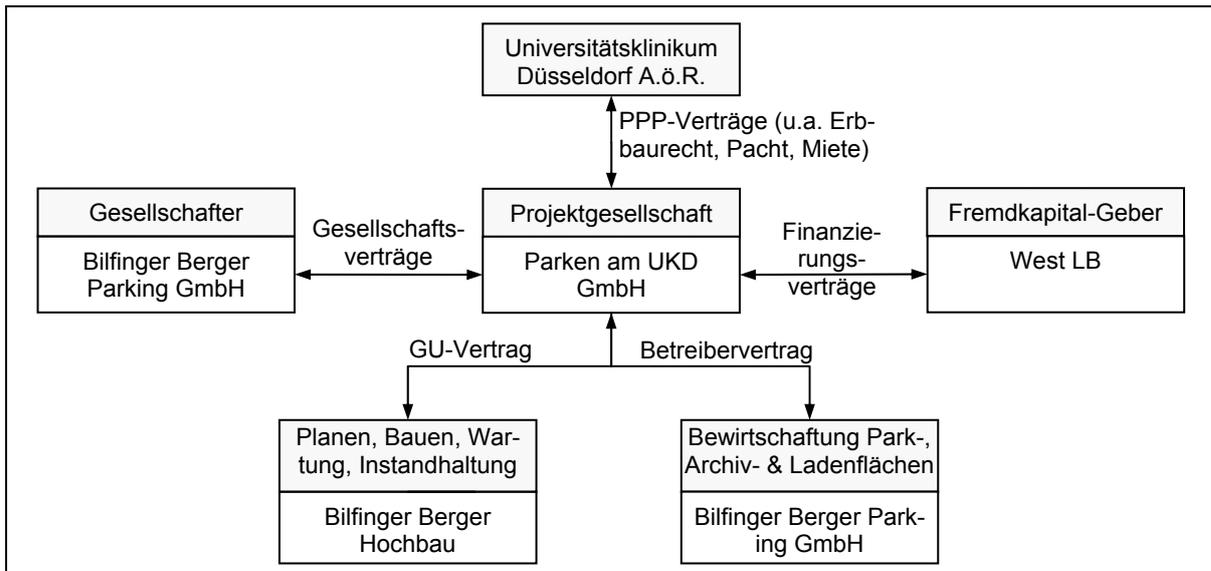
<sup>617</sup> Über die 30-jährige Vertragslaufzeit hinaus wurde eine Verlängerungsoption für weitere 10 Jahre vereinbart.

<sup>618</sup> Vgl. Dölzig (2007), S. 75.

<sup>619</sup> Der Bau- und Liegenschaftsbetrieb NRW überlässt die Liegenschaften den Universitätsklinika unentgeltlich zur Nutzung. Die Uniklinika sind wirtschaftliche Eigentümer der von ihnen genutzten Grundstücke und Gebäude.

<sup>620</sup> Diese Baumaßnahmen umfassten u.a. die Errichtung eines Pfortnerhauses sowie eines Regenrückhaltebeckens und die Verbreiterung der Zufahrt auf drei Spuren.

<sup>621</sup> Durch die Aufstockung könnte die Anzahl der Parkplätze im Parkhaus von 310 auf 500 erweitert werden.



**Abbildung 47: PPP-Projektstruktur für den Neubau eines Parkhauses am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD).**

Quelle: Eigene Darstellung.

In dem Gebäude wurden neben 310 Parkplätzen 1.000 m<sup>2</sup> Archivfläche für Patientenakten eingerichtet, die dem Klinikum als Mieter zur Verfügung gestellt wurden. Auch eine 300 m<sup>2</sup> umfassende Ladenzeile mit krankenhausenaher Nutzung war in das Gebäude zu integrieren. Zusätzlich übernahm die Projektgesellschaft die Bewirtschaftung der 1.500 Außenstellplätze auf dem Klinikgelände. Sowohl für die Vermietung der Parkflächen als auch die Verpachtung der Ladengeschäfte war die Projektgesellschaft zuständig.<sup>622</sup>

Das Projekt wurde als Projektfinanzierung umgesetzt. Seitens des UKD wurden keine zusätzlichen Finanzmittel oder Sicherheiten benötigt. Die Bilfinger Berger Parking GmbH brachte ein Viertel der benötigten Mittel als Eigenkapital auf, die restlichen drei Viertel wurden durch die West LB als Fremdkapital bereitgestellt.<sup>623</sup> Die Refinanzierung der Investitions- und Betriebskosten der Projektgesellschaft erfolgte durch die von den Nutzern entrichteten Parkentgelte, die Mietzahlungen für die Archivflächen und die Pachtzahlungen für die Ladengeschäfte. Damit wurde das gesamte wirtschaftliche Risiko des Projektes auf den Privaten übertragen.<sup>624</sup>

Das PPP-Projekt am Klinikum Düsseldorf weist mit dem einstelligen Investitionsbetrag ein eher geringes Investitionsvolumen auf. Dennoch ist es gelungen, eine Projektfinanzierung erfolgreich umzusetzen. Gleichzeitig handelt es sich um das einzige untersuchte PPP-Konzessionsmodell. Es ist allerdings auch zu beachten, dass es sich um das einzige PPP-Projekt handelt, dass trotz erfolgreichem Start nach sehr kurzer Betriebsphase vorzeitig beendet wurde.

<sup>622</sup> Vgl. Dölzig (2007), S. 76.

<sup>623</sup> Vgl. Dölzig (2007), S. 77.

<sup>624</sup> Vgl. zum PPP-Konzessionsmodell Abschnitt 2.1.5.

### 4.2.3 Westdeutsches Protonentherapiezentrum Essen (WPE) am UK Essen

Nach der europäischen Ausschreibung im Januar 2005 erfolgte nach nur 18 Monaten am 27.06.2006 die Vertragsunterzeichnung mit der Projekt- bzw. Objektgesellschaft STRIBA Protonentherapiezentrum Essen GmbH sowie den beteiligten Banken, Deutsche Bank und Fortis Bank.<sup>625</sup> Bei der STRIBA handelt es sich um ein Joint Venture der STRABA Projektentwicklung GmbH Köln<sup>626</sup> und der IBA Ion Beam Applications B.A., Belgien.<sup>627</sup> Die Vertragsstruktur ist in Abbildung 48 wiedergegeben.

Das Projekt weist ein Gesamtinvestitionsvolumen von 136 Mio. EUR auf. Dieses setzt sich zusammen aus 111 Mio. Euro Baukosten, 18 Mio. Euro Finanzierungskosten während der Bauphase und weiteren 7 Mio. Euro, die in einem Reservekonto angelegt wurden. Die Errichtung erfolgt auf dem Gelände des Universitätsklinikums Essen und soll zum Jahreswechsel 2009/2010 abgeschlossen sein.

Die Projektgesellschaft übernimmt als privater Partner bei dem Projekt die Planung und Errichtung des Gebäudes sowie der medizin-technischen Anlagen, die Finanzierung und den technischen Betrieb. Nicht übertragen wurden lediglich patientennahe medizin-technische Dienstleistungen, wie bspw. die Sterilgutversorgung, die durch das UK Essen erfolgt. Die STRIBA trägt während der Laufzeit des Mietvertrages mit der WPE gGmbH die Verantwortung für die Funktionstüchtigkeit der medizin-technischen Anlagen und Geräte.<sup>628</sup> Der medizinische Betrieb, das heißt die Primärleistung, wird durch die „Westdeutsches Protonentherapiezentrum Essen (WPE) gGmbH“, eine gemeinnützige Tochtergesellschaft des Universitätsklinikums, erfolgen. Das private Konsortium wird den nichtmedizinischen Betrieb nach der geplanten Fertigstellung Anfang 2010 über eine Vertragslaufzeit von 15 Jahren in den Bereichen Instandhaltung und Wartung (Protonentherapieanlage, Medizintechnik, Gebäude) sowie Reinigung, Entsorgung und Hausmeisterdienste vornehmen.<sup>629</sup> Dem Projekt liegt eine Projektfinanzierung zugrunde.

---

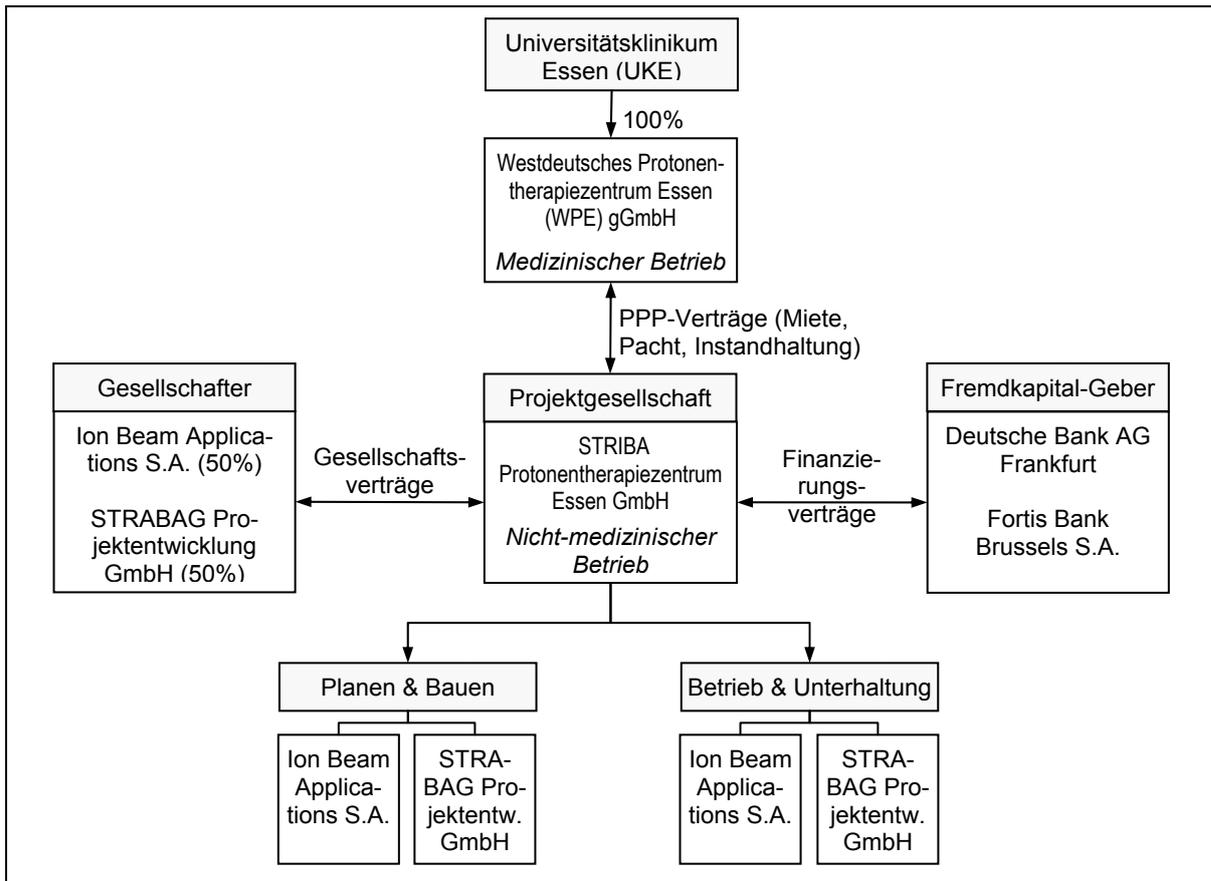
<sup>625</sup> Vgl. Nowacki (2007), S. 230.

<sup>626</sup> Die Gesellschaft ist in der Zwischenzeit umfirmiert zur Züblin Development GmbH.

<sup>627</sup> Beide Unternehmen sind je zu 50 % beteiligt.

<sup>628</sup> Um die Funktionstüchtigkeit der Anlagen und Geräte sicherzustellen, werden planmäßige Wartungsarbeiten durch die STRIBA durchgeführt, wie z.B. die Kalibrierung der Anlage. Um die Betriebszeiten nicht einschränken zu müssen, erfolgen diese Arbeiten vorwiegend nachts. Die Kosten der Ver- und Entsorgung werden als Nebenkosten des Mietvertrages erfasst und von der STRIBA an die WPE durchgeleitet. Die noch ausstehenden Verhandlungen mit den Lieferanten wird die STRIBA gemeinsam mit der WPE führen.

<sup>629</sup> Vgl. PPP-Task Force NRW (2006), www.ppp.nrw, abgerufen am 13.11.2006; Kaler (2006), S. 2.



**Abbildung 48: PPP-Projektstruktur für den Neubau des WPE am UK Essen.**

Quelle: Wendel (2007), S. 14; Nowacki (2007), S. 229.

Das Projekt ist ein Meilenstein der PPP-Entwicklung in Deutschland. Bei dem Zentrum handelt es sich um eines der deutschlandweit ersten Zentren, in dem die Protonenbestrahlung zur Behandlung onkologischer Patienten eingesetzt werden wird. Bei der Protonentherapie handelt es sich um eine innovative Form der Strahlentherapie. Durch den Einsatz von Protonen können auch Tumore in empfindlichen Gewebsregionen mit der Strahlenbehandlung behandelt werden, da die umliegenden Organe weit weniger geschädigt werden, als bei bisherigen Verfahren.

Neben der innovativen Technologie als Besonderheit handelt es sich um das erste umfassende PPP-Projekt im Krankenhaussektor.<sup>630</sup> Zudem es ist auch das PPP-Projekt, bei dem erstmals in Deutschland eine direkte Finanzierung über den Kapitalmarkt durchgeführt wurde.<sup>631</sup> Nicht zuletzt weist das WPE mit 136 Mio. Euro das bis dahin größte Investitionsvolumen eines PPP-Projektes in Deutschland auf.<sup>632</sup>

<sup>630</sup> Das Projekt am Universitätsklinikum Essen geht weit über den Leistungsumfang in dem Logistikzentrum am Klinikum Dortmund hinaus, in dem gerade die Mindestanforderungen an ein PPP erreicht wurden. Daher wird das WPE oft auch als das erste „echte“ PPP-Projekt im Krankenhaussektor bezeichnet.

<sup>631</sup> Vgl. Volkermann (2007), Finanzierungsstruktur Protonentherapiezentrum Essen, Vortrag am 27.3.2007 in der Charité, Berlin, S. 5.

<sup>632</sup> Für die Innovativität wurde das Projekt mit zwei internationalen PPP Awards ausgezeichnet: dem European Healthcare Deal of the Year 2006 und den EMEA PPP Deal of the Year 2006. Vgl. Alfen/ Vollrath (2007), S. 54.

#### 4.2.4 Nordeuropäisches Radioonkologisches Centrum Kiel (NRoCK) am UK Schleswig-Holstein

Am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H)<sup>633</sup> wurde im April 2006 ein Zentrum für Partikeltherapie (PTZ) als PPP ausgeschrieben.<sup>634</sup> Das Projekt weist ein Investitionsvolumen von 254 Mio. EUR auf.<sup>635</sup> Im Mai 2008 konnte das Projekt an ein Bieterkonsortium aus Siemens AG, Bilfinger Berger AG und HSG Technischer Service GmbH<sup>636</sup> vergeben werden.<sup>637</sup> Daraufhin gründeten die Siemens Project Ventures GmbH<sup>638</sup> und die Bilfinger Berger Project Investments<sup>639</sup> die Projektgesellschaft Partikeltherapiezentrum Kiel GmbH & Co. KG (vgl. Abbildung 49). Diese ist der zentrale private Partner bei der Realisierung des so genannten Nordeuropäischen Radioonkologischen Centrums Kiel (NRoCK). Das PPP-Vertragswerk entspricht einem PPP-Inhabermodell, nach dem das Grundstück vom UK S-H gestellt wird und über die gesamte Vertragslaufzeit in dessen Eigentum verbleibt.<sup>640</sup>

Das NRoCK wird neben den Einrichtungen für die Anwendung der Partikeltherapie (PT) auch eine Abteilung für die konventionelle Strahlentherapie umfassen. Die Aufnahme des Betriebes der konventionellen Strahlentherapie ist für Ende 2011 und der Betrieb der PT-Anlage für Anfang 2012 geplant.

Das Projekt sieht neben Planung, Errichtung sowie Finanzierung den nicht-medizinischen Betrieb und die Wartung der Partikeltherapieanlage über eine Betriebszeit von 25 Jahren vor. Siemens errichtet als Technologiepartner die Partikeltherapieanlage und liefert zudem die Medizintechnik von der medizinischen Diagnostik bis hin zur Informationstechnologie. Dem Lebenszyklusgedanken entsprechend werden auch der technische Betrieb und die Wartung dieser Anlagen von dem gleichen Partner erbracht. Die gebäudenahen Dienstleistungen des technischen und infrastrukturellen Gebäudemanagements inklusive Instandhaltung und Reinvestitionen der technischen und baulichen Anlagen sowie des Außenbereichs werden von der HSG übernommen. Zudem garantiert die HSG Strom-, Wärme- und Wassermengen für das Gebäude mit Ausnahme der medizinischen Einrichtungen über die Be-

---

<sup>633</sup> Das UK S-H ist 2003 aus einer Fusion der Universitätsklinik Kiel und Lübeck hervorgegangen. Das Klinikum der Maximalversorgung umfasst ca. 2.500 Betten und beschäftigt rd. 10.000 Mitarbeiter an den beiden Standorten. Vgl. Kremer/ Kampf (2008), S. 4.

<sup>634</sup> Vgl. die Ausschreibung vom 7.4.2006 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 070870-2006.

<sup>635</sup> Vgl. Kampf (2008), S. 20; In der angegebenen Summe sind neben den Errichtungskosten auch Planungskosten und die Kosten der Zwischenfinanzierung über die Bauzeit enthalten. Vgl. dazu UK S-H (2008); S. 1. In der Bekanntgabe über den vergebenen Auftrag vom 7.5.2008 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 119249-2008-DE wurde das reine Investitionsvolumen ohne MwSt. und indirekte Kosten mit 180 Mio. € angegeben.

<sup>636</sup> Die HSG Technischer Service GmbH ist als Tochterunternehmen der Bilfinger Berger Facility Services GmbH in den Bilfinger Berger Konzern eingebunden.

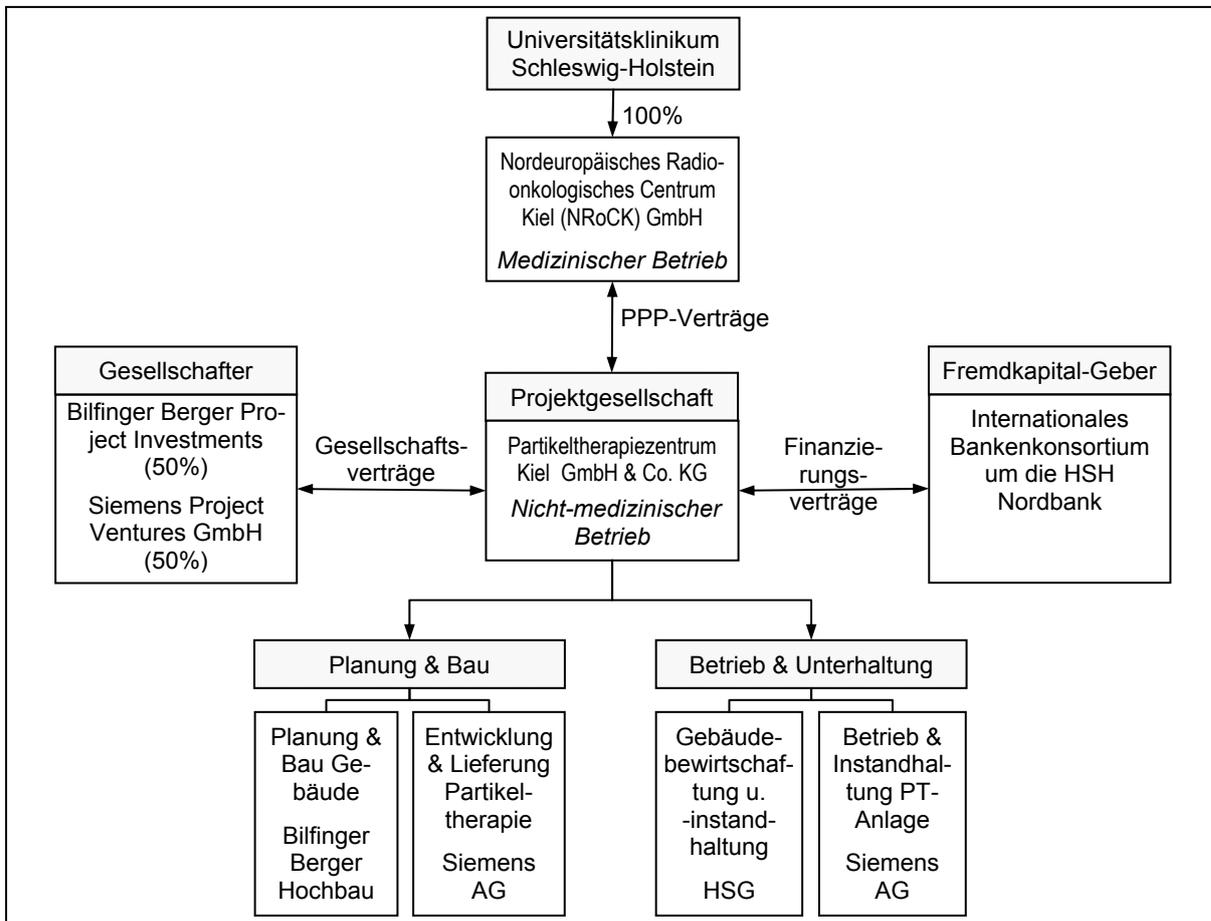
<sup>637</sup> Vgl. die Mitteilung zur Auftragsvergabe vom 7.5.2007 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 119249-2008.

<sup>638</sup> Die Siemens Project Ventures GmbH ist eine Bereichsgesellschaft von Siemens Financial Services und tätig Eigenkapitalbeteiligungen in der Entwicklung von Infrastrukturprojekten weltweit, vor allem in der Energie-, Transport- und Telekommunikationsbranche. Vgl. UK S-H (2008), S. 2

<sup>639</sup> Bilfinger Berger Project Investments ist eine 100 %-ige Tochtergesellschaft der Multi Service Group Bilfinger Berger und ist als solche verantwortlich für die privatwirtschaftliche Realisierung und den Betrieb von öffentlichen Infrastrukturprojekten als PPP. Bisher hat die Gesellschaft weltweit 330 Millionen Euro Eigenkapital investiert bei einem Projektportfolio im Gesamtwert von insgesamt 7 Mrd. Euro. Vgl. UK S-H (2008), S. 2.

<sup>640</sup> Vgl. Kremer/ Kampf (2008), S. 21; vgl. zum PPP-Inhabermodell Abschnitt 2.1.5.

triebszeit.<sup>641</sup> Die erforderlichen finanziellen Mittel werden über eine Projektfinanzierung eingebracht.



**Abbildung 49: PPP-Projektstruktur für den Neubau des NRoCK am UK S-H.**

Quelle: in Anlehnung an Kremer et al. (2008), S. 21; UK S-H (2008); Landre (2008), S. 10.

Das NRoCK am UK S-H ist das PPP-Projekt im Gesundheitswesen mit dem bisher größten Investitionsvolumen. Es stellt nach dem WPE das zweite Zentrum für Strahlentherapie dar, das als PPP realisiert wird, allerdings mit einem umfangreicheren Leistungsspektrum.<sup>642</sup>

#### 4.2.5 Teilneubau am Klinikum Bremen-Mitte

Am 4.8.2006 erfolgte die Ausschreibung eines PPP-Projektes der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH (KBM). Das Investitionsvolumen der geplanten Maßnahmen wurde auf rd. 190 Mio.

<sup>641</sup> Vgl. UK S-H (2008), S. 2.

<sup>642</sup> Neben der Protonenbestrahlung ist auch die Behandlung mit Schwerionen vorgesehen. Zudem wurde eine Isotopenproduktion in das Projekt integriert. Vgl. Kampf (2008), S. 3.

#### 4. Gang der Untersuchung

Ausgewählte Fallstudienprojekte

---

Euro geschätzt.<sup>643</sup> Die Verhandlungen mit den Bietern wurden im März 2008 abgebrochen<sup>644</sup> und die konventionelle Realisierung angekündigt.<sup>645</sup>

Das Projekt sah die Errichtung eines Teilneubaus sowie Umbau, Sanierung und Modernisierung von Bestandsgebäuden vor. Ziel der Maßnahmen war die bauliche Konzentration des Klinikums auf einem Teil des derzeitigen Krankenhausgrundstückes. Das freiwerdende Grundstück wurde dem privaten Partner zum Kauf und zur eigenen Vermarktung angeboten. Die Erlöse aus dem Verkauf der freiwerdenden Flächen sollten zur Refinanzierung des Projektes eingesetzt werden. Neben Planungs- und Bauleistungen sollte das private Konsortium die Medizintechnik und weitere Einrichtungsgegenstände liefern. Daneben waren Facility Management Dienstleistungen ausgeschrieben, u.a. der Betrieb der Gebäude und technischen Anlagen, die Pflege der Außenanlagen und die Wartung der Medizintechnik. Es wurde eine Betriebsdauer von 30 Jahren angesetzt. Des Weiteren bestand die Besonderheit, dass nicht nur eine Leistungserbringung ausgeschrieben wurde, sondern der private Partner zusätzlich Gesellschaftsanteile des KBM übernehmen sollte.<sup>646</sup>

Das KBM setzte bei der Ausschreibung auf den wettbewerblichen Dialog als Vergabeverfahren und nicht auf das Verhandlungsverfahren, welches in den anderen untersuchten PPP-Projekten im Krankenhaussektor eingesetzt wurde. Des Weiteren stellte die geplante Gestaltung als PPP-Gesellschaftsmodell eine Ausnahme im Vergleich zu den anderen Fallstudien dar.

#### 4.2.6 U/B West am Klinikum der Universität zu Köln (KUK)

Das Klinikum der Universität zu Köln (KUK) plant zur Erweiterung der bestehenden Untersuchungs- und Behandlungsbereiche des Zentralklinikums den Neubau eines klinischen Funktionsgebäudes. Am 15.3.2007 wurde das Vorhaben als PPP-Projekt ausgeschrieben.<sup>647</sup> In dem Neubau des U/B West (Untersuchungs- und Behandlungstrakt West), der bei einem geplanten Investitionsvolumen von 36 Mio. EUR eine Nutzfläche von 7.400 m<sup>2</sup> aufweisen soll, sind folgende Funktionen vorgesehen:

- Radiologische Funktionsdiagnostik
- Erweiterung des Zentral-OP um 8 weitere OPs zzgl. notwendiger Nebenflächen
- Weitere Funktionsdiagnostik
- Aufnahme- und Tagespflegeeinheiten
- Arztträume

Der private Partner soll den Neubau planen, errichten, finanzieren und dem UK Köln über einen Zeitraum von mindestens 25 Jahren mit einer einmaligen Verlängerungsoption von 5 Jahren vermieten. Zusätzlich ist die Lieferung gebäudenaher Einrichtung (Medizintechnik und Standardeinrichtungsgegenstände) zu erbringen. Darüber hinaus soll der Auftragnehmer in diesem Zeitraum auch einen Teil des technischen Gebäudemanagements des U/B West

---

<sup>643</sup> Vgl. Ausschreibung vom 4.8.2006 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 158932-2006 und Bremische Bürgerschaft (2007), S. 1.

<sup>644</sup> Vgl. die Annullierung der Ausschreibung vom 5..3.2008 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 61594-2008.

<sup>645</sup> Vgl. FAZ (2008); Behörden Spiegel (2008), Czzycholl (2008).

<sup>646</sup> Vgl. die Ausschreibung vom 7.4.2006 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 070870-2006.

<sup>647</sup> Vgl. die Ausschreibung vom 15.3.2007 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 64239-2007.

übernehmen. Hierbei handelt es sich insbesondere um Hausmeisterdienste, die Pflege der Außenanlagen sowie die Wartung und bauliche Instandhaltung gebäudetechnischer Anlagen sowie der mit dem Gebäude fest verbundenen medizin-technischen Geräte.<sup>648</sup> Darüber hinaus soll auch ein Anteil der Ver- und Entsorgungsleistungen privat erbracht werden.<sup>649</sup> Weitere tertiäre und sekundäre Unterstützungsleistungen wurden außen vor gelassen.<sup>650</sup> Als Finanzierungsform ist die Projektfinanzierung vorgesehen.<sup>651</sup>

Das Projekt ist Teil des so genannten Integrationskonzeptes, einem Masterplan für das UK Köln. Dieser sieht eine sukzessive Modernisierung bestimmter Bereiche des Klinikums über die nächsten Jahre vor. Nach Abschluss der Maßnahmen sollen jährlich ca. 18 Mio. EUR eingespart werden können. Eines der wichtigsten Ziele dieses Zukunftsplanes ist die Zentralisierung bisher dezentral organisierter Bereiche.<sup>652</sup> U.a. sollen die derzeit aufgrund der Pavillonstruktur vorgehaltenen 8 - 10 dezentrale OP-Bereiche konzentriert werden. Der Neubau des U/B West ist ein integrativer Bestandteil dieses Masterplans. Mit dem zu errichtenden Gebäude wird das Ziel verfolgt, alle klinischen Versorgungsbereiche zusammenzuführen und die Konzentration die Funktionalität des Klinikums zu erhöhen.<sup>653</sup>

---

<sup>648</sup> Bei der Medizintechnik werden drei Kategorien unterschieden. Kategorie 1 umfasst die gebäudenahe Medizintechnik, wie technische "OP-Arme", OP-Tische, Versorgungsleisten an Krankenbetten etc., die fest mit der Gebäudesubstanz verbunden ist. Diese Technik soll in einem Wert von 2 Mio. € im U/B-West durch den privaten Partner beschafft, eingebaut sowie gewartet und instand gehalten werden, wobei bei dieser Technik von einem geringen Wartungsaufwand ausgegangen wird. Die geplante Übertragung dieser Leistungen ist umstritten, da eine Schnittstelle innerhalb des Gerätebereichs entsteht. Zudem haben die Belegung des Krankenhauses sowie die OP-Auslastung einen starken Einfluss auf die Abnutzung der Geräte und damit die notwendige Wartungshäufigkeit, wodurch eine Kalkulation zu erwartender Kosten erschwert wird. Ob die gebäudenahe Medizintechnik wirklich übertragen werden kann, steht noch nicht fest. „Lose“ Einrichtungen der Medizintechniken wie bewegliche Endgeräte, Betten etc. werden der Kategorie 2 zugeordnet. Diese medizin-technischen Geräte werden weiterhin direkt von UK Köln bereitgestellt. Die 3. Kategorie umfasst Großgeräte wie MRT, CT etc. die bei dem Projekt ausgeklammert werden. Es werden die vorhandenen Geräte übernommen. Zukünftige Ersatzbeschaffungen sind durch das UK Köln getrennt von dem PPP-Projekt zu finanzieren.

<sup>649</sup> Zu Beginn des Projektes war geplant, Ver- und Entsorgungsleistungen umfänglich an den Privaten zu übertragen (alle Medienverbräuche). Zum derzeitigen Projektstand sollen aber nur die teilweise Energieversorgung mit Strom, d.h. der Stromkreis für allgemeine Leistungen, sowie Wärme- und Kälteversorgung an den Privaten übertragen werden. Der zweite Stromkreis für krankenhausspezifische Geräte und Anlagen, der u.a. auch die Versorgung der Radiologie regelt und ca. 25 % des Gesamtstromverbrauchs ausmacht, wurde ausgeklammert. Die restliche Energieversorgung, die Müllentsorgung sowie Wasserversorgung und Abwasserentsorgung sollen ebenfalls in der alleinigen Verantwortung des UK Köln verbleiben. Insgesamt sollen nach den derzeitigen Planungen lediglich 10 % der Entsorgungsleistungen übertragen, hingegen 90 % durch das UK Köln selbst erbracht werden.

<sup>650</sup> Gebäudereinigungsleistungen wurden außen vor gelassen, da diese bereits als Gesamtpaket für das Klinikum fremd vergeben wurden und der vergleichsweise kleine Bereich des U/B West keinen eigenen Vertrag rechtfertigen würde (keine Kostenvorteile zu erwarten, zusätzliche Schnittstelle, Insellösung würde Gesamtstrategie behindern). Die OP-Reinigung will das Klinikum aufgrund der Sensibilität dieses Bereichs weiterhin mit eigenem Personal durchführen. Für Wäschereileistungen besteht ebenfalls bereits ein Dienstleistungsvertrag mit einem privaten Unternehmen, der beibehalten werden soll. Logistische Leistungen, wie z.B. der An- und Abtransport der Wäsche, werden dabei vom Klinikum selbst verantwortet. Für die Patientenverpflegung und den Kantinenbetrieb zur Verpflegung der Mitarbeiter besteht ein 5-Jahresvertrag mit der Klüh-Gruppe. Dieser Vertrag wird auf den U/B West ausgedehnt werden, sodass Cateringleistungen auch nicht in das PPP-Projekt eingehen.

<sup>651</sup> Vgl. Lenzen (2007), S. 52 ff.; Vgl. außerdem die Ausschreibung vom 15.3.2007 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 64239-2007.

<sup>652</sup> Das Integrationskonzept sieht des Weiteren folgende Maßnahmen vor: die Zusammenführung bisher dezentraler Einzelkliniken in zentralisierte Strukturen, Integration aller klinischen Bereiche in den Funktionszusammenhang des Zentralklinikums, Reduzierung der zu bewirtschaftenden Fläche, Straffung der logistischen Abläufe, Schaffung energetisch optimierter Gebäude, Wegfall von Doppelvorhaltungen, Parallele Optimierung der Strukturen im Bereich Forschung und Lehre. Vgl. dazu Lenzen (2007), S. 52.

<sup>653</sup> Vgl. PPP-Task Force NRW (2006), www.ppp.nrw, abgerufen am 13.11.2006.

#### 4. Gang der Untersuchung

Ausgewählte Fallstudienprojekte

---

In dem Projekt sollen umfangreiche Betriebsleistungen an den privaten Partner übertragen werden. Zudem soll die Projektfinanzierung erstmals für ein vergleichsweise kleines PPP-Projekt angewendet werden.

##### 4.2.7 Teilneubau am Allgemeinen Krankenhaus (AKH) Viersen

Die Allgemeine Krankenhaus (AKH) Viersen GmbH<sup>654</sup> umfasst neben dem Hauptstandort in Viersen das St. Cornelius-Hospital am Standort Dülken. Zur Konzentration der bisherigen zwei Standorte am Hauptstandort Viersen wurde dort die Errichtung eines Neubaus als PPP-Projekt geplant. Für das Vorhaben wurde ein Investitionsvolumen von ca. 27 Mio. EUR geschätzt.<sup>655</sup> Vorgesehen war, dass folgende Kliniken und Fachabteilungen in den zu errichtenden Neubau verlagert werden:

- OP-Bereich
- Zentraler Ambulanzbereich
- Zentraler Funktions- und Diagnostikbereich
- Intensivstation
- Stationen für chirurgische und urologische Kliniken
- Zentralsterilisation
- Vier Normalpflegestationen mit je 40 bis 44 Betten zur interdisziplinären Nutzung durch Allgemein Chirurgie, Unfallchirurgie, Urologie und Gynäkologie

Zu Beginn des Projektes wurden zudem weiteren Leistungen diskutiert. Zunächst war beispielsweise geplant, die Außenanlagen mit Verkehrsführung und Stellplätzen bzw. optional eine Tiefgarage zu errichten und auch eine Cafeteria in den Neubau zu integrieren.<sup>656</sup> Auf der Grundlage einer positiven vorläufigen Wirtschaftlichkeitsuntersuchung erfolgte am 19.7.2007 die Ausschreibung. Nach intensiven Verhandlungen mit den Bietern wurde die Ausschreibung allerdings im Frühjahr 2008 eingestellt und soll konventionell realisiert werden.<sup>657</sup>

Die Projektausschreibung umfasste die Übertragung von Planungs-, Bau-, Finanzierungs- und technischer Betriebsleistungen an einen privaten Partner. Die Lieferung gebäudenaher Einrichtungen (Medizintechnik und Standardeinrichtungsgegenstände) war ebenfalls vorgesehen. Das im Eigentum des AKH Viersen befindliche Grundstück sollte dem privaten Partner über einen Pachtvertrag zur Verfügung gestellt werden. Während der 25-jährigen Betriebsphase wären vom privaten Auftragnehmer neben gebäudenahen Betriebsleistungen (wie Hausmeisterdiensten) auch Reinigungsleistungen und eine Verbrauchsgarantie für Energie und Wasser zu übernehmen. Darüber hinaus sollte dieser auch die Personalverpfle-

---

<sup>654</sup> Das AKH Viersen ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung und umfasst ca. 340 Planbetten. Gesellschafter der Krankenhausträgersgesellschaft waren zu Beginn der Projektplanungen, beginnend mit dem höchsten Anteil, die Stiftung „Allgemeines Krankenhaus Viersen (r.St.)“, die Stadt Viersen und die „Viersener Wohlfahrtsstiftung (r.St.) - Kinderklinik St. Nikolaus“.

<sup>655</sup> Dieser Betrag hätte sich je nach Wahl entsprechender Umsetzungsszenarien auf bis zu 39 Mio. Euro erhöhen können.

<sup>656</sup> Vgl. die Ausschreibung vom 7.4.2006 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 168847-2007.

<sup>657</sup> Vgl. AKH Viersen (2008), S. 6.

gung wahrnehmen und eine Cafeteria betreiben.<sup>658</sup> Als Finanzierungsform war die Forfaitierung mit Einredeverzicht vorgesehen.

Die Vorhaltung von zwei Standorten ist das Ergebnis der Zusammenlegung zweier vorher unabhängiger Krankenhäuser. Es wurde bereits seit langem erkannt, dass diese Teilung aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten unzweckmäßig ist. Am AKH Viersen ist man davon ausgegangen, dass u.a. durch doppelte Vorhaltung von Kapazitäten oder Mitarbeiter- sowie Patiententransporte zwischen den Kliniken zusätzliche Kosten von 1 Mio. Euro pro Jahr anfallen. Ziel des PPP-Projektes war es, diese als Missstand erkannte Situation aufzulösen und alle Aktivitäten des AKH Viersen am Hauptstandort zu bündeln. Die jährliche Einsparung in Millionenhöhe sollte dabei zur Refinanzierung der geplanten Investitionen beitragen. Gleichzeitig sollte durch das Projekt die Attraktivität für Patienten gesteigert werden, um im Wettbewerb mit benachbarten Krankenhäusern bestehen zu können.

Das AKH Viersen ist ein kommunales Krankenhaus der Regelversorgung<sup>659</sup> und unterscheidet sich damit deutlich von den anderen untersuchten Kliniken, die alle Häuser der Maximalversorgung sind.

### 4.3 Ausblick auf weitere geplante Projekte

Über die als Fallstudien untersuchten Projekte hinaus wurden im Krankenhausbereich weitere PPPs initiiert. Die meisten davon existierten zum Zeitpunkt der Fallstudienuntersuchung noch nicht oder befanden sich in Vorplanung, ohne dass schon eine Ausschreibung erfolgt war. Die Vorhaben werden, soweit bekannt, im Kurzüberblick vorgestellt, um einen möglich umfassenden Überblick über geplante PPP-Projekte im Krankenhausbereich zu geben.<sup>660</sup> Der Ausblick gibt zugleich die Möglichkeit zu einem späteren Zeitpunkt auf die Entwicklung dieser Projekte zurückzuschauen und sie mit den Ergebnissen dieser Arbeit in Beziehung zu setzen.

- Im Herbst 2007 wurde am **Klinikum Ruit** im Landkreis Essen ein Gesundheitszentrum mit 3.300 m<sup>2</sup> Nutzfläche als PPP-Projekt ausgeschrieben.<sup>661</sup> Das Projekt sieht vor, Neubau, Planung, Finanzierung und Gebäudebetrieb zuzüglich einer Tiefgarage mit ca. 200 Stellplätzen in Ostfildern (Ruit) über einen Zeitraum von 20 Jahre an einen privaten Partner zu vergeben. Optional kann das Projekt um die Errichtung weiterer Praxisräume sowie zusätzliche ambulante OP-Einheiten erweitert werden. Ende 2007 wurde das Vorhaben von der PPP Task Force im BMVBS zum Pilotprojekt für den Gesundheitsbereich erklärt und vom Bund mit einer Förderung in Höhe von 120.000 Euro bedacht. Ziel dieser Maßnahme ist es, weitere Erkenntnisse bei der Anwendung von PPP-Strukturen im Gesundheitsbereich zu sammeln.<sup>662</sup>
- Neben den in der Fallstudienanalyse erfassten Projekten am UK Essen und UK S-H wurde Ende 2007 ein weiteres Vorhaben zur Erstellung eines Strahlentherapiezentrum

---

<sup>658</sup> Vgl. die Ausschreibung vom 7.4.2006 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 168847-2007.

<sup>659</sup> Vgl. zur Versorgungsstufe der Regelversorgung Abschnitt 2.2.1.5.

<sup>660</sup> Die Projektübersicht erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Bei einigen weiteren geplanten Projekten ist zudem die Einordnung als PPP fraglich, sodass hier auf eine Darstellung verzichtet wurde.

<sup>661</sup> Vgl. die Ausschreibung vom 3.8.2007 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 183765-2007.

<sup>662</sup> Vgl. u.a. BMVBS (2007a), S. 1.

#### 4. Gang der Untersuchung

Ausblick auf weitere geplante Projekte

---

ausgeschrieben. Das Projekt wird vom **Uniklinikum Aachen** zusammen mit der PTC Euregio Rhein-Maas Partikeltherapiezentrum GmbH geplant und soll Planung, Errichtung, Finanzierung und technischen (nicht medizinischen) Betrieb über bis zu 20 Jahre umfassen.<sup>663</sup> Der Ausschreibungs- und Vergabeprozess war zum Zeitpunkt dieser Untersuchung noch nicht abgeschlossen.

- Das Bundesland Hessen zählt neben NRW zu den Vorreitern bei der Unterstützung von alternativen Beschaffungsvarianten im Krankenhausbereich. An den Standorten der Krankenhäuser Bad Homburg und Usingen sind im Rahmen eines PPP-Pilotprojektes Hessens Klinikneubauten geplant. In den unter dem Dach der kreiseigenen **Hochtaunus-Kliniken** gGmbH zusammengefassten Krankenhäusern sollen private Partner über 25 Jahre auch die Instandhaltung und den technischen Betrieb übernehmen. Der Kreis soll die als Forfaitierung mit Einredeverzicht geplante Finanzierung mit einer Bürgschaft absichern. Mit 70 Mio. Euro trägt das Land über ein Drittel der mit rund 170 Mio. Euro veranschlagten Investitionskosten<sup>664</sup> und damit wesentlich mehr als die im Krankenhausfinanzierungsprogramm für das Projekt vorgesehenen 32 Mio. Euro.<sup>665</sup> Unter konservativen Annahmen wird für die Vorhaben an den zwei Standorten ein Effizienzvorteil von drei bis vier Prozent in der vorläufigen Wirtschaftlichkeitsuntersuchung angegeben.<sup>666</sup> Dieser fällt zwar im Vergleich zum Durchschnittswert bisheriger PPP-Projekte geringer aus, zeigt aber dennoch, dass PPP gegenüber der konventionellen Realisierung als wirtschaftlicher eingeschätzt wird.
- Im Gegensatz zu den Planungen an den Hochtaunus-Kliniken wurden die Überlegungen zu einem weiteren PPP-Projekt in Hessen wieder eingestellt. An den **Städtischen Kliniken Frankfurt am Main - Höchst**, gelegen im Frankfurter Stadtteil Höchst, wurde im Sommer Jahr 2008 die Umsetzung großflächiger Neubau- und Sanierungsmaßnahmen als PPP untersucht. Im Gesundheitsdezernat wurden für das Vorhaben Baukosten in Höhe von rd. 151 Mio. Euro kalkuliert. Im Krankenhausprogramm Hessens ist für das Vorhaben ein Betrag von 43 Mio. Euro als Investitionsförderung eingestellt.<sup>667</sup> Die Voruntersuchungen ließen zwar je nach konkreter Projektausgestaltung einen niedrigen bis zweistelligen PPP-Effizienzvorteil erwarten, eine konkrete Entscheidung über den Beschaffungsweg ist bisher allerdings nicht bekannt.
- Nachdem am **UK Essen** erste Erfahrungen mit der Beschaffungsvariante PPP im Rahmen der Erstellung des Westdeutschen Protonentherapiezentrum Essen (WPE) gesammelt werden konnten, soll ein weiteres Vorhaben als PPP ausgeschrieben werden. Das UK Essen plant den Neubau eines onkologischen Bettenhauses für das Westdeutsche Tumorzentrum (WTZ) mit ca. 130 Planbetten als PPP zu realisieren. Die Baukosten werden mit 25 Mio. Euro veranschlagt. Eine im Oktober 2008 erstellte Machbarkeitsuntersuchung kam zu dem Ergebnis, dass PPP die effizienteste Realisierungsvariante für

---

<sup>663</sup> Vgl. die Ausschreibung vom 22.11.2007 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 274466-2007.

<sup>664</sup> Ausgegangen wird von 140 Mio. Euro Gesamtbauvolumen und weiteren 30 Mio. Euro für Ausstattung und Medizintechnik.

<sup>665</sup> Vgl. zu weiteren Projektdetails Biener (2008), S.1 ff. und weiterführend zur Umstellung der Investitionsförderung in Hessen Abschnitt 3.3.2.7.

<sup>666</sup> Vgl. Metzner (2008), S. 22.

<sup>667</sup> Vgl. Rösmann (2008), S. 1 ff.

das Vorhaben darstellen würde. Trotz dieser positiven Vorgaben wurden die Projektplanungen in 2009 eingestellt

- Anfang des Jahres 2009 wurde vom **Klinikum Konstanz** Planung, Bau, Finanzierung und Vermietung eines Ärztehauses im Rahmen einer Baukonzession ausgeschrieben. Das Grundstück stellt das Klinikum über einen Erbbaurechtsvertrag zur Verfügung. Von den ca. 4.000 m<sup>2</sup> Nutzfläche will das Klinikum bzw. das Medizinische Versorgungszentrum der Spitalstiftung ca. die Hälfte anmieten. Die Nutzung des Ärztehauses ist auf ärztliche Heilberufe und andere Gesundheitsdienstleister beschränkt.<sup>668</sup>

Die zahlreichen Projektplanungen verdeutlichen, dass über die untersuchten Projekte hinaus weitere PPP-Vorhaben im Krankenhausbereich gestartet wurden. Daran zeigt sich, dass trotz einiger Projektabbrüche<sup>669</sup> PPP verstärkt als Beschaffungsvariante in Betracht gezogen wird. Laut einer Studie der AOLG aus dem Jahr 2004 war bereits zu diesem Zeitpunkt ein Zuwachs an Krankenhausträgern zu verzeichnen, die nach Möglichkeiten zur Kooperation mit privaten Investoren suchten.<sup>670</sup> Dieser Trend könnte sich mit zunehmender Nutzung von PPP als Beschaffungsvariante fortzusetzen.

#### 4.4 Zusammenfassung des vierten Kapitels

Im vierten Kapitel wurde das Vorgehen zur Untersuchung von projektspezifischen Erfahrungen mit der Beschaffungsmethode PPP in öffentlichen Krankenhäusern vorgestellt. Die verwendete Fallstudienanalyse hat sich dafür als zweckmäßige Forschungsmethode erwiesen.

Es konnte gezeigt werden, dass mit den ausgewählten Fallstudien entsprechend dem Untersuchungsrahmen alle bis Juli 2007 initiierten PPP-Projekte im deutschen Krankenhausbereich erfasst wurden. Damit bestand eine geeignete Datengrundlage, um für den betreffenden Untersuchungszeitraum ein umfassendes Bild des Entwicklungs- und Erfahrungsstandes von PPP im Krankenhausbereich zu erhalten und entsprechend belastbare Rückschlüsse für zukünftige PPP-Projekte ziehen zu können.

Mit den anschließenden Projektvorstellungen wurde eine detaillierte Einsicht in die konkreten Projekte ermöglicht. Hiermit wird eine Datenbasis zur Verfügung gestellt, die auch als Grundlage zukünftiger Forschungen genutzt werden kann.

Die Ergebnisse der Fallstudienanalyse werden im anschließenden fünften Kapitel dafür genutzt, Anhaltspunkte zu formulieren, mit denen sich die Einhaltung der Prüfkriterien feststellen lässt. Die Projekterfahrungen dienen darüber hinaus dazu, Empfehlungen zur Vorbereitung von PPP-Projekten abzuleiten.

---

<sup>668</sup> Vgl. die Ausschreibung vom 9.1.2009 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 5692-2009.

<sup>669</sup> Vgl. hierzu die geplanten PPP-Projekte am Klinikum Bremen in Abschnitt 4.2.5 am AKH Viersen in Abschnitt 4.2.7.

<sup>670</sup> Vgl. z.B. AG Krankenhauswesen der AOLG (2004), S. 3: Eine Krankenhausumfrage der Landesbehörden hatte zum Ergebnis, dass im Jahr 2004 30 % der befragten 740 Krankenhausträger eine Kooperation mit einem Investor geprüft haben.

## 5 ENTWICKLUNG EINES PPP-EIGNUNGSTESTS FÜR IMMOBILIEN- PROJEKTE ÖFFENTLICHER KRANKENHÄUSER

Die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Kapiteln werden in diesem fünften Kapitel zusammengeführt, indem aus den Untersuchungsergebnissen ein PPP-Eignungstest konzipiert wird. Dieser soll die Verantwortlichen in den öffentlichen Krankenhäusern bei der Einschätzung unterstützen, ob die Beschaffungsvariante PPP für ein konkretes Vorhaben eingesetzt werden kann und dabei von Wirtschaftlichkeitsvorteilen auszugehen ist.

Dazu wird eine strukturierte **Auswertung der Projekterfahrungen** in den ausgewählten Fallstudien (4. Kapitel), hinsichtlich der eruierten PPP-Anforderungen (2. und 3. Kapitel) durchgeführt. Ein Ziel ist es, aus den Projekterfahrungen abzuleiten, welche Projektmerkmale auf eine Erfüllung bzw. Nichterfüllung der jeweiligen Prüfkriterien schließen lassen.

Ergänzt werden soll der zu entwickelnde krankenhausspezifische PPP-Eignungstest durch Empfehlungen, wie die identifizierten Bedingungen einer PPP-Eignung erfüllt werden können. Dies schließt auch Vorschläge zur Umgestaltung von Vorhaben ein, wenn diese den Test zunächst nicht bestehen. Damit soll den öffentlichen Krankenhäusern ggf. auch nachträglich die Möglichkeit eröffnet werden, bestehende Chancen zur Umsetzung eines PPP zu erkennen und zu nutzen.

### 5.1 Prüfung der grundsätzlichen Realisierbarkeit von PPP

Aufbauend auf den im dritten Kapitel ermittelten Voraussetzungen für die Realisierbarkeit von PPP-Projekten im Krankenhausbereich, werden nun die diesbezüglichen Erfahrungen in den Fallstudien ausgewertet. Daraus wird abgeleitet, welche Anhaltspunkte auf eine Erfüllung der PPP-Voraussetzungen hindeuten. Die Anordnung der entsprechenden Prüfkriterien ist vom „Projektunabhängigen“ zum „Projektspezifischen“ gewählt. Demnach werden zuerst die Einflussfaktoren der rechtlichen Rahmenbedingungen (Kapitel 3.1), danach der Krankenhausfinanzierung (Kapitel 3.3) und abschließend der Krankenhaus-Immobilie (Kapitel 3.2) auf die Umsetzbarkeit von PPP betrachtet. Die Ergebnisse dieses Abschnitts werden im **Anhang 8** zusammengefasst.

Die Untersuchung der einzelnen Prüfkriterien erfolgt in unterschiedlicher Tiefe, die sich u.a. nach deren Bedeutung, dem bestehenden Handlungsspielraum der Krankenhäuser sowie den verfügbaren Projektinformationen richtet. Dabei wird auf einzelne Projekte eingegangen, um bestimmte Sachverhalte zu veranschaulichen oder auch, um auf Besonderheiten eines Projektes hinzuweisen. Wenn es angebracht ist, werden die Erfahrungen mehrerer oder aller untersuchten Projekte vorgestellt, um daraus Schlussfolgerungen für die Beschaffungsmethode PPP im Krankenhausbereich insgesamt abzuleiten.

Die Erfüllung einiger der Kriterien ist für die Umsetzung eines PPP-Projektes zwingend erforderlich. Diese werden als K.O.-Kriterien angegeben. Für andere Kriterien gilt diese Forderung nicht. Ihre Erfüllung ist wünschenswert, ist aber nicht als zwingend erforderlich anzusehen. Vielmehr geben sie Aufschluss über potenzielle Problemstellungen bei der Umsetzung des Vorhabens als PPP, die zu einer Einschränkung des Effizienzpotenzials führen. Bei der folgenden Beschreibung der einzelnen Voraussetzungen wird jeweils darauf hingewiesen, welche Auswirkungen die Nichterfüllung der Anforderung auf die Realisierbarkeit eines PPP-Projektes hat. Wenn erforderlich, wird darauf eingegangen, ob eine Anforderung sich an alle

öffentlichen Krankenhäuser gleichermaßen richtet oder nur bei Hochschulklinika bzw. kommunalen Häusern zu beachten ist.

### 5.1.1 Rechtliche Zulässigkeit

PPP ist eine noch neue privatwirtschaftliche Beschaffungsvariante für öffentliche Krankenhäuser, die zudem auf vielfältige Weise ausgestaltet werden kann. U.a. daraus wurde im dritten Kapitel hergeleitet, dass im Vorfeld eines PPPs zu prüfen ist, ob dem Einsatz von PPP rechtliche Einschränkungen entgegenstehen.<sup>671</sup> Das PPP prinzipiell als alternative Beschaffungsvariante einsetzbar ist, haben die bisherigen Untersuchungen bereits zeigen können.<sup>672</sup> Allerdings ist die Prüfung der rechtlichen Zulässigkeit eines konkreten Vorhabens damit nicht ersetzbar. Deren Sicherstellung ist als grundlegende Voraussetzung für alle weiteren Überlegungen zwingend zu gewährleisten.

Speziell bei kommunalen Krankenhäusern ist in diesem Zusammenhang sicherzustellen, dass dem PPP-Vorhaben keine **kommunalrechtlichen Restriktionen**, wie Haushaltsicherung, vorläufige Haushaltsführung etc., entgegenstehen. So sind Baumaßnahmen im Krankenhausbereich regelmäßig nicht zulässig, wenn eine vorläufige Haushaltsführung besteht.<sup>673</sup> Aus den Fallstudienprojekten sind allerdings keine dergleichen Restriktionen bekannt geworden. Als weiterer Punkt ist sicherzustellen, dass die Projektplanungen nicht im Konflikt mit dem **EG-Beihilferecht** stehen.<sup>674</sup> Dies ist z.B. bei einer in Aussicht gestellte Bürgschaft oder Garantie des Trägers für das öffentliche Krankenhaus frühzeitig abzuklären.<sup>675</sup> Sollte eine der vorgestellten Einschränkungen für ein Krankenhaus zutreffen, ist dies als K.O.-Kriterium für weitere PPP-Planungen zu werten.<sup>676</sup>

Um sichergehen zu können, dass die rechtliche Zulässigkeit eines PPP-Vorhabens besteht, ist eine enge Abstimmung der Planungen mit den Genehmigungs- und Aufsichtsbehörden (z.B. der Kommunalaufsicht) wie auch dem Land als Fördermittelgeber erforderlich. Diese sind frühzeitige in ein PPP-Projekt einzubinden und kontinuierlich zu informieren.<sup>677</sup>

---

<sup>671</sup> Vgl. Abschnitt 3.1.4.

<sup>672</sup> Vgl. Abschnitt 3.1.

<sup>673</sup> Vgl. zur vorläufigen Haushaltsführung in NRW den § 82 GO NRW; vgl. PPP-Task Force NRW (2008), S. 7.

<sup>674</sup> Das Beihilferecht verbietet bestimmte staatliche Beihilfen, die einzelne Unternehmen bevorteilen und dadurch den Wettbewerb verfälschen. Dies ist grundsätzlich auch bei der staatlichen Finanzierung von Krankenhäusern zu beachten. Allerdings wurden im Jahr 2005 im Rahmen des so genannten „Monti-Pakets“ Ausgleichszahlungen im Krankenhausbereich von den strikten Regelungen freigestellt. Als Voraussetzung dafür muss ein Krankenhaus allerdings förmlich mit der täglichen medizinischen Versorgung der Bevölkerung in einem bestimmten Gebiet beauftragt sein (sog. Betrauungsakt, bei kommunalen Krankenhäusern z.B. ein entsprechender Kreistagsbeschluss). Als weitere Voraussetzung dürfen nur die Kosten als ausgleichs- und förderfähig herangezogen werden, die mit der beauftragten medizinischen Versorgung in Zusammenhang stehen. Ansonsten handelt es sich um eine beihilferechtlich unzulässige Überkompensation. Vgl. Andree/ Dreher (2009), S. 436 und Raabe (2008), S. 9 ff.

<sup>675</sup> Bei dem als Fallstudie untersuchten PPP-Projekt am UK S-H stand die Garantie des Landes für das Universitätsklinikum bereits im Vertrag, bevor diese aus beihilferechtlichen Bedenken wieder entfernt wurde. Die Verträge wurden daraufhin so gestaltet, dass auf eine Garantie des Landes verzichtet werden konnte. Vgl. Raabe (2008), Kommentar zum begleiteten PPP-Projekt am UK S-H.

<sup>676</sup> Eine Zusammenfassung der Anforderungen zur Erfüllung des Prüfkriteriums ist der Checkliste im Anhang 8 zu entnehmen.

<sup>677</sup> Vgl. Alfen et al (2009), S. 47; vgl. auch die Handlungsempfehlungen in Dreher/ Heinrich (2009), denen auch eine Checkliste zur beihilferechtlichen Prüfung beiliegt.

### 5.1.2 Vereinbarkeit mit den Bedingungen der Investitionskostenförderung

In den vorangegangenen Untersuchungen wurde dargelegt, dass die Regelungen der Krankenhausfinanzierung und damit die Besonderheiten der Dualistik Einfluss auf die Realisierbarkeit eines PPP-Projektes ausüben.<sup>678</sup> Bereits im Vorfeld eines PPP-Eignungstests sollte die Finanzierbarkeit eines Vorhabens geprüft worden sein.<sup>679</sup> Es sollte feststehen, wie das für die Realisierung der baulichen Maßnahmen erforderliche Kapital beschafft werden kann.

Für Hochschulkliniken besteht die Besonderheit, dass deren Investitionskosten nicht auf der Basis des KHG, sondern auf der Grundlage des jeweiligen Landesrechts durch Zuschüsse der Länder finanziert werden.<sup>680</sup> Die Anspruchsgrundlage ist demnach eine andere als bei den kommunalen Krankenhäusern, das Land als Fördermittelgeber allerdings der Gleiche. Grundsätzlich besteht bei allen öffentlichen Krankenhäusern die Möglichkeit, Investitionsfördermittel in ein Krankenhausbauprojekt zu integrieren.<sup>681</sup>

Seine **Relevanz** verliert der Einbezug von Investitionsfördermitteln, wenn die Refinanzierung des PPP-Projektes auf andere Weise gesichert ist, z.B. durch Kredit- oder Eigenfinanzierung. Das gleiche gilt für Projekte, die durch zusätzliche Einnahmen refinanziert werden und für die demnach eine Investitionskostenfinanzierung ebenfalls nicht benötigt bzw. eingeplant wird.

Sollen zur Finanzierung eines PPP-Vorhabens allerdings Investitionsfördermittel integriert werden, ist zu hinterfragen, ob mit den PPP-Planungen die dafür definierten Anforderungen erfüllt werden können. Besteht keine alternative Möglichkeit zur Refinanzierung der Investitionskosten, ist die Möglichkeit zur zeitlich passenden Inanspruchnahme von Investitionsfördermitteln und der Erfüllung der dafür bestehenden Voraussetzungen als K.O.-Kriterium zu prüfen.

Von den Fallstudienprojekten ist allein bei dem PPP-Projekt in Dortmund bekannt, dass Mittel der Investitionskostenförderung eingebracht worden sind. Für das Kölner PPP-Projekt zur Errichtung des U/B West wird die Möglichkeit der Integration von Mitteln der Investitionsförderung geprüft, allerdings bisher ohne konkretes Ergebnis. Sollte das Land doch noch finanzielle Mittel für Investitionen im Rahmen des Projektes zur Verfügung stellen (können), sind in den Verträgen mit den privaten Partnern entsprechende Möglichkeiten zum Einbringen der Mittel vorgesehen.<sup>682</sup> Demgegenüber wurden die PPP-Projekte in Essen, Bremen und Viersen von vornherein ohne Fördermittel aus der Investitionskostenfinanzierung geplant.<sup>683</sup>

Um Investitionsfördermittel in die Projektentwicklung eines kommunalen Krankenhauses einplanen zu können, ist grundsätzlich das **komplexe Regelwerk** der KHG-Förderung der Län-

---

<sup>678</sup> Vgl. Abschnitt 3.3.5.

<sup>679</sup> Vgl. dazu den Schritt „Nachweis der finanziellen Realisierbarkeit“ in der Phase I des PPP-Beschaffungsprozesses in Abschnitt 2.3.3.1.

<sup>680</sup> Vgl. Voland (2008a), S. 19.

<sup>681</sup> Auch in dem Referentenentwurf zum KHRG wird explizit darauf verwiesen, dass; „Bei der Umstellung der Investitionsfinanzierung [Anmerkung: von KHG auf KHRG] [...] weder eine Neuabgrenzung der nach dem KHG förderungsfähigen Einrichtungen noch eine Neuabgrenzung der nach diesem Gesetz zu finanzierenden Investitionskosten vorgenommen wird. Dies bedeutet insbesondere auch, dass die Rechtsgrundlagen für die unterschiedliche Investitionsfinanzierung von Universitätskliniken durch die Neuregelung weder verändert noch berührt werden.“ Vgl. BMG (2008b), S. 7.

<sup>682</sup> Vgl. Burger/ Uhlig (2008).

<sup>683</sup> Für die PPP-Projekte in Kiel (S-H) und Düsseldorf liegen diesbezüglich keine gesicherten Informationen vor.

der mit Antragstellung, Vorlagen, Prüfungen, Bewilligungen, Bescheiden und Verwendungsnachweisen zu beachten.<sup>684</sup> Das KHG bietet als Rahmengesetz die Möglichkeit, Fördermittel für PPP-Projekte einzusetzen, jedoch bedarf es in vielen Ländern noch der Anpassungen der jeweiligen Ländergesetze bzw. Förderrichtlinien.<sup>685</sup> Sollen Fördermittel dieser Art in ein PPP-Projekt integriert werden, ist zu prüfen, ob sie für die Beschaffungsart PPP eingesetzt werden dürfen.

Für geplante PPP-Projekte wird i.d.R. eine kurzfristige Umsetzung angestrebt. Typischerweise ist bei einer Antragstellung auf Investitionskostenförderung aber eine erhebliche zeitliche Dauer zu berücksichtigen. Aufgrund der nur begrenzt zur Verfügung stehenden Fördermittel beträgt die durchschnittliche Bewilligungsdauer 3 bis 5 Jahre,<sup>686</sup> es können von der ersten Antragsstellung bis zu einer Bewilligung der Maßnahme aber auch 10 Jahre vergehen. Aufgrund eines solch zu erwartenden langen Zeitraums ist bei den Krankenhausträgern eine große Planungsunsicherheit zu konstatieren.<sup>687</sup> Bei PPP ist genau zu hinterfragen, ob die Projektplanung mit der einzukalkulierenden **Beantragungsdauer** vereinbar ist. Muss von einem langfristigen Zeitraum bis zur Bewilligung der Fördermittel ausgegangen werden, ist ein kurzfristiger Einsatz für Investitionen im Rahmen eines PPP-Projektes nicht möglich.

Bei der Beurteilung dieses Aspektes ist die Beachtung der landesspezifischen Gegebenheiten von hoher Bedeutung. Denn abweichend von der vorgestellten Problemlage wurden in NRW und Hessen ab dem Jahr 2008 klare Regeln für den Fördermitteleinsatz für PPP im Krankenhausbereich geschaffen.<sup>688</sup> In NRW sind die pauschalierten Investitionskostenfördermittel gerade auch für PPP-Projekte einsetzbar. Unter Beachtung der bestehenden Einschränkungen<sup>689</sup> kann die Baupauschale einen wichtigen Baustein im Finanzierungskonzept eines PPP-Projektes darstellen.

Trotz der Neuregelungen wurden die Fallstudien in NRW ohne Fördermittel geplant. Das UK Essen und UK Köln hatten als Universitätsklinikum keinen Anspruch auf die Baupauschale<sup>690</sup> und das Projekt am AKH Viersen wurde vorzeitig abgebrochen. Die in Hessen eingerichtete Förderung von PPP wurde erstmals bei dem Projekt der Hochtaunus-Kliniken eingesetzt, dass erst nach dem Untersuchungszeitraum initiiert wurde.<sup>691</sup>

Auch bei dem PPP-Projekt am Klinikum Dortmund war eine Realisierung ohne Investitionsförderung vorgesehen. Das Vorhaben war bereits langfristig geplant und sollte nun mit privater Unterstützung zur Umsetzung gebracht werden. Es wurde zwar vor mehreren Jahren ein Antrag auf Investitionsfördermittel gestellt, die Bewilligung war aber seit langem unsicher. In

<sup>684</sup> Vgl. Daube et al. (2005), S. 1084; PwC (2007), S. 66.

<sup>685</sup> Vgl. Weber/ Heß (2007), S. 1. Die Autoren führen aus, dass öffentliche Krankenhausträger PPP-Projekte im Rahmen der dualistischen Finanzierung durchführen können und es dafür auch keiner Änderung des Bundesrechts bedarf. Lediglich auf Länderebene wird ein Handlungsbedarf identifiziert.; PwC (2007), S. 129 und 136.

<sup>686</sup> Vgl. Strohe et al. (2006), S. 1.

<sup>687</sup> Vgl. PwC (2007), S. 67: In dem Gutachten zur Krankenhausfinanzierung in Hessen heißt es: „Bereits die zeitliche Dauer des Förderverfahrens erfordert einen erheblichen zeitlichen Vorlauf vor der Ausführung des geplanten Vorhabens. Hierdurch werden kurzfristige Investitionsvorhaben aber – will der Vorhabenträger sich nicht der Fördermittel begeben - nahezu unmöglich gemacht. [...] Für den Antragsteller/ Vorhabenträger stellt sich [die] Notwendigkeit der Haushaltsmittelplanung [...] zeitlich aufwendig und unflexibel dar.“

<sup>688</sup> Vgl. weiterführend die Abschnitte 3.3.2.6 und 3.3.2.7.

<sup>689</sup> Vgl. zur Baupauschale in NRW Abschnitt 3.3.2.6.

<sup>690</sup> Vgl. zum Ausschluss der Universitätsklinikum von der Baupauschale Abschnitt 3.3.2.6.

<sup>691</sup> Vgl. zu dem PPP-Projekt die Hinweise in Abschnitt 4.3 und Abschnitt 5.4.2.

der Planungsphase des PPP-Projektes erhielt das Klinikum Dortmund dann einen Bewilligungsbescheid über Fördermittel für die Erstausrüstung der Zentralsterilisation und des Zentrallagers. Die Mittel konnten in die Gesamtfinanzierung eingebracht werden und trugen zur Reduzierung der anderweitig aufzubringenden Finanzierungsmitteln bei.

Wie das Beispiel zeigt, sollte im Vorfeld eines PPP-Projektes auch geprüft werden, ob die Möglichkeit besteht, in der Vergangenheit beantragte und nun bewilligte Fördermittel in ein PPP-Projekt zu integrieren. Dazu müssen die mit der Bewilligung verbundenen Einschränkungen, z.B. bezüglich des Fördergegenstandes, eingehalten werden können.<sup>692</sup> In den zu schließenden PPP-Verträgen sollte zudem die Möglichkeit zur Einbeziehung nachträglich gewährter Fördermittel vorgesehen und klar geregelt werden.

Als weiterer Aspekt ist sicherzustellen, dass bei der Beschaffung mittels PPP die **Anerkennung des Krankenhausträgers** nicht gefährdet ist, wenn ein Klinikum im Rahmen einer langfristigen Partnerschaft die Ausführung wesentlicher Aufgaben des Krankenhausbetriebs an einen privaten Partner überträgt.<sup>693</sup> Denn eine öffentliche Förderung darf nur dem Krankenhausträger gewährt werden.<sup>694</sup> Einem sonstigen Dritten, der nicht Träger ist, dürfen hingegen keine Fördermittel ausgezahlt werden.<sup>695</sup> Es ist daher landes- und projektspezifisch zu prüfen, ob ein geplantes PPP-Projekt mit den Anforderungen an eine Bewilligung von Mitteln der Investitionskostenfinanzierung kompatibel ist.

Auch wenn bisher kaum Investitionsfördermittel zur Realisierung von Krankenhaus-PPP eingesetzt wurden, ist davon auszugehen, dass sich dies in Zukunft ändert. Zum einen erleichtern die angesprochenen gesetzlichen Änderungen die Bedingungen, Fördermittel der Investitionskostenfinanzierung auch im Rahmen von PPP einzusetzen. Dies war bisher aufgrund vielfältiger Hemmnisse nur bedingt möglich. Zum anderen ist es kaum vorstellbar, dass Krankenhäuser mittelfristig ohne Fördermittel zur Investitionsfinanzierung auskommen, da sie selbst i.d.R. kaum (noch) über nennenswerte Eigenmittel verfügen.<sup>696</sup> Und auch wenn es Projekte gibt, die sich vollständig oder nahezu vollständig selbst tragen, trifft dies doch nur auf einen kleinen Teil der dringend notwendigen Investitionsvorhaben der Krankenhäuser zu.

### 5.1.3 Politische Unterstützung

Im Vorfeld wurde festgestellt, dass insbesondere auf Landesebene die politische Unterstützung für PPP sehr unterschiedlich ausgeprägt ist.<sup>697</sup> Da die Realisierbarkeit eines PPP-Projektes hierdurch beeinflusst wird, ist die Unterstützung der politischen Entscheidungsträ-

---

<sup>692</sup> Eine Zusammenfassung der Anforderungen zur Erfüllung des Prüfkriteriums ist der Checkliste im Anhang 8 zu entnehmen.

<sup>693</sup> Kommunale Krankenhausträger werden nur dann Investitionszuschüsse des Landes sowie Pflegesätze bzw. DRG-Pauschalen von den Krankenkassen beanspruchen können, wenn sie auch weiterhin als Krankenhausträger sowohl im Sinne des KHG als auch der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes anerkannt werden, auch wenn im Rahmen des PPP-Projektes die private Projektgesellschaft das Krankenhaus teilweise bzw. komplett betreibt.

<sup>694</sup> Vgl. dazu die Untersuchungen in Schmidt/ Riecken (2002) bezüglich des Begriffs des Krankenhausträgers, der weder im Krankenhausfinanzierungsgesetz noch in der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz definiert wird. Lediglich im § 9 Abs. 4 des Bayrischen Krankenhausgesetzes wird hierzu eine Festlegung getroffen. Dort heißt es: „Krankenhausträger ist, wer das Krankenhaus betreibt.“

<sup>695</sup> Vgl. AOLG (2004), S. 6.

<sup>696</sup> Vgl. Metzner (2008), S. 1 ff.

<sup>697</sup> Vgl. Abschnitt 3.3.5.

ger für das Projekt abzuklären. Gerade bei Pilotprojekten, um die es sich im Krankenhaussektor oft handelt, bedarf es des politischen Willens zur Durchsetzung von PPP. Eine Umsetzung gegen politische Widerstände hat hingegen kaum Erfolgchancen.<sup>698</sup> Ist bei einem geplanten PPP-Projekt von einer ablehnenden bzw. blockierenden Haltung der politischen Entscheidungsträger auszugehen, stellt dies ein K.O.-Kriterium dar.<sup>699</sup>

Die Bedeutung der politischen Unterstützung im Allgemeinen verdeutlicht die regionale Verteilung der Projekte. Als ein Indiz für die politische Grundhaltung in einem Bundesland gegenüber PPP kann die Anzahl der dort realisierten PP-Projekte herangezogen werden. Fünf der sieben bis Mitte 2007 ausgeschrieben PPP-Krankenhausprojekte wurden in NRW initiiert. Dort wird PPP bereits seit 2003 durch eine PPP-Task Force gefördert. Insofern konnte bei der Vorbereitung der ersten Krankenhausprojekte auf die bisherigen Projekterfahrungen mit PPP zurückgegriffen werden, auch wenn die krankenhausspezifischen Besonderheiten nur eine begrenzte Übertragung von anderen Sektoren zuließen. Den Projektinitiatoren in den Krankenhäusern wurde in Workshops die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Interessierten sowie Experten gegeben.<sup>700</sup> Diese Dialogforen waren geeignet, Hemmnisse für PPP zu erkennen und Lösungsmöglichkeiten zu diskutieren. Von dem sich etablierenden Netzwerk konnten auch die Verantwortlichen der Fallstudienprojekte in Essen, Düsseldorf, Köln und Viersen profitieren.

Wird eine aktive Unterstützung und Beratung zu Krankenhaus-PPP z.B. durch eine PPP-Task Force angeboten, lässt dies auf die politische Unterstützung einer Landesregierung für PPP schließen. Einrichtungen dieser Art können eine Vermittlerrolle einnehmen, z.B. wenn bei politischen Entscheidungsträgern auf kommunaler Ebene für das Projekt um Zustimmung geworben werden soll.

Als weiterer Anhaltspunkt für die politische Unterstützung von PPP können gesetzliche Regelungen mit Einfluss auf die Umsetzbarkeit im Krankenhausbereich herangezogen werden. Die gesetzlichen Änderungen in NRW und Hessen<sup>701</sup> erleichtern die Anwendung von PPP und sind als ein politisches Signal der Unterstützung zur weiteren Verbreitung von PPP als alternative Beschaffungsvariante zu werten. Damit werden die bisherigen Bestrebungen der Bundesregierung zum Abbau von Hemmnissen,<sup>702</sup> die im PPP-Beschleunigungsgesetz<sup>703</sup>

<sup>698</sup> Vgl. BMVBS (2007), S. 17 - 18.

<sup>699</sup> Eine Zusammenfassung der Anforderungen zur Erfüllung des Prüfkriteriums ist der Checkliste im Anhang 8 zu entnehmen.

<sup>700</sup> U.a. fand bereits am 1.2.2005 ein Workshop im Finanzministerium NRW in Düsseldorf zum Thema PPP in kommunalen Krankenhäusern NRW statt, an dem auch Vertreter mehrerer kommunaler Kliniken in NRW teilnahmen. U.a. waren auch Verantwortliche des Klinikums Dortmund und des Uniklinikums Köln anwesend. An diesen Krankenhäusern wurden später PPP-Projekte gestartet, die im Rahmen dieser Arbeit als Fallstudien untersucht wurden. Es wurden der Bedarf und der Stand von PPP im Krankenhausbereich diskutiert. Die Klinikverantwortlichen stellten eigene Projekte vor, die bereits einzelne Elemente von PPP beinhalteten. Diesem Workshop folgte am 9.5.2005 die „Regionalkonferenz zum Thema PPP im Krankenhaus“, ebenfalls im Finanzministerium NRW in Düsseldorf. Die Veranstaltung wurde zusammen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit ausgerichtet. Die Entscheidungsträger in den Krankenhäusern NRW und darüber hinaus konnten sich zum Thema PPP und zu ersten Initiativen in Bremen, Krefeld und Leverkusen informieren.

<sup>701</sup> Vgl. zur Baupauschale in NRW Abschnitt 3.3.2.6 und zur neuen Regelung der Investitionsförderung in Hessen Abschnitt 3.3.2.7.

<sup>702</sup> Auch auf Bundesebene gab es frühzeitig Bestrebungen, das Thema PPP im Krankenhaussektor voranzubringen und eine Diskussion zu den benötigten Rahmenbedingungen anzustoßen. So fand beispielsweise am 15.2.2005 im Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit in Berlin ein Workshop zum Thema PPP in Hochschulkliniken statt, bei dem zahlreiche Vertreter der Hochschulen teilnahmen. Es wurden u.a. die bestehenden Probleme der Unikliniken sowie Möglichkeiten und Grenzen für den Einsatz von PPP diskutiert.

und im PPP-Vereinfachungsgesetz<sup>704</sup> mündeten, auf den Krankenhausbereich ausgedehnt.<sup>705</sup> Es ist zudem eine Arbeitsgruppe Krankenhäuser des föderalen PPP Kompetenznetzwerkes (FPK AG Krankenhäuser) aktiv, die sich das Ziel gesetzt hat, die Behinderungen im Krankenhausbereich zu identifizieren sowie Themenbereiche zu eruieren, die weiterer Klärung bzw. Erforschung bedürfen.<sup>706</sup>

Das Ziel der Landesregierung NRW einer vermehrten Nutzung von PPP durch öffentliche Krankenhausträger wird auch an einem anderen Punkt deutlich. Über Änderungen der Investitionsförderbedingungen hinaus<sup>707</sup> hat das Land NRW eine Neuregelung des **Hochschulmedizingesetzes (HMG)** vorgenommen. Demnach ist von Universitätskliniken des Landes bei Bauvorhaben ab einem Investitionsvolumen von 15 Mio. € zwingend eine Realisierung als PPP zu prüfen.<sup>708</sup> In einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung sind die konventionelle Eigenrealisierung, die Realisierung als öffentlich-private Partnerschaft sowie andere in Betracht kommende Realisierungsvarianten miteinander zu vergleichen und auf diese Weise die voraussichtlich wirtschaftlichste Variante für die Umsetzung auszuwählen. Damit kommt es zu einer „Beweislastumkehr“, die in dieser Form einmalig ist in Deutschland. Diese Umstellung bewirkt, dass bei allen größeren Baumaßnahmen die Beschaffung mittels PPP in Erwägung zu ziehen und zu untersuchen ist. Dadurch wird erreicht, dass sich die Universitätskliniken NRW intensiv mit dieser Beschaffungsvariante auseinandersetzen. Diese Regelung stellt unmissverständlich klar, dass die Landesregierung PPP unterstützt.

Dass die politische Unterstützung für ein Projekt sich auch ändern kann, zeigen die Erfahrungen in Bremen. Die dortigen PPP-Planungen wurden von der amtierenden Landesregierung vorangetrieben. Aufgrund einer langen Planungs-, Vorbereitungs- und Abstimmungsphase konnte das Vorhaben allerdings nicht wie geplant vor der nächsten Legislaturperiode umgesetzt werden. Im Ergebnis der Landeswahlen im Frühjahr 2007 kam es zu einem Regierungswechsel in Bremen, der auch konkrete Auswirkungen auf das PPP-Vorhaben hatte. Die PPP ablehnende Haltung der neuen Landesregierung war letztendlich ein entscheidender Grund für den Abbruch der PPP-Planungen.<sup>709</sup> Um dies zu verhindern, sollten verbindliche Zusagen seitens des Landes eingefordert werden, sodass diesbezüglich Planungssicherheit besteht.

### 5.1.4 Vereinbarkeit mit strategischer Ausrichtung des Klinikums

Als eine weitere wichtige Voraussetzung für die Realisierbarkeit von PPP wurde im dritten Kapitel die Vereinbarkeit der PPP-Planungen mit der strategischen Ausrichtung eines Klini-

---

<sup>703</sup> Vgl. das Gesetz zur Beschleunigung der Umsetzung von Öffentlich Privaten Partnerschaften und zur Verbesserung gesetzlicher Rahmenbedingungen für Öffentlich Private Partnerschaften (PPP-BeschlG) vom 1.9.2005.

<sup>704</sup> Zur Vorbereitung des PPP-Vereinfachungsgesetzes wurden 2006 bis 2007 Kompetenz-Arbeitsgruppen eingesetzt, u.a. auch für den Gesundheitsbereich. In diese wurden Experten berufen mit dem Ziel, Vorschläge zum Abbau gesetzlicher Hemmnisse für PPP zu erarbeiten.

<sup>705</sup> Vgl. Voland (2008b), S. 20.

<sup>706</sup> zu den Zielen der FPK AG Krankenhäuser vgl. u.a. Diez (2008a), Diez (2008b).

<sup>707</sup> Vgl. zur Einführung der Baupauschale in NRW Abschnitt 3.3.2.6.

<sup>708</sup> Vgl. § 10 UKVO im Rahmen des Artikel 3 HMG vom 20.12.2007.

<sup>709</sup> Vgl. stellvertretend FAZ (2008) sowie weiterführend zum Bremer PPP-Vorhaben Abschnitt 4.2.5. Dass der Projektabbruch vor allem politisch und nicht wirtschaftlich zu begründen ist, zeigt die daraufhin angekündigte Eigenrealisierung, für die das Land eine Bürgschaft für das Klinikum Bremen-Mitte bereitstellte. Eine solche Absicherung war von den Bietern gefordert aber nicht erteilt worden.

kums erkannt. Die Notwendigkeit, diesen Aspekt zu prüfen, wurde aus der Problematik abgeleitet, dass in den letzten Jahren eine Vielzahl öffentlicher Krankenhäuser in private Trägerschaft überführt wurde.<sup>710</sup>

Liegen konkrete Planungen für eine strategische Neuausrichtung des Klinikums vor, ist die Eignung von PPP genau zu prüfen. Es besteht die Gefahr, dass aufgrund der langfristig einzugehenden Bindung PPP für diese Fälle keine adäquate Beschaffungsform darstellt. Passt das PPP-Projekt nicht mit der langfristigen Strategie eines Klinikums zusammen, ist eine wichtige Grundvoraussetzung nicht erfüllt und eine Weiterverfolgung als PPP-Beschaffung zu überdenken. Kann eine Vereinbarkeit nicht hergestellt werden, sind die PPP-Planungen abzubrechen (K.O.-Kriterium).

Gegebenenfalls kann eine Aufschiebung der PPP-Planungen erfolgen, um den Abschluss von Verhandlungen abzuwarten. Dies kommt z.B. bei anstehenden Fusionen oder Kooperationen mit anderen Krankenhäusern in Betracht. Wird allerdings eine teilweise oder vollständige **materielle Privatisierung** des Klinikums angestrebt, stellt dies ein grundsätzliches Hemmnis dar. Ein solcher Schritt steht einem langfristig abzuschließenden PPP-Projekt grundsätzlich entgegen. Zwar kann eine materielle Privatisierung auch durchgeführt werden, wenn für einzelne Gebäude langfristige Verträge im Rahmen eines PPP-Projektes abgeschlossen wurden, allerdings würde diese dadurch massiv erschwert.

In der Fallstudienanalyse wurden zwar keine Bestrebungen bekannt, ein Klinikum materiell zu privatisieren, allerdings wurden Regelungen für den Eintritt dieses Szenarios getroffen. Im PPP-Projekt am UK Essen wurde für den Fall einer materiellen Privatisierung während der Vertragslaufzeit die Anpassung der Risikoverteilung in dem PPP-Projekt vereinbart. Eine „Öffnungsklausel“ sieht vor, dass bei Eintritt dieses Falls neue Verhandlungen mit dem privaten Partner zu führen sind.<sup>711</sup> Auch am UK S-H in Kiel wurde während der Verhandlungen mit den Bietern der Fall diskutiert, dass das UK während der Vertragslaufzeit des PPP-Projektes materiell privatisiert wird. Für die dann wegfallende Gewährträgerhaftung wurde zunächst über eine Garantie des Landes als Ersatz diskutiert. Letztendlich wurden u.a. aus beihilferechtlichen Gründen davon abgesehen und anderweitige vertragliche Absicherungen getroffen.<sup>712</sup> Am Uniklinikum Köln bestehen Überlegungen, in Zukunft eine Umwandlung in eine Stiftung vorzunehmen. Aufgrund zu erwartender Auswirkungen auf das PPP-Vorhaben sind in den Verträgen konkrete Handlungsfolgen für dieses Szenario vorgesehen. Hier wurde die Notwendigkeit einer vertraglichen Regelung für den Fall strategischer Veränderungen des Klinikums erkannt und hat entsprechend Eingang in die Verträge gefunden.

Selbst wenn zu Beginn eines PPP-Projektes noch keine Ambitionen bestehen, die Strategie eines Klinikums neu auszurichten, sollte in den PPP-Verträgen das grundsätzliche Vorgehen für diesen Fall festgeschrieben werden. Es sollte geregelt werden, welche Auswirkungen z.B. eine materielle Privatisierung auf die PPP-Vereinbarungen hat. Auch für diesen Fall veränderter Rahmenbedingungen benötigt der private Partner Planungssicherheit.<sup>713</sup>

---

<sup>710</sup> Vgl. Abschnitt 2.2.2.1.

<sup>711</sup> Vgl. Fislage/ Volckmann (2007), S. 73.

<sup>712</sup> Vgl. Raabe (2008), S. 20.

<sup>713</sup> Eine Zusammenfassung der Anforderungen zur Erfüllung des Prüfkriteriums ist der Checkliste im Anhang 8 zu entnehmen.

Vorstellbar ist, dass für den Fall strategischer Veränderungen, wie sie ein Trägerwechsel darstellt, beidseitige **Exit-Optionen** mit definierten Folgen oder gar eine Auflösung des PPP-Vertragswerkes vereinbart wird. Als sinnvoll ist es auch zu erachten, dass eine **Rückfalloption** der errichteten Gebäude bzw. Anlagen an das Klinikum vorgesehen wird, falls diese während der Vertragslaufzeit im Eigentum des privaten Partners stehen. In jedem Fall ist sicherzustellen, dass die von Seiten des öffentlichen Krankenhausträgers ausgelösten Änderungen nicht zu Lasten der privaten Partner erfolgen.<sup>714</sup> Denn eine langfristige Finanzierung wird regelmäßig nur dann möglich sein, wenn dem privaten Partner bei einem nicht von ihm verschuldeten Abbruch des PPP-Projektes ein finanzieller Ausgleich für alle vorgenommenen Investitionen und zukünftigen Zahlungsausfälle garantiert wird.

### 5.1.5 Bestandssicherheit eines Krankenhauses

Aus den bisherigen Untersuchungen leitet sich die Forderung der langfristigen Bestandssicherheit eines Krankenhauses ab.<sup>715</sup> Durch den ausgeprägten Wettbewerb um den Patienten besteht ein hoher Konkurrenzdruck unter den Krankenhäuser, der in der Vergangenheit bereits zu zahlreichen Schließungen bzw. Verkäufen insbesondere kommunaler Krankenhäuser führte.<sup>716</sup>

Es sollte daher geprüft werden, ob von einer Existenz des öffentlichen Krankenhauses über die langfristige Vertragsdauer des geplanten PPPs auszugehen ist.<sup>717</sup> Dies erwarten auch potenzielle private Partner.<sup>718</sup> Gibt die Prüfung Hinweise darauf, dass die Bestandssicherheit eines Krankenhauses unmittelbar gefährdet ist, stellt PPP keine geeignete Beschaffungsvariante dar. Aufgrund der nur begrenzt möglichen Prognostizierbarkeit der zukünftigen Bestandssicherheit eines Krankenhauses sollte dieser Aspekt allerdings nicht als K.O.-, sondern als Kann-Kriterium Berücksichtigung finden.<sup>719</sup>

Während bei Hochschulklinika aufgrund deren spezifischer Aufgaben die langfristige Notwendigkeit und damit die Bestandssicherheit unterstellt werden kann, lässt sich dies bei kommunalen Krankenhäusern nicht so pauschal feststellen. Es können jedoch Anhaltspunkte herangezogen werden, die eine diesbezügliche Einschätzung unterstützen. Einen wichtigen Hinweis stellt in diesem Zusammenhang bei kommunalen Krankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes dar.

Die Aufnahme in den **Krankenhausplan** eines Landes ist die Voraussetzung für die Zulassung zur Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit für die Er-

---

<sup>714</sup> Vgl. Meier (2008), S. 15.

<sup>715</sup> Vgl. Abschnitt 3.3.5. Die Bestandssicherheit wird beispielsweise auch bei PPP-Projekten im Schulbereich gefordert. Dabei wird verlangt, dass die Auslastung der Schule mit einer ausreichenden Anzahl von Schülern über die gesamte Vertragslaufzeit gesichert ist Vgl. BMVBS (2006b), S. 23 ff und 60 ff.

<sup>716</sup> Allein im Zeitraum von 1995 bis 2005 hat sich die Zahl der kommunalen Krankenhäuser in Deutschland um ein Viertel von 863 auf 647 reduziert. Vgl. weiterführend Abschnitt 2.2.2.1.

<sup>717</sup> Da Krankenhäuser sich stetig ändernden Anforderungen unterliegen, sollte außerdem darauf geachtet werden, dass nur Gebäude in das PPP einbezogen werden, die vom Krankenhaus voraussichtlich noch langfristig, mindestens jedoch für die Vertragslaufzeit des PPP-Projektes, benötigt werden.

<sup>718</sup> Dies erwarten auch potenzielle private Partner. Denn mit der langfristig gesicherten Existenz des Krankenhauses steht und fällt auch dessen langfristige Zahlungsfähigkeit. Auf deren Absicherung wird im Abschnitt 5.1.6 näher eingegangen.

<sup>719</sup> Eine Zusammenfassung der Anforderungen zur Erfüllung des Prüfkriteriums ist der Checkliste im Anhang 8 zu entnehmen.

stattung der Behandlungs- und Betriebskosten sowie der staatlichen Investitionsförderung.<sup>720</sup> In den Krankenhausplan werden nur diejenigen Krankenhäuser aufgenommen, die zur Deckung des Bedarfs der Bevölkerung an medizinischer Versorgung erforderlich sind.

Ist ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen, ist dies als erstes Indiz für dessen Bestandssicherheit zu werten. Die kommunalen Krankenhäuser der Fallstudienanalyse sind alle im Krankenhausplan ihres jeweiligen Landes berücksichtigt, sodass sie dieses Kriterium erfüllen. Wird es nicht erfüllt, ist eine Umsetzung als PPP kaum vorstellbar (K.O.-Kriterium). Dies gilt, auch wenn zu beachten ist, dass die Krankenhauspläne einer stetigen Anpassung unterliegen und damit die Gefährdung verbunden ist, dass ein Krankenhaus aus diesem ausscheidet. Krankenhauspläne werden i.d.R. jährlich oder aller zwei Jahre überarbeitet,<sup>721</sup> wobei PPP-Projekte typischerweise eine Laufzeit von 25 Jahren aufweisen. In jedem Fall sollte die Gefahr, aus dem Krankenhausplan ausscheiden zu können, als Risiko bei den Planungen eines PPP-Projektes beachtet werden.<sup>722</sup>

Um weitere Hinweise auf die Bestandssicherheit eines Krankenhauses zu erhalten, können dessen **Größe** und **Leistungsumfang** herangezogen werden. Die Häuser mit der Versorgungsstufe III (Schwerpunktversorgung) und IV (Maximalversorgung) stellen über den lokalen Bedarfs hinaus die Versorgung einer Region mit medizinischen Spezialdisziplinen sicher und weisen daher eine überörtliche Bedeutung auf. Es ist davon auszugehen, dass Krankenhäuser dieser beiden Versorgungsstufen weniger von einer Schließung bedroht sind als kleine und mittlere Häuser der Versorgungsstufen I (Grundversorgung) und II (Regelversorgung), deren Funktion eher durch andere Häuser übernommen werden kann.

Die **Konkurrenzsituation** kann weiteren Aufschluss zur Bestandssicherheit geben. Kann aufgrund der räumlichen Nähe die flächendeckende Patientenversorgung<sup>723</sup> auch durch andere Krankenhäuser gewährleistet werden, ist zu hinterfragen, ob in absehbarer Zeit die Gefahr besteht, dass der Standort aufgegeben werden muss. Handelt es sich beispielsweise um eines von mehreren kleineren Portalkrankenhäusern, die in unmittelbarer Nähe zueinander angeordnet sind, ist der dauerhafte Fortbestand aller dieser Standorte kaum anzunehmen. Schon allein aufgrund des weiteren Rückgangs an benötigten Betten ist eine Konzent-

<sup>720</sup> Vgl. § 8 KHG, Metzner (2008), S.5; Voland (2008b), S. 12.

<sup>721</sup> In den Ländern gelten hierfür unterschiedliche Regelungen. In den meisten Fällen sind keine konkreten Zeiträume angegeben, sondern es wird lediglich eine „regelmäßige Anpassung“ gefordert. In einigen Bundesländern bestehen allerdings konkrete Regelungen. Z.B. erfolgt in Bayern eine jährliche Fortschreibung des Krankenhausplans (Art. 4 Abs. 3 BayKrG), in NRW war diese bis zum Jahr 2007 aller zwei Jahre vorgesehen (§ 13 Abs. 3 KHG NRW). In der ab dem Jahr 2008 geltenden gesetzlichen Neuregelung wurde hingegen auf die Angabe eines konkreten Zeitraums verzichtet. (§ 12 Abs. 1 KHGG). In Thüringen besteht die Regelung, dass der Krankenhausplan in angemessenen Zeiträumen, spätestens aber aller fünf Jahre fortzuschreiben und zu veröffentlichen ist. (§ 4 Abs. 2 ThürKHG).

<sup>722</sup> Vgl. Voland (2008a), S. 10: Voland schlägt zur Bewältigung dieses Risikos vor, das PPP-Projekt mit der Planungsbehörde abzustimmen, kürzere Laufzeiten des PPP-Projektes vorzusehen, Änderungsklauseln in den PPP-Vertrag zwischen Klinikum und privatem Partner aufzunehmen und den Private an evtl. Ausgleichszahlungen der Länder im Fall des Ausscheidens aus dem Krankenhausplan zu beteiligen.

<sup>723</sup> Vgl. § 1 KHG sowie die Landesgesetze. Demnach ist es das oberste Ziel der Krankenhausplanung, die bedarfsgerechte und damit flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern sicherzustellen. Dies bedeutet u.a., dass auch Patienten in ländlichen Regionen ausreichend zu versorgen sind. In Hessen gibt es dazu die konkreten Vorgaben, dass eine Notfallversorgung innerhalb von 10 Minuten gewährleistet sein muss. Außerdem muss ein Krankenhaus, das an der Notfallversorgung teilnimmt, i.d.R. innerhalb von 20 Minuten, maximal innerhalb von 30 Minuten nach der Aufnahme des Notfallpatienten durch den Rettungsdienst zu erreichen sein. Vgl. Hessisches Sozialministerium (2008), S. 32. In Hessen trifft dies auf 65 der 100 Krankenhäuser zu. Vgl. Metzner (2008), S. 6.

ration wahrscheinlich. Soll an einem solchen Standort ein PPP-Projekt initiiert werden, ist die Zweckmäßigkeit dieser Beschaffungsmethode in Frage zu stellen.

Unter den Gesichtspunkten der Größe und des Leistungsumfangs eines Krankenhauses sowie der Konkurrenzsituation im örtlichen Umfeld ist in der Fallstudienuntersuchung insbesondere die Wettbewerbsposition des AKH Viersen als kleinstes der untersuchten Häuser, kritisch zu hinterfragen.<sup>724</sup> Aufgrund der räumlichen Nähe könnte die medizinische Grundversorgung wahrscheinlich auch allein durch die Krankenhäuser in Mönchengladbach und Krefeld abgedeckt werden. Für den Abbruch des PPP-Projektes spielte dieser Umstand allerdings keine Rolle. In den anderen Fallstudien stellte dieses Kriterium keinen Diskussionspunkt dar, da es sich bis auf das Klinikum Dortmund um Uniklinika handelt und letztgenanntes ebenfalls als Maximalversorger agiert.

### 5.1.6 Rechtsformadäquates Sicherheitenkonzept

Bei der Untersuchung der sektorspezifischen Rahmenbedingung des Krankenhauswesens für PPP-Projekte war festzustellen, dass eine Vielzahl von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft sich in einer schwierigen finanziellen Lage befindet.<sup>725</sup> Als Reaktion darauf wurden in den letzten Jahren viele öffentliche Krankenhäuser in eine private Rechtsform überführt, i.d.R. in eine gGmbH oder eine GmbH.<sup>726</sup> Zur Sicherstellung der Finanzierung eines PPP-Projektes ist in diesen Fällen der Nachweis eines adäquaten Sicherheitenkonzeptes sehr bedeutsam.<sup>727</sup> Dabei ist auch auf die Konformität mit den geltenden rechtlichen Bestimmungen zu achten.<sup>728</sup>

#### 5.1.6.1 Insolvenzfähigkeit der Krankenhausträgersgesellschaft

Bei PPP-Projekten für Verwaltungsgebäude, Schulen etc. agiert die zuständige Gebietskörperschaft als direkter öffentlicher Vorhabenträger. Da diese i.d.R. über eine sehr hohe Bonität verfügen,<sup>729</sup> werden die Kapitalgeber i.d.R. keine zusätzlichen Sicherheiten fordern.<sup>730</sup> Im Gegensatz dazu treten im Krankenhaussektor nicht die Gebietskörperschaft, sondern **eigenständige Krankenhausträgersgesellschaften** als Maßnahmenträger auf.<sup>731</sup> Liegt eine Insolvenzfähigkeit des öffentlichen Krankenhausträgers vor, werden die an einem PPP-Projekt beteiligten Banken zusätzliche Absicherungen für den Fall der Zahlungsunfähigkeit fordern. Daher ist zunächst zu klären, ob der Krankenhausträger eines PPP-Projektes insolvenzfähig ist. Dies hängt unmittelbar davon ab, in welcher Rechtsform dieser organisiert ist.

---

<sup>724</sup> Das AKH Viersen ist ein Krankenhaus der Regelversorgung. Dies entspricht einer Versorgungsstufe II.

<sup>725</sup> Vgl. zur finanziellen Situation öffentlicher Krankenhäuser die Abschnitte 3.3.2.5 und 3.3.4.

<sup>726</sup> Damit wurde angestrebt, die Selbstständigkeit des Krankenhauses zu erhöhen und einen zunehmend auf ökonomische Kriterien ausgerichteten Krankenhausbetrieb zu ermöglichen. Vgl. Abschnitt 2.2.2.2.

<sup>727</sup> Vgl. Abschnitt 3.3.5.

<sup>728</sup> Hier sei insbesondere auf die beihilferechtliche Zulässigkeit des Sicherheitenkonzeptes verwiesen. Vgl. weiterführend zum EG-Beihilferecht und dessen Prüfung Abschnitt 5.1.1.

<sup>729</sup> Auszuschließen von diesem Grundsatz sind z.B. Kommunen, die einer Haushaltsicherung unterliegen.

<sup>730</sup> Dies gilt insbesondere bei der Finanzierung über eine Forfaitierung mit Einredeverzicht. Aus Sicht der finanzierenden Bank stellt ein Projekt mit dieser Finanzierungsform ein nahezu risikoloses Geschäft dar. Vgl. Weber et al. (2004), S. 59.

<sup>731</sup> Vgl. Abschnitt 3.1.1.5.

Solange die Krankenhausträgersgesellschaft eine Rechtsform des öffentlichen Rechts aufweist,<sup>732</sup> kann die Bonität der Kommune oder des Landes als Gesellschafter des Krankenhauses in dem Sicherheitenkonzept für das PPP-Projekt berücksichtigt werden.<sup>733</sup> Bei Universitätsklinik gilt dies, wenn das Land die **Gewährträgerhaftung**<sup>734</sup> für das Klinikum übernommen hat.<sup>735</sup> Liegt diese vor, steht die jeweilige Gebietskörperschaft vollumfänglich für die Verbindlichkeiten des öffentlichen Krankenhauses ein.<sup>736</sup> Besteht diese nicht oder nicht mehr, werden durch die mögliche Insolvenz auch für Uniklinika als PPP-Projektträger zusätzliche Sicherungsinstrumente notwendig.

Wird das Krankenhaus als GmbH oder gGmbH geführt, ist die grundsätzliche Insolvenzfähigkeit dieser Gesellschaften zu beachten. Eine privatrechtlich organisierte Krankenhausgesellschaft wird i.d.R. allein nicht über eine ausreichende Bonität für die langfristige Finanzierung von Projekten mit Investitionen von typischerweise mehreren Millionen Euro verfügen. Daher werden die Kreditinstitute als Grundvoraussetzung für die Finanzierung eines PPP-Projektes zusätzliche Sicherheiten vom Krankenhausträger fordern.<sup>737</sup>

Werden keine entsprechenden Sicherheiten der öffentlichen Hand für ein öffentliches Krankenhaus in der Rechtsform einer GmbH oder gGmbH gestellt, wird damit praktisch das Risiko der Insolvenz der Krankenhausgesellschaft auf die private Projektgesellschaft übertragen. Der private Partner hat allerdings keinerlei Einfluss auf die Auslastung und den wirtschaftlichen Erfolg des Klinikums, denn die Verantwortung für den medizinischen Krankenhausbetrieb verbleibt bei PPP-Projekten beim öffentlichen Partner.<sup>738</sup> Im Falle der Insolvenz der Krankenhausgesellschaft wäre der private Partner gegenüber den Kapitalgebern weiterhin zur Rückzahlung der aufgenommenen Verbindlichkeiten verpflichtet, würde aber für die Leis-

<sup>732</sup> Vgl. zu den Rechtsformen von öffentlichen Krankenhäusern Abschnitt 2.2.2.2.

<sup>733</sup> Vgl. Knütel et al. (2008), S.498. Wird ein Öffentliches Krankenhaus in der Rechtsform des rechtlich unselbstständigen Eigen- oder Regiebetriebs geführt, sind die Verbindlichkeiten ohnehin Verbindlichkeiten der Trägerkommune. Wird im Jahresabschluss ein Verlust ausgewiesen, wird dieser durch einen Zuschuss der Kommune aus Haushaltsmitteln ausgeglichen.

<sup>734</sup> Der Aspekt der Gewährträgerhaftung gewinnt durch die anhaltende Diskussion der beihilferechtlichen Bedenklichkeit der in einigen Bundesländern normierten Gewährträgerhaftung auch für PPP zunehmend an Bedeutung. Vgl. Knütel et al. (2008), S.498. Weist ein Krankenhausträger die Rechtsform einer rechtlich selbstständigen Anstalt des öffentlichen Rechts auf, so müssen zwei Varianten unterschieden werden. In einigen Bundesländern (Bayern, NRW, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt), in denen das Rechtsinstitut der Anstaltslast gesetzlich normiert ist, erfolgt der Defizitausgleich auf der Grundlage der so genannten Anstaltslast. Hierdurch wird der Träger einer Anstalt u.a. dazu verpflichtet, etwaige finanzielle Lücken durch Zuschüsse auszugleichen. Diese so genannte normierte Gewährträgerhaftung stellt nach herrschender Meinung einen Verstoß gegen das Beihilferecht dar. In den übrigen Bundesländern besteht eine solche gesetzliche Normierung der Anstaltslast nicht, sodass auch keine rechtliche Verpflichtung der Gebietskörperschaft zum Defizitausgleich und damit kein Verstoß gegen das Beihilferecht besteht.

<sup>735</sup> Bei der Vorbereitung eines PPP-Projektes sollte beachtet werden, dass nach herrschender Meinung davon auszugehen ist, dass es nur noch eine Frage der Zeit ist, bis die EU-Kommission erklärt, dass die bisherige Praxis der normierten Gewährträgerhaftung zugunsten kommunaler und universitärer Krankenhäuser gegen das Beihilferecht verstößt. Um für diesen Fall weiterhin eine adäquate Absicherung der finanzierenden Banken sicherstellen zu können, ist zu prüfen, ob z.B. im Fall eines kommunalen Krankenhauses die Trägerkommune die Besicherung durch eine gesonderte Kommunalbürgschaft in Form einer modifizierten Ausfallbürgschaft gewährleisten kann. Vgl. Knütel et al. (2008), S.503. Gleichwohl müssen zum Erreichen der Beihilferechtskonformität die Anforderungen der Bürgschaftsmittelteilung erfüllt werden: 1) Das Öffentliche Krankenhaus befindet sich nicht in finanziellen Schwierigkeiten, 2) Die Bürgschaft wird nur für einen bestimmten Zeitraum gewährt, 3) Das Öffentliche Krankenhaus zahlt eine marktübliche Provision für die Bürgschaft.

<sup>736</sup> Vgl. AOLG (2006), S. 4.

<sup>737</sup> Vgl. dazu auch Buscher (2008), S. 7.

<sup>738</sup> Vgl. Stiepelmann (2008), S. 3. Ausgehend von dem Grundsatz, dass derjenige ein Risiko tragen sollte, der es am besten beeinflussen und steuern kann, ist die Übertragung des Insolvenzrisikos der Krankenhausgesellschaft auf die privaten Partner als nicht zweckmäßig zu beurteilen.

tungen gegenüber dem Klinikum kaum mit der entsprechenden Entgeltzahlung rechnen können, auch wenn er diese vertragsgemäß erbringt.

Ohne adäquates Sicherheitenkonzept werden die privaten Partner daher regelmäßig nicht in der Lage sein, eine Finanzierung im Rahmen eines lebenszyklusorientierten PPP-Projektes bereitzustellen. Die Kreditinstitute würden die Übernahme einer solchen Finanzierung mit hoher Wahrscheinlichkeit ablehnen.

Zur Abdeckung des Insolvenzrisikos der Krankenhausträgersgesellschaft können verschiedene **Sicherungsinstrumente** in Betracht gezogen werden. Übergeordnet sind dabei Personalsicherheiten (Bürgschaft, Garantie, Patronatserklärung und Schuldbeitritt) und Realsicherheiten (Hypothek und Grundschuld) zu unterscheiden. Auch Standortsicherheits-erklärungen sind hier hinzuzuzählen. Im Anhang 4 werden die Merkmale dieser Formen der Absicherung näher erläutert, während im folgenden Abschnitt auf die Erfahrungen damit in den Fallstudienprojekten eingegangen wird.

#### 5.1.6.2 Erfahrungen in den Fallstudien

Von den untersuchten PPP-Projekten weisen mehrere Projektträger eine privatwirtschaftliche Rechtsform auf: die Klinikum Dortmund gGmbH, die Klinikum Bremen-Mitte gGmbH, die WPE gGmbH in Essen<sup>739</sup> sowie die AKH Viersen GmbH. Für diese Projektträger kam einem adäquaten Sicherheitenkonzept als Voraussetzung der Umsetzbarkeit des PPP-Projektes eine hohe Bedeutung zu. Im Unterschied dazu weisen das UK Düsseldorf, das UK Köln und das UK S-H als Anstalten des öffentlichen Rechts eine öffentlich-rechtliche Organisationsform auf, sodass die Gefahr einer Insolvenz der Finanzierung dieser Projekte nicht im Wege stand.

Zuerst soll auf die Erfahrungen mit Personalsicherheiten eingegangen werden, die aus den Fallstudien vorliegen. In dem Projekt in Dortmund stellte die Stadt eine **Patronatserklärung** für die Klinikum Dortmund gGmbH aus. Diese Sicherheit umfasste neben einer Mieteeintrittsverpflichtung auch eine Ausfallbürgschaft. Ebenfalls eine Patronatserklärung hat das Universitätsklinikum Essen für die WPE gGmbH abgegeben.<sup>740</sup> Bei beiden Projekten wurde ein Vertragsabschluss mit einem privaten Konsortium als PPP erreicht.

In dem geplanten PPP-Projekt in Bremen war die Stadt nicht bereit bzw. in der Lage, der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH eine Personalsicherheit auszustellen.<sup>741</sup> Eine solche Risikoabdeckung für die Zahlungsfähigkeit des Klinikums wurde aber von den potenziellen Kapitalgebern als grundlegende Voraussetzung angesehen.<sup>742</sup> Aufgrund von jährlichen Millionenverlusten und der Ankündigung einer drohenden Insolvenz des Klinikums durch den Senat wurde das Insolvenzrisiko als sehr hoch eingeschätzt.<sup>743</sup> Nach langen Verhandlungen war die aus Sicht der privaten Konsortien unzureichende Absicherung der Forderungen bei

---

<sup>739</sup> Die Westdeutsches Protonentherapiezentrum Essen gGmbH (WPE gGmbH) ist eine 100 %-ige Tochter des Universitätsklinikums Essen und Auftraggeber für das PPP-Projekt in Essen, vgl. weiterführend die Projektbeschreibung in Abschnitt 4.2.3.

<sup>740</sup> Das Universitätsklinikum Essen ist eine Anstalt des öffentlichen Rechts und steht als solche im Eigentum des Landes NRW. Die WPE gGmbH agierte bei dem PPP-Projekt als Projektträger. Vgl. weiterführend Abschnitt 4.2.3.

<sup>741</sup> Vgl. BehördenSpiegel (2008), S.1; FAZ (2008).

<sup>742</sup> Vgl. Euwid (2008), S. 1 ff.

<sup>743</sup> Vgl. Bremische Bürgerschaft (2007), S. 2.

einer Insolvenz der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH ein entscheidender Grund für den Abbruch des Vergabeverfahrens.<sup>744</sup>

Für das PPP-Projekt in Bremen ist bekannt, dass seitens des Landes Bremen eine **Grundschuld** auf dem Baugrundstück als Sicherheit angeboten wurde, auf dem das Klinikum Bremen-Mitte durch die Baumaßnahmen konzentriert werden sollte.<sup>745</sup> Gleiches wurde auch bei dem PPP-Projekt am UK Düsseldorf zur Absicherung der Investitionen des privaten Partners vereinbart. Diese Beispiele zeigen, dass die Grundschuld die bevorzugte Realsicherheit in den Fallstudienprojekten darstellt, im Rahmen eines PPP-Projektes die Forderungen des privaten Partners gegenüber der auftraggebenden Krankenhausgesellschaft abzusichern.<sup>746</sup>

Während das Düsseldorfer Projekt erfolgreich zur Umsetzung gebracht wurde, kam das PPP in Bremen nicht zustande. Auch die in Kombination mit der Grundschuld eingesetzte **Standortsicherheitserklärung** konnte daran nichts ändern. Insbesondere aufgrund der fehlenden Absicherung im Falle einer materiellen Privatisierung der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH wurde eine Finanzierung des PPP-Vorhabens versagt.

### 5.1.6.3 Schlussfolgerungen zum Einsatz von Sicherungsinstrumenten

Aus den Vorbemerkungen ist zu schließen, dass in der Frühphase einer PPP-Projektentwicklung zunächst zu prüfen ist, ob eine Insolvenzfähigkeit des öffentlichen Krankenhausträgers besteht.<sup>747</sup> Ist dies der Fall, wird die Stellung von geeigneten zusätzlichen Sicherheiten seitens der öffentlichen Hand für den Projektträger erforderlich (K.O.-Kriterium).<sup>748</sup> Es ist zu untersuchen, ob die Gesellschafter der Krankenhausträgersgesellschaft bei einer drohenden Zahlungsunfähigkeit in angemessener Weise bereit sind, mit Ihrer Bonität einzustehen.

Aus den Fallstudienuntersuchungen ist festzustellen, dass in allen erfolgreich umgesetzten PPP-Projekten, die von einem Projektträger in privat-rechtlicher Rechtsform initiiert wurden, diese vom Land bzw. der Kommune<sup>749</sup> mit einer Personalsicherheit ausgestattet waren. Bei den beiden Projekt-Planungen in Bremen und Viersen, bei denen das initiiierende Krankenhaus nicht über eine solche Absicherung verfügte, wurde kein Vertragsabschluss erzielt.

---

<sup>744</sup> Nach dem Scheitern als PPP wurde entschieden, das Vorhaben konventionell zu realisieren. Dafür stellt das Land Bremen eine Landesbürgschaft zur Verfügung.

<sup>745</sup> Ein durch die bauliche Konzentration freierwerdendes Teilgrundstück sollte der Verwertung zugeführt werden und der Erlös zur Refinanzierung der Investitionen dienen. Den privaten Bietern wurde die Übernahme dieses Grundstücks als Option neben dem PPP-Projekt angeboten.

<sup>746</sup> Die Grundpfandrechte werden dabei im Grundbuch des Grundstücks eingetragen, auf dem die Baumaßnahmen im Rahmen des PPP-Projektes erfolgen sollen. Auf diese Weise besteht für den Privaten im Falle der Insolvenz der Krankenhausgesellschaft die Möglichkeit, das betreffende Grundstück zu verwerten und auf diese Weise seinen Schaden zu befriedigen.

<sup>747</sup> Eine Zusammenfassung der Anforderungen zur Erfüllung des Prüfkriteriums ist der Checkliste im Anhang 8 zu entnehmen.

<sup>748</sup> Vgl. Breu (2008), S. 9. Erst diese Kreditsicherheiten bieten den Kreditgebern in ausreichendem Maße die Möglichkeit, ihre Forderungen zu befriedigen, wenn der Kreditnehmer seine Zahlungsverpflichtungen (Tilgung und Zins) nicht erfüllen kann. Vgl. weiterführend Peridon/ Steiner (2002), S. 387.

<sup>749</sup> Beim PPP-Projekt am UK Essen besteht die Besonderheit, dass die WPE gGmbH als öffentlicher Projektträger agierte. Dabei handelt es sich um eine 100 %-ige Tochter des UK Essen, für welche das Klinikum eine Patronatserklärung abgegeben hat.

Die Abgabe einer Personalsicherheit für Projektträger in privater Rechtsform ist demnach als Voraussetzung zur Finanzierungsfähigkeit eines PPP-Projektes anzusehen.<sup>750</sup> Andere angebotene Sicherungsmaßnahmen allein wurden bislang von den Kreditgebern als unzureichend eingeschätzt. Es ist daher fraglich, ob in Zukunft PPP-Projekte von privatrechtlich organisierten Krankenhäusern realisiert werden können, ohne dass diese eine Personalsicherheit vorweisen können.

Prinzipiell kommen neben den Personalsicherheiten auch Realsicherheiten als Sicherheiteninstrumente in Frage. Inwieweit die Einräumung von Grundpfandrechten von den privaten Partnern, insbesondere den finanzierenden Kreditinstituten, als adäquat angesehen wird, hängt von vielfältigen Faktoren ab. So werden die Banken insbesondere den Wert des Grundstücks, dessen Lage sowie Drittverwendungsmöglichkeiten prüfen. Des Weiteren wird dies auch von der Höhe der zu tätigen Investition und der Einbindung in ein strukturiertes Sicherheitenkonzept abhängig sein. Vorstellbar ist insbesondere die Integration von Realsicherheiten als ein Baustein des Sicherheitenkonzeptes einer langfristigen Finanzierung im Rahmen von Krankenhaus-PPP. Allein werden Grundpfandrechte aber kaum ausreichen. Denn es ist zu berücksichtigen, dass Grundstücke mit medizinischen Spezialgebäuden i.d.R. nicht als Sicherheit geeignet sind.<sup>751</sup>

Als weiterer Baustein eines Sicherheitenkonzeptes könnte eine Standortsicherheitserklärung dienen. Zur alleinigen Besicherung einer langfristigen Finanzierung im Rahmen von PPP-Projekten wird eine solche Erklärung allerdings ebenfalls nicht ausreichen. Denn darin sind regelmäßig keine Durchgriffsmöglichkeiten auf den öffentlichen Krankenhausträger vorgesehen.

#### 5.1.7 Abgrenzbarkeit des PPP-Projektes

Ein weiteres Ergebnis des dritten Kapitels ist die Feststellung, dass Krankenhäuser durch eine hohe **Komplexität** der Leistungsprozesse gekennzeichnet sind. Die verschiedenen Leistungen weisen vielfältige Verflechtungen auf, die es bei der Planung eines PPP-Projektes zu beachten gilt. Dementsprechend ist zu hinterfragen, ob die an den privaten Partner zur Übertragung vorgesehenen Leistungen sich ausreichend abgrenzen lassen. Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass klare Verantwortlichkeiten festgelegt und Vergütungsmechanismen eingesetzt werden können und daher als K.O.-Kriterium einzuordnen.

Beim Einsatz von PPP kann zwischen den beiden Grundstrukturen der Abbildung 50 unterschieden werden. Auf der linken Seite wird gezeigt, dass sich die Leistungen des privaten Partners auf das gesamte Klinikum erstrecken können (Modell 1). Diese Konstellation wird in Deutschland bisher noch nicht praktiziert. Bei den Fallstudien gingen allein die Planungen in Bremen in diese Richtung, konnten aber nicht zur Umsetzung gebracht werden.

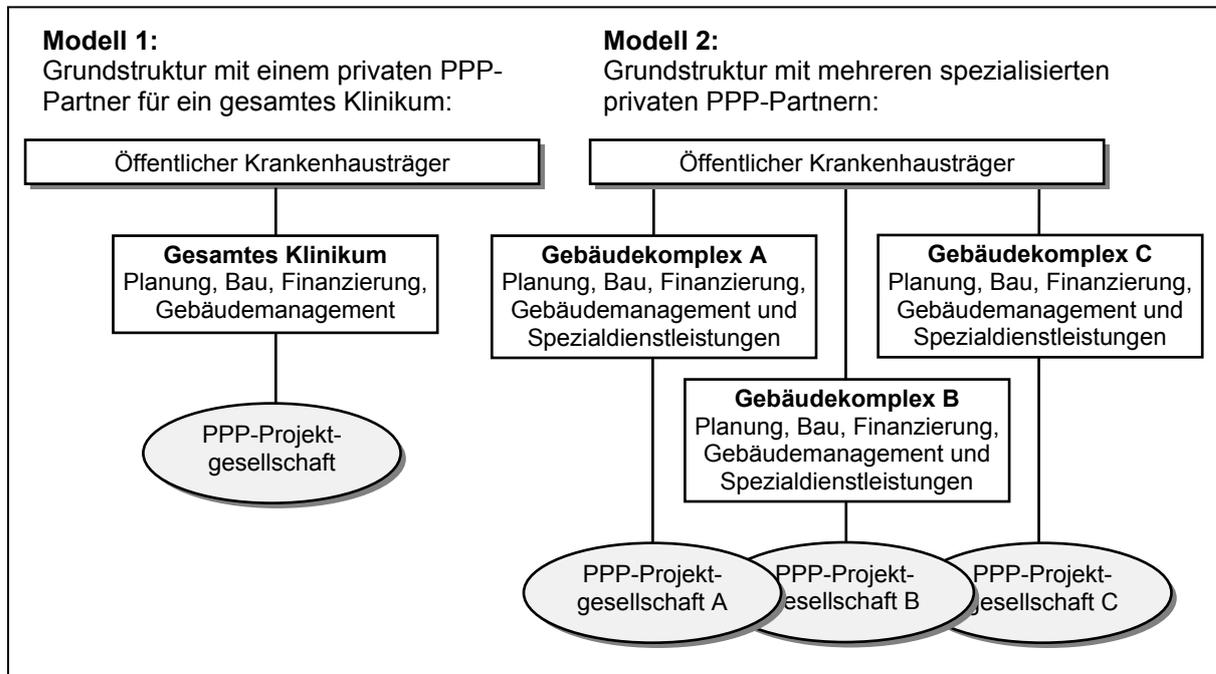
Die als Fallstudien untersuchten PPP-Projekte im Krankenhausbereich beschränken sich auf **einzelne Gebäude** bzw. Gebäudekomplexe (Modell 2). Durch den punktuellen Einsatz von PPP für ein oder mehrere Einzelgebäude wird eine Abgrenzung zum restlichen Gebäudebe-

---

<sup>750</sup> Vgl. Buscher (2008), S. 8: I.d.R. werden die Kapitalgeber eine Personalsicherheit der öffentlichen Gebietskörperschaft für das öffentliche Klinikum als dessen Gesellschafter in Form einer Bürgschaft, einer Garantie oder eine Patronatserklärung fordern.

<sup>751</sup> Vgl. PwC (2007), S. 66; PPP-Task Force NRW (2007b), S. 13.

stand eines Krankenhauses erreicht. Dadurch können die Schnittstellen zwischen Krankenhaus und privatem Partner klar definiert werden. Darüber hinaus ist anzumerken, dass den öffentlichen Krankenhausträgern i.d.R. nicht die finanziellen Mittel zur Verfügung stehen, ein gesamtes Klinikum zu sanieren oder neu zu errichten,<sup>752</sup> was zudem oft auch nicht erforderlich ist.<sup>753</sup>



**Abbildung 50: Grundstrukturen zum Einsatz von PPP als Beschaffungsvariante.**

Quelle: Daube et al. (2005), S. 1087.

Wenn Krankenhäuser PPP zukünftig **in mehreren separaten Projekten** als Beschaffungsvariante einsetzen, entstünde eine Struktur, wie auf der rechten Seite der Abbildung 50 dargestellt (Modell 2).<sup>754</sup> Als erstes Krankenhaus plant das UK S-H, sich mit mehreren PPP-Projekten in diese Richtung zu entwickeln. Nach dem erfolgreichen PPP-Projekt NRoCK<sup>755</sup> bestehen konkrete Planungen für weitere PPP-Projekte,<sup>756</sup> die in der Endkonsequenz zu einem Portfolio an PPP-Projekten führen.

<sup>752</sup> Vgl. zur finanziellen Situation der öffentlichen Krankenhäuser Abschnitt 3.3.2.5.

<sup>753</sup> I.d.R. bietet nur ein Teil der Gebäude eines Krankenhauses Anlass, um über Sanierungen bzw. Neubau nachzudenken. Zudem werden nahezu keine neuen Krankenhaushäuser mehr in den Krankenhausplan aufgenommen. Komplette Neubauten werden daher die Ausnahme bleiben und wohl nur als Ersatzneubauten für bestehende Krankenhäuser in Betracht kommen. Vgl. PwC (2007), S. 65. Im Gegensatz zu Großbritannien, wo PPP genutzt wurde, um kurzfristig dringend benötigte neue Kapazitäten und Qualitäten zu schaffen, wird der medizinische Standard und die Verfügbarkeit medizinischer Leistungen in Deutschland als sehr hoch eingeschätzt, auch trotz zurückgehender Investitionsfördermittel. Daher ist auch in naher Zukunft nicht damit zu rechnen, dass deutsche Krankenhäuser als Gesamtobjekt mit PPP als Beschaffungsvariante realisiert werden (Vgl. Modell 1 in Abbildung 50). Bei Häusern der Versorgungsstufen III aufwärts ist dies besonders unwahrscheinlich. Vgl. zu den Versorgungsstufen von Krankenhäusern Abschnitt 2.2.1.5.

<sup>754</sup> Entsprechend der in den Gebäuden erbrachten Leistungen könnten sich hierbei individuell geeignete private Konsortien zusammenfinden. Allerdings würden seitens des Krankenhauses Schnittstellen zu mehreren privaten Projektgesellschaften bestehen, was einem höheren Kontroll- und Managementaufwand für die Verantwortlichen des Krankenhauses bedeuten kann. Vgl. Daube et al. (2005), S. 1087.

<sup>755</sup> Vgl. zum dem PPP-Projekt Abschnitt 4.2.4.

<sup>756</sup> Vgl. Landré (2009).

Es ist demnach im Vorfeld einer PPP-Projektentwicklung zu prüfen, ob die **Abgrenzung des Baukörpers**, der vom Privaten zu verantworten ist, in geeigneter Weise gegeben ist. Aufgrund der räumlichen Abgrenzung vom restlichen Gebäudebestand eines Krankenhauses stellen ein oder mehrere Einzelgebäude einen geeigneten Projektgegenstand dar. Weniger geeignet für PPP sind hingegen Projektentwicklungen, die nur einen Gebäudeteil betreffen.<sup>757</sup> Die Schnittstellen innerhalb des Gebäudes erzeugen sowohl während der Baumaßnahme als auch während des späteren Betriebs Abgrenzungsprobleme.

Die Abgrenzbarkeit eines Projektes wird auch durch die **Art der Baumaßnahme** beeinflusst. Bis auf ein Projekt war bei allen Fallstudien die Errichtung von Neubauten vorgesehen. Allein in Bremen war neben Neubaumaßnahmen auch noch die Sanierung von Bestandsgebäuden vorgesehen.<sup>758</sup> Bei einem Neubau lassen sich die Schnittstellen zwischen dem Krankhausträger als Auftraggeber und einem privaten PPP-Partner als Auftragnehmer eindeutig regeln.<sup>759</sup> Auch die Realisierung der Baumaßnahme bei laufendem Betrieb ist daher i.d.R. weniger problematisch.<sup>760</sup> Bei Sanierungsprojekten sind durch die Erhaltung der Bausubstanz grundsätzlich vielfältigere Schnittstellen zu beachten. Die Abgrenzung der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit ist in diesem Fall schwieriger und macht ein deutlich höheres Maße an Abstimmung erforderlich.<sup>761</sup> Für die Nutzung von PPP im Krankenhausbereich kommen Sanierungsprojekte daher nur im Ausnahmefall in Betracht. Dies kann z.B. bei Totalsanierungen der Fall sein.<sup>762</sup> Es sollte daher im Vorfeld geprüft werden, ob sich die vorgesehene Art der Baumaßnahme für die Umsetzung als PPP eignet.

Aufgrund der langfristigen Vertragsdauer kommt auch der Abgrenzung der privaten Leistungserbringung in der **Betriebsphase** eine große Bedeutung zu. Die während der Betriebsphase erbrachten Dienstleistungen des Privaten müssen von dem Leistungsbereich des Krankenhauses bzw. Dritter abgrenzbar sein. Dafür ist zunächst zu prüfen, welche konkreten Schnittstellen zu Leistungsbereichen bestehen, die weiterhin vom Krankenhaus selbst oder

---

<sup>757</sup> In diesem Zusammenhang ist es auch fraglich, ob durch die Einbeziehung von Gebäudeteilen in ein PPP-Projekt ein ausreichendes Projektvolumen geniert werden kann. Geht man allerdings von einem Gebäudeportfolio aus, in das ein Teilgebäude integriert werden soll, erscheint die Erfüllung dieses Kriteriums durchaus möglich.

<sup>758</sup> In Viersen ist zu beachten, dass der Neubau direkt an die bestehenden Gebäude angeschlossen werden sollte und hierdurch auch Umbaumaßnahmen an der Altbausubstanz notwendig gewesen wären. Ähnliche Schnittstellen zur Altbausubstanz sind auch bei dem Projekt in Köln zu beachten.

<sup>759</sup> Vgl. Jacob (2009a), S.117.

<sup>760</sup> Baumaßnahmen erfolgen in Krankenhäusern oft bei laufendem Betrieb, wodurch zahlreiche Einschränkungen durch die Rücksichtnahme auf den Krankenhausbetrieb und die Patienten im Besonderen zu beachten sind. Dies betrifft z.B. die Arbeitszeiten, aber auch die Arbeitsmethoden (z.B. Verhinderung zu starker Erschütterungen) sowie Lärm- und Verschmutzungsaufgaben. Von dieser Problematik sind Neubauprojekte auf dem Krankenhausgelände zwar nicht ausgenommen, sie ist aufgrund der häufig stärkeren räumlichen Trennung aber als geringer einzuschätzen als bei Sanierungen in weiter betriebenen Gebäuden.

<sup>761</sup> Z.B. ist die Gefahr von nicht einkalkulierten Ereignissen bei Sanierungsprojekten größer als bei Neubauten. Z.B. können bauliche Mängel oder Kontaminationen bei einer Bestandsbeurteilung unbemerkt bleiben, z.B. aufgrund der Unzugänglichkeit der Schadstelle. Auch ist es denkbar, dass Umbaumaßnahmen der Vergangenheit nicht dokumentiert wurden und die Bauakten nicht den aktuellen Stand wiedergeben. Nach Storz/Frank (2004), S. 30 besteht daher bei Sanierungs- und Umbauprojekten ein wesentliches Risiko in der Beurteilung der Bausubstanz. Durch umfassende Bestandsbeurteilungen und aussagefähige Gutachten kann diese Unsicherheit reduziert werden. Dafür sind im Vergleich zu einer Neubaumaßnahme zusätzliche Kosten einzuplanen.

<sup>762</sup> Sind umfassende Umbauten notwendig, damit neue Anforderungen an die Gebäudestruktur erfüllt werden können, ist allerdings zu untersuchen, ob eine Sanierung wirklich eine wirtschaftliche Lösung darstellt. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass das Effizienzpotenzial von PPP bei Neubauprojekten grundsätzlich höher einzuschätzen ist als bei Sanierungen, da hier der private Partner mehr Freiraum hat, seine Kompetenzen und Innovationen einzubringen. Vgl. Littwin (2006), S. 18.

einem Dritten verantwortet werden. Eine solche Schnittstelle besteht z.B., wenn eine Tochtergesellschaft des öffentlichen Krankenhauses bestimmte Dienstleistungen (z.B. Wachschutz) für das gesamte Klinikum und damit auch für das PPP-Gebäude erbringen soll. Für die identifizierten Schnittstellen ist zu untersuchen, ob klare Regelungen von Verantwortlichkeiten möglich sind. Dies ist zu fordern, da davon die Umsetzung einer sachgerechten Aufgaben-, Zuständigkeits- und Risikoverteilung abhängt.<sup>763</sup>

### 5.1.8 Vereinbarkeit des PPP-Vertragsmodells mit bestehender Grundstückseigentümerschaft

Um sichergehen zu können, dass die Realisierung eines in der Vorbereitung befindlichen PPP-Projektes gelingt, ist die regelmäßig geringe Drittverwendungsfähigkeit von Gebäuden eines Krankenhauses und in diesem Zusammenhang auch die konkrete Situation des Grundstückseigentums zu beachten. Zu diesem Schluss kamen die Untersuchungen im dritten Kapitel.<sup>764</sup>

Eine wichtige Aufgabe besteht daher darin, ein PPP-Vertragsmodell zu wählen, das den Rahmenbedingungen des Krankensektors und des konkreten Vorhabens gerecht wird. Die Erfüllung dieser Zielstellung ist möglichst frühzeitig zu prüfen.

#### 5.1.8.1 PPP-Vertragsmodelle in den Fallstudien

Im Folgenden wird näher auf die Vertragskonstellationen eingegangen, die in den Fallstudien gewählt wurden.<sup>765</sup> Bei dem PPP-Projekt des Klinikums Dortmund wurde ein Immobilien-Mietvertrag als Leasing zwischen dem Klinikum und dem privaten Partner, der Ernesto GVGmbH, geschlossen. Das Grundstück wurde vom Klinikum über einen Erbbaurechtsvertrag zur Bebauung mit dem Logistikzentrum zur Verfügung gestellt.<sup>766</sup> Bei der Vertragsgestaltung wurde darauf geachtet, dass der Private entsprechende Abschreibungsmöglichkeiten nutzen kann. Als typische Komponente des Immobilien-Leasings besteht für das Klinikum Dortmund die Option das Gebäude vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 30 Jahren zu übernehmen.<sup>767</sup> Daraus erschließt sich, dass dem Projekt das PPP-FM Leasingmodell als

---

<sup>763</sup> Eine Zusammenfassung der Anforderungen zur Erfüllung des Prüfkriteriums ist der Checkliste im Anhang 8 zu entnehmen.

<sup>764</sup> Vgl. insbesondere Abschnitt 3.2.3.

<sup>765</sup> Da es sich bei den abgegrenzten PPP-Vertragsmodellen um idealtypische Ausgestaltungen bei prinzipiell bestehender Vertragsfreiheit handelt, wird an dieser Stelle eine Einordnung hinsichtlich der größten Nähe zu einem der definierten PPP-Modelle vorgenommen. Die Ausführungen basieren auf Projektinformationen, die zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit zur Verfügung standen.

<sup>766</sup> Kathmann (2006), S. 38 - 39.

<sup>767</sup> In einem Andienungsvertrag zwischen dem Klinikum und der Ernesto GVGmbH wurde vereinbart, dass das Klinikum nach 20 Jahren Vertragslaufzeit eine Kündigung vornehmen kann. Dies ist auch der Grund, warum der Vertrag mit der Ed. Züblin AG zur Bauunterhaltung auf 20 Jahre begrenzt wurde. Zieht das Klinikum diese Kaufoption nicht, wird das Gebäude vertragsgemäß nach 30 Jahren an das Klinikum Dortmund übergeben. Zu diesem Zeitpunkt ist die Investition zu 90 % amortisiert. Den Restbetrag in Höhe von 10 % der Gesamtfinanzierungssumme ist vom Klinikum als Einmalbetrag aufzubringen. Um diese finanzielle Belastung zu verteilen, wird der Betrag vom Klinikum als Teil der Leasingrate über die Laufzeit des Vertrags angespart. Wird die Kaufoption nicht gezogen und das Logistikzentrum verbleibt auch nach Ende der 30-jährigen Vertragslaufzeit im Eigentum der Ernesto GVGmbH, ist der angesparte Betrag in Höhe des Gebäude-Restwertes an das Klinikum zurückzuzahlen.

## 5. Entwicklung eines PPP-Eignungstests für Immobilienprojekte öffentlicher Krankenhäuser

### Prüfung der grundsätzlichen Realisierbarkeit von PPP

---

Vertragsmodell zugrunde liegt. Bei diesem ist die private Projektgesellschaft als Auftragnehmer während der gesamten Betriebszeit dinglicher Eigentümer des Grundstücks.<sup>768</sup>

Bei dem PPP-Projekt am UK Düsseldorf wurde ebenfalls ein Erbbaurechtsvertrag für das Grundstück geschlossen, auf dem später das Parkhaus errichtet wurde. Der private Partner, die Bilfinger Berger Parking GmbH, erstellte das Parkhaus, das über die Vertragslaufzeit in ihrem Eigentum stehen sollte.<sup>769</sup> Es wurde vereinbart, dass das Gebäude am Ende des Vertrages an das Klinikum zurückfällt, ohne dass hierfür ein Kaufpreis oder Restwert zu zahlen ist. Diese Vertragskonstellation entspricht dem PPP-Erwerbermodell, bei dem der Vertragsgegenstand während der Vertragslaufzeit im dinglichen Eigentum des privaten Partners steht. Das wirtschaftliche Eigentum hält das öffentliche Klinikum als Auftraggeber, da es zur langfristigen Nutzung der Immobilie berechtigt ist und demnach die tatsächliche Herrschaft über das Gebäude inne hat.<sup>770</sup> Als Besonderheit des Projektes am Klinikum Düsseldorf erfolgte die Kopplung mit einer Konzession. Die Bilfinger Berger Parking GmbH erhielt das Recht, in Absprache mit dem Klinikum für die Nutzung des Parkhauses Gebühren zu erheben. Die Vertragsgestaltung ist daher als ein PPP-Konzessionsmodell (auf der Basis eines PPP-Erwerbermodells) einzuordnen.

Beim PPP-Projekt am UK Essen verbleibt das Eigentum am Grundstück hingegen beim Klinikum als wirtschaftlichen Eigentümer bzw. dem Land NRW als rechtlichen Eigentümer. Es wird dem privaten Konsortium über einen Pachtvertrag zur Errichtung und Betreibung des WPE überlassen.<sup>771</sup> An den Pachtvertrag gekoppelt wurde ein Mietvertrag abgeschlossen.<sup>772</sup> Die Vertragskonstellation ist auf ein PPP-Inhabermodell zurückzuführen, da das Eigentum an dem neu errichteten Gebäude auch während der Vertragslaufzeit nicht an die privaten Partner übergeht.<sup>773</sup> Das PPP-Projekt am UK S-H basiert auf ähnlichen Vertragsstrukturen.<sup>774</sup>

Auch bei dem PPP-Projekt des Klinikums Bremen-Mitte sollte das Grundstückseigentum beim Klinikum verbleiben,<sup>775</sup> was auf eine Gestaltung als PPP-Inhabermodell schließen lässt. Eine abschließende Festlegung zur diesbezüglichen Projektgestaltung erfolgte aufgrund des Projektabbruchs allerdings nicht mehr. Fest stand hingegen bereits, dass der Private neben der Erbringung umfangreicher Dienstleistungen auch Gesellschaftsanteile am Klinikum Bremen-Mitte übernehmen sollte.<sup>776</sup> Damit zielte das Vorhaben auf ein PPP-Gesellschaftsmodell ab, das bezüglich der Eigentumsverhältnisse auf dem PPP-Inhabermodell basiert.<sup>777</sup>

---

<sup>768</sup> Vgl. zum PPP-FM Leasingmodell Abschnitt 2.1.5. Dieses PPP-Vertragsmodell grenzt sich durch die Betreiberleistungen des Privaten während der Vertragslaufzeit gegenüber bisherigen Leasingformen ab. Vgl. Alfén / Fischer (2006), S. 58.

<sup>769</sup> Der Vertrag wurde ausgehend vom Klinikum Düsseldorf vorzeitig aufgelöst. Vgl. Abschnitt 4.2.2.

<sup>770</sup> Vgl. PwC (2007), S. 18 ff.

<sup>771</sup> Vgl. Nowacki (2007), S. 9.

<sup>772</sup> Wird der Mietvertrag gekündigt oder anderweitig beendet, ist damit auch der Pachtvertrag beendet.

<sup>773</sup> Beim PPP-Inhabermodell geht das Eigentum sukzessive mit der Erstellung auf den öffentlichen Auftraggeber über und steht über die gesamte Vertragslaufzeit in dessen wirtschaftlichen und dinglichen Eigentum. Vgl. weiterführend Abschnitt 2.1.5.

<sup>774</sup> Vgl. Kampf (2008), S.35.

<sup>775</sup> Vgl. die Ausschreibung vom 4.8.2006 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 158932-2006.

<sup>776</sup> Vgl. die Ausschreibung vom 7.4.2006 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 070870-2006 und zu den Besonderheiten des PPP-Projektes am Klinikum Bremen-Mitte Abschnitt 4.2.5.

<sup>777</sup> Vgl. zum PPP-Gesellschaftsmodell Abschnitt 2.1.5. Das PPP-Gesellschaftsmodell ist ein Vertragsmodell, das mit fünf der anderen PPP-Vertragsmodelle kombiniert werden kann. Im hier vorliegenden Fall beruht es auf dem PPP-Inhabermodell.

Konkret war geplant, eine 100 % private Projektgesellschaft („Bau-Wirtschafts GmbH“) zu gründen, die mit der Planung, Errichtung und Finanzierung der geplanten baulichen Maßnahmen beauftragt werden sollte. Daneben war vorgesehen, dieser Projektgesellschaft eine Beteiligung an einer zweiten Gesellschaft, der „Gebäudemanagement GmbH“<sup>778</sup> in Höhe von 49 % einzuräumen,<sup>779</sup> die alle Leistungen während der Betriebsphase des Projektes erbringen sollte.<sup>780</sup> Die restlichen Anteile von 51 % an der Gesellschaft sollten weiterhin vom Klinikum Bremen-Mitte gehalten werden. Die geplante Trennung der investiven und der betrieblichen Leistungen in zwei Gesellschaften hätte bedeutet, dass der Grundgedanke einer lebenszyklusübergreifenden Projektrealisierung durchbrochen worden wäre.<sup>781</sup>

Die Planungen am UK Köln sehen vor, dass das auf dem Klinikgelände gelegene Baugrundstück für die Bau- und Betriebszeit an das obsiegende Bieterkonsortium verpachtet wird. Eine Übertragung des Grundstückseigentums ist nicht geplant.<sup>782</sup> Der private Vertragspartner erhält zudem außer dem dinglichen Nutzungsrecht kein Recht zur Belastung des Grundstücks.<sup>783</sup> Nach Abschluss der Baumaßnahme sehen die Vertragsentwürfe vor, dass das UK Köln auf der Grundlage einer Nutzungsüberlassung über das Gebäude verfügen kann. Diese Vertragskonstellation ist typisch für das PPP-Inhabermodell.

Vom AKH Viersen war ebenfalls geplant, das Grundstückseigentum nicht an den privaten Partner zu übertragen. Das Grundstück sollte diesem über einen Pachtvertrag zur Verfügung gestellt werden. Somit ist auch hier von einer Gestaltung als PPP-Inhabermodell auszugehen, auch wenn die diesbezüglichen Planungen vor dem Projektabbruch noch nicht abgeschlossen waren.

	Klinikum Dortmund	UK Düsseldorf	UK Essen	UK S-H	KBM	UK Köln	AKH Viersen
<b>PPP-Vertragsmodell</b>	PPP-FM Leasingmodell	PPP-Konzessionsmodell	PPP-Inhabermodell	PPP-Inhabermodell	PPP-Gesellschaftsmodell	PPP-Inhabermodell	PPP-Inhabermodell

**Tabelle 16: PPP-Vertragsmodelle der Fallstudien-Projekte.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass in den untersuchten Projekten überwiegend das PPP-Inhabermodell zum Einsatz kam, dies aber nicht das allein genutzte PPP-

<sup>778</sup> Die Gebäudemanagement GmbH ist als Tochterunternehmen des Klinikums bereits seit einigen Jahren aktiv. Aufgrund eines Organschaftsverhältnisses zum Klinikum Bremen-Mitte die Gesellschaft von der Zahlung der Mehrwertsteuer befreit. Durch die gewählte Konstellation sollte das Organschaftsverhältnis und damit die Befreiung von der Mehrwertsteuer auch für die Betriebsleistungen im Rahmen des PPP-Projektes genutzt werden. Dass dieses Ziel durch die gewählte rechtliche Ausgestaltung erreicht wird, bestätigte das Finanzamt in einer Voranfrage.

<sup>779</sup> Vgl. zur umsatzsteuerlichen Organschaft, die auch im Rahmen einer gemischtwirtschaftlichen Servicegesellschaft von Bedeutung ist, die Ausführungen in Abschnitt 3.1.2.4.

<sup>780</sup> Vgl. die Ausschreibung vom 4.8.2006 mit der Dokumentennummer im Amtsblatt der EU (TED): 158932-2006.

<sup>781</sup> Die Abgrenzung der Leistungsbereiche beider Gesellschaften stellte sich als schwierig heraus. Ungeklärt war in diesem Zusammenhang u.a. die Zuständigkeit für größere Instandhaltungsmaßnahmen, mit denen Investitionen während der Betriebslaufzeit verbunden sind.

<sup>782</sup> Vgl. Burger/ Uhlig (2008), S. 11.

<sup>783</sup> Vgl. Burger/ Uhlig (2008), S. 17.

Vertragsmodell darstellt. Die vollständige Übersicht über die in den Fallstudien gewählten PPP-Vertragsmodelle zeigt Tabelle 16.

#### 5.1.8.2 Schlussfolgerungen zum Einsatz von PPP-Vertragsmodellen

Die Untersuchung der Fallstudienprojekte hat gezeigt, dass bereits mit mehreren PPP-Vertragsmodellen erste Erfahrungen bestehen. Das PPP-FM Leasingmodell und das PPP-Konzessionsmodell wurden jeweils bei einem Projekt erfolgreich eingesetzt, das PPP-Inhabermodell sogar bei drei Projekten. Ein weiteres PPP-Inhabermodell am AKH Viersen und das PPP-Gesellschaftsmodell am Klinikum Bremen-Mitte scheiterten hingegen. Die Vielfalt der verwendeten PPP-Vertragsmodelle zeigt, dass dem öffentlichen Krankenhausträger entsprechend seiner Bedürfnissen und Ziele verschiedene Optionen offenstehen.

In Abhängigkeit der projektspezifischen Gegebenheiten kann die Auswahl aber auch deutlich eingeschränkt sein. Umso wichtiger ist es zu prüfen, welche Projektmerkmale vorliegen und welchen Einfluss diese auf die Wahl des PPP-Vertragsmodells haben können.

Einen wichtigen Aspekt stellen die **Eigentumsverhältnisse** am Grundstück und den baulichen Anlagen dar. Das Grundstückseigentum verbleibt in allen Fallstudienprojekten bei dem jeweiligen Krankenhausträger bzw. der Krankenhausgesellschaft. In vielen Fällen sind die Krankenhäuser gar nicht in der Lage, die von ihnen genutzten Grundstücke zu veräußern, da ihnen diese zwar zur Nutzung überlassen wurden, sie aber nicht frei darüber verfügen können.<sup>784</sup>

Als Grundlage der Leistungserbringung des Privaten kommen hier insbesondere **Pachtverträge** in Betracht, bei denen das Grundstückseigentum unberührt bleibt.<sup>785</sup> Für diesen Fall ist das PPP-Inhabermodell als einziges Vertragsmodell anwendbar (K.O.-Kriterium). Unter diesen Bedingungen ist zu prüfen, ob den eingeschränkten Auswahlmöglichkeiten bei der Festlegung des PPP-Vertragsmodells entsprochen wurde.

In zwei Fallstudienprojekten<sup>786</sup> wurden Vertragskonstruktionen gewählt, die davon abweichend das Eigentum an den baulichen Anlagen nicht von Beginn des Projektes an beim öffentlichen Krankenhaus vorsehen. Das dingliche Eigentum an den baulichen Anlagen geht aber spätestens am Ende der Vertragslaufzeit an den öffentlichen Projektträger über.

Der private Partner ist dazu als Erbbauberechtigter einzusetzen. Damit wird ihm zeitlich befristet das dingliche Eigentum an dem zu errichtenden Gebäude überlassen. Besteht diese

---

<sup>784</sup> So verhält es sich insbesondere bei den Universitätsklinikum. Das UK Essen ist z.B. wirtschaftlicher Eigentümer des bebauten Grundstücks, rechtlicher Eigentümer ist aber das Land NRW. Eine Eigentumsübertragung der Krankenhaus-Grundstücke an Dritte ist grundsätzlich nicht vorgesehen und wenn, dann nur mit Einwilligung des Landes möglich. Ähnlich gelagert ist der Fall am Kölner Universitätsklinikum (KUK). Hier liegt das Eigentum an den Grundstücken beim UK Köln und nicht bei der Stadt Köln, allerdings besteht eine Zweckbindung der Grundstücke zur ausschließlichen Nutzung durch das UK Köln. Ein Verkauf der Grundstücke an Dritte ist auch hier ausgeschlossen.

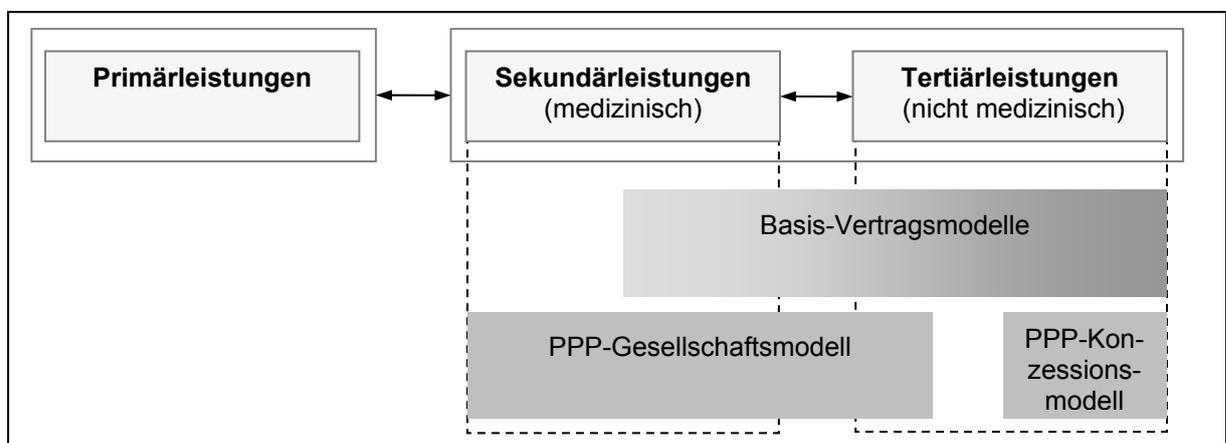
<sup>785</sup> Für die Überlassung des Grundstücks kann bzw. sollte auf die Zahlung eines Pachtzinses o.ä. verzichtet werden. Eine solche Zahlung würden die Privaten als zusätzliche Aufwendung bei der Kalkulation ihres Angebotes berücksichtigen, sodass sich diese um die Höhe der Forderung verteuern würde. Siehe dazu den geplanten Pachtvertrag im Rahmen des PPP-Projektes am UK Köln. Dieser sieht keine Pachtzinszahlungen vor. Vgl. Burger/ Uhlig (2008), S. 11.

<sup>786</sup> Dies betrifft die PPP-Projekte am Klinikum Dortmund und UK Düsseldorf.

Möglichkeit der Gewährung eines Erbbaurechts für das zu bebauende Grundstück, stehen dem Krankenhausträger grundsätzlich alle PPP-Vertragsmodelle offen.<sup>787</sup>

Aus den Untersuchungen der Fallstudien lassen sich **Empfehlungen** zum Einsatz der PPP-Vertragsmodelle ableiten. Die Eignung der PPP-Vertragsmodelle hinsichtlich zu integrierenden Leistungen während der Betriebsphase wird in der Abbildung 51 grafisch zusammengefasst. Dabei wird auf die Entfernung der übertragenen Betriebsleistungen zum Kernprozess der medizinisch-pflegerischen Patientenbehandlung Bezug genommen. Die Zuordnung stellt keine zwingende Notwendigkeit dar, sondern hat empfehlenden Charakter.

Fasst man die **vier Basis-Vertragsmodelle**<sup>788</sup> zu einer Gruppe zusammen, lässt sich feststellen, dass diese Vertragskonzepte insbesondere dann geeignet sind, wenn die Errichtung bzw. Sanierung von baulichen Anlagen und weniger die Übertragung von Betriebsleistungen im Mittelpunkt steht. Dies trifft auf alle Fallstudienprojekten zu, in denen eines der Basis-Vertragsmodelle gewählt wurde.<sup>789</sup>



**Abbildung 51: Geeignete Einsatzbereiche der PPP-Vertragsmodelle im Krankenhausbereich.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Des Weiteren hat das abgebrochene PPP-Projekt am Klinikum Bremen-Mitte gezeigt, dass die Umsetzung eines **PPP-Gesellschaftsmodells** mit vielfältigen Schwierigkeiten verbunden ist.<sup>790</sup> Dennoch könnte dieses PPP-Vertragsmodell bei bestimmten Projektvorhaben zum Einsatz kommen. Das PPP-Gesellschaftsmodell könnte insbesondere dann in Betracht gezogen werden, wenn während der Betriebszeit Leistungen im Mittelpunkt stehen, die weit an das Kerngeschäft eines Klinikums heranreichen und bei denen das Klinikum darum nur begrenzt Entscheidungsgewalt abgeben will. Denn durch die zu schaffende gemischtwirtschaftliche Gesellschaft wird die Beibehaltung der direkten Einflussnahme des Klinikums auf die Ausführung der Leistung sichergestellt. Das Know-how und das Kapital des privaten Partners können genutzt werden, ohne diesem zu viel Entscheidungsgewalt zu überlassen. Das PPP-Gesellschaftsmodell könnte daher insbesondere zur Übertragung von sekundären

<sup>787</sup> Eine Zusammenfassung der Anforderungen zur Erfüllung des Prüfkriteriums ist der Checkliste im Anhang 8 zu entnehmen.

<sup>788</sup> Bei den Basis-Vertragsmodellen handelt es sich um PPP-Inhabermodell, PPP-Erwerbermodell, PPP-FM-Leasingmodell und PPP-Vermietungsmodell.

<sup>789</sup> Dabei handelt es sich um die Projekte am Klinikum Dortmund, am UK Essen, am UK S-H, am UK Köln und am AKH Viersen. Vgl. weiterführend Abschnitt 2.1.5.

<sup>790</sup> Vgl. Abschnitt 5.1.8.1.

Unterstützungsleistungen eingesetzt werden.<sup>791</sup> Als Ergänzung zu einem PPP-Vertrag für das Krankenhausgebäude könnte das PPP-Gesellschaftsmodell auch eine Option für Bereitstellung, Wartung und Instandhaltung von Großgeräten im Bereich der Medizintechnik darstellen.<sup>792</sup>

Im Gegensatz dazu bietet sich bei Dienstleistungen, die weit vom Kerngeschäft eines Klinikums entfernt sind und mit diesem leistungsmäßig kaum Verflechtungen aufweisen, die Anwendung das **PPP-Konzessionsmodell** an. Besonders geeignet für dieses PPP-Vertragsmodell scheint z.B. die Errichtung eines Ärztehauses<sup>793</sup> oder eines Parkhauses auf dem Grundstück des öffentlichen Krankenhauses.<sup>794</sup> Für letzteres stellen die Fallstudienprojekte am Klinikum Dortmund und am UK Düsseldorf erfolgreiche Beispiele dar.

### 5.1.9 Vereinbarkeit mit bestehenden Vertragsbeziehungen

Im Vorfeld wurde erkannt, dass Krankenhäuser mit vielfältigen Partnern Vertragsbeziehungen unterhalten.<sup>795</sup> Bei dem Leistungsumfang, den schon kleine Krankenhäuser aufweisen, ist davon auszugehen, dass laufenden Vertragsbeziehungen bei den PPP-Planungen zu beachten sind, insbesondere wenn Bestandsgebäude einbezogen werden sollen. Daher ist bei der Vorbereitung eines PPP-Projektes zu prüfen, ob bestehende vertragliche Vereinbarungen das PPP-Projekt behindern können.

Dass diese Thematik relevant ist, zeigen beispielhaft die Erfahrungen mit dem PPP-Projekt am UK Köln. Zu Beginn der Planungen waren umfangreiche Leistungsübertragungen während der Betriebsphase vorgesehen.<sup>796</sup> Im Zuge vertiefender Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und der Verhandlungen mit den Bietern mussten diese aber immer weiter reduziert werden. Grund hierfür war in erster Linie die fehlende Wirtschaftlichkeit und nicht die fehlende Bereitschaft der Bieter.

So konnten am UK Köln aufgrund der benötigten hohen Energiemengen in der Vergangenheit Verträge zu günstigen Konditionen geschlossen werden. Die separate Energielieferung für das zu errichtende U/B West war aufgrund der vergleichsweise geringen Menge nicht wirtschaftlich darstellbar.<sup>797</sup> Die Übertragung anderer Bereiche wie Gebäudereinigung, Wäschereidienstleistungen, Entsorgung, Bettenaufbereitung, Logistik sowie Catering wurden in dem Projekt aufgrund bestehender Verträge mit privaten Dienstleistern und/oder strategi-

---

<sup>791</sup> Die bereits existierenden Kooperationen von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten, z.B. im Bereich der Radiologie, deuten darauf hin, dass auch eine erweiterte Zusammenarbeit im Rahmen eines PPP-Gesellschaftsmodells möglich ist.

<sup>792</sup> Für diesen Fall wäre eine Abstimmung der parallelen PPP-Verträge für Gebäude und Medizintechnik vorzunehmen. Vgl. weiterführend Abschnitt 5.2.3.5. Die Realisierung der Strahlentherapiezentren am UK Essen und am UK S-H wäre demnach anstatt als PPP-Inhabermodell ggf. auch als PPP-Gesellschaftsmodell möglich gewesen.

<sup>793</sup> Vorstellbar wäre hier auch Errichtung und Betrieb eines ambulanten Zentrums oder eines Angehörigen- bzw. Besucher-Hotels.

<sup>794</sup> In einem Konzessionsmodell erhält ein privater Partner die Erlaubnis zur Errichtung des benötigten Gebäudes und zu dessen Betrieb über einen vertraglich festgelegten Zeitraum, z.B. 25 Jahre. Das gesamte wirtschaftliche Risiko liegt bei dieser Ausgestaltung bei dem Privaten, sodass diese Konstellation, insbesondere hinsichtlich der Risikoverteilung, einer materiellen Privatisierung nahekommt, sich davon allerdings durch die Zurückbehaltung des Grundstückseigentums bzw. dessen Heimfall am Ende der Vertragslaufzeit abgrenzt. Vgl. weiterführend Abschnitt 2.1.5.

<sup>795</sup> Vgl. Abschnitt 3.2.3.

<sup>796</sup> Vgl. die geplanten Projektspezifikationen in Abschnitt 4.2.6.

<sup>797</sup> Vgl. Burger/ Uhlig (2008), S. 7.

schen Bedenken von vornherein ausgeschlossen.<sup>798</sup> Aufgrund der geringen Größe des U/B West im Vergleich zum Gesamtklinikum hätten „**Insellösungen**“ in diesen Bereichen keine Kostenvorteile erbracht, zu zusätzlichen Schnittstellen geführt<sup>799</sup> und die Gesamtstrategie des Klinikums behindert.<sup>800</sup>

Ähnliche Erfahrungen in anderen Fallstudienprojekten machen deutlich, dass der Prüfung bestehender Vertragsbeziehungen bei der Planung von PPP-Projekten eine hohe Bedeutung beizumessen ist. Diese waren in den untersuchten Projekten ein häufiger Grund dafür, dass das übertragene Leistungsspektrum letztendlich deutlich geringer ausfiel als zunächst geplant. Es ist darauf zu achten, dass Restriktionen aus bestehenden Vertragsbeziehungen des öffentlichen Auftraggebers dem PPP-Projekt nicht in der Weise entgegenstehen, dass die Umsetzung von PPP unwirtschaftlich oder sogar unmöglich wird. Ist dieser Umstand erfüllt, stellt er ein K.O.-Kriterium für die PPP-Planungen dar.<sup>801</sup>

Besteht eine derartige Unverträglichkeit, ist zu untersuchen, ob seitens des Klinikums durch die Kündigung von Vereinbarungen bzw. Verträgen die benötigten Grundlagen für die Umsetzung eines PPP-Projektes geschaffen werden können. Alternativ ist abzuwägen, ob die erkannten PPP-Hinderungen durch Umstrukturierungen des Projektes abgebaut werden können.<sup>802</sup> Hierbei kommt insbesondere in Betracht, von der ursprünglich geplanten Übertragung einer betrieblichen Leistung abzusehen. Allerdings sind etwaige Auswirkungen auf das Effizienzpotenzial des PPP-Projektes zu beachten. Trotz Leistungsreduzierung muss die Umsetzbarkeit des Lebenszyklusansatzes sichergestellt sein. Dafür muss ein Mindestmaß der Leistungen in der Betriebsphase an den Privaten übertragen werden.<sup>803</sup>

## 5.2 Prüfung des Effizienzpotenzials von PPP

Zum Abschluss des zweiten Kapitels wurden die Kriterien aufgezeigt, die einen besonders hohen Einfluss darauf haben, ob mit dem Einsatz von PPP von einer erhöhten Wirtschaftlichkeit ausgegangen werden kann oder nicht.<sup>804</sup>

In diesem Kapitel wird darauf aufbauend untersucht, welche Ausprägungen dieser Effizienzkriterien bei Nutzung von PPP durch öffentliche Krankenhäuser zu fordern sind. Es wird das **Ziel** verfolgt, die Anforderungen herzuleiten, die speziell im Krankenhausesektor an ein PPP-Projekt zu stellen sind, damit bei der Initiierung durch einen öffentlichen Krankenhausträger von einem positiven Effizienzbeitrag ausgegangen werden kann. Dazu werden die im dritten Kapitel hergeleiteten Besonderheiten des Krankenhausesektors mit den Erfahrungen in den Fallstudienprojekten in Beziehung gesetzt. Darüber hinaus werden Vorschläge für die Aus-

---

<sup>798</sup> Vgl. Burger/ Uhlig (2008), S. 16. Die Hausmeisterleistungen für das U/B West werden vom UK Köln in Eigenleistung erbracht.

<sup>799</sup> Vgl. zur Problematik der Schnittstellen Abschnitt 5.1.7.

<sup>800</sup> Trotz des reduzierten privaten Leistungsumgangs sollte dennoch mit der geplanten Übertragung des technischen Gebäudemanagements und von Instandhaltungsleistungen auch in dem Kölner PPP-Projekt ein Mindestumfang betrieblicher Leistungen erreicht werden.

<sup>801</sup> Eine Zusammenfassung der Anforderungen zur Erfüllung des Prüfkriteriums ist der Checkliste im Anhang 8 zu entnehmen.

<sup>802</sup> Vgl. Storz/ Frank (2004), S. 27.

<sup>803</sup> Vgl. zum Mindestmaß an Leistungsumfang Abschnitt 5.2.3.6.

<sup>804</sup> Vgl. Abschnitt 2.3.3.3 ff.

gestaltung zukünftiger Projekte entwickelt, um die Erfüllung der hergeleiteten Anforderungen möglichst frühzeitig sicherzustellen.

Die **Ergebnisse** der durchzuführenden kriterienspezifischen Auswertung fließen in den am Ende des Kapitels konzipierten PPP-Eignungstest für öffentliche Krankenhausträger ein. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieses Abschnitts ist dem **Anhang 9** zu entnehmen.

### 5.2.1 Höhe des Projektvolumens

Als erstes Prüfkriterium wird die erforderliche Höhe des Projektvolumens für PPP-Projekte im Krankenhauswesen untersucht. Als Maß für die erforderliche Größe eines Projektes wird das Projektvolumen herangezogen, das die Projektgesamtkosten über die geplante Vertragsdauer darstellt und damit dem finanziellen Vertragswert des Projekts entspricht.<sup>805</sup> In der weitergehenden Betrachtung wird eine **Unterteilung des Projektvolumens** in die Investitionskosten (Anfangsinvestition) und die Kosten während der Betriebsphase (Betriebskosten) vorgenommen.

#### 5.2.1.1 Höhe der Investitionskosten

Die Investitionskosten umfassen die Kosten, die zu Beginn eines PPP-Projektes für die durchzuführenden Maßnahmen aufgebracht werden müssen. Dazu zählen alle Kosten, die bis zum Betriebsbeginn anfallen, insbesondere die Kosten der Projektvorbereitung, Planung, Errichtung (inklusive Erstausrüstung) sowie Zwischenfinanzierung.<sup>806</sup>

Es ist ein Mindestumfang der Anfangsinvestition notwendig, da die Komplexität eines lebenszyklusübergreifenden Projektes im Vergleich zu einer konventionelle Projektrealisierung zu erhöhten Transaktionskosten führt.<sup>807</sup> Diese müssen im Rahmen des Projektes durch Effizienzsteigerungen in anderen Bereichen aufgefangen werden.

Eine pauschal zu fordernde **Mindestinvestitionshöhe** lässt sich nicht angeben, da viele weitere Faktoren Einfluss darauf haben, ob PPP effizienter ist im Vergleich zu einer konventionellen Lösung oder nicht.<sup>808</sup> Dennoch lassen sich Anhaltspunkte finden, die für eine Abschätzung eines erforderlichen Mindestwertes der Anfangsinvestition im Krankenhausbereich herangezogen werden können.

**Sektorübergreifend** wurde erstmals in einem frühen Leitfaden der PPP-TASK FORCE NRW der Versuch unternommen für PPP-Projekte ein Mindestvolumen anzugeben. Bei Unterstellung einer optimalen Projektvorbereitung seitens des öffentlichen Projektträgers<sup>809</sup> wurde da-

---

<sup>805</sup> Vgl. Weidemann (2006), S. 11.

<sup>806</sup> Bei der Zusammenstellung der Kosten kann die DIN 276 genutzt werden. Vgl. beispielhaft Storz/ Frank (2004), S. 17.

<sup>807</sup> Höhere Transaktionskosten entstehen u.a. durch einen höheren Aufwand hinsichtlich der Konzeptionierung, Strukturierung und Vertragsgestaltung. Insbesondere der zeitliche und finanzielle Aufwand für die Ausschreibung und Vergabe eines PPP-Projektes ist aufgrund der langfristigen Ausrichtung und des Projektumgangs höher als bei konventionellen Projekten. Vgl. Reppenhausen (2004), S. 34.

<sup>808</sup> Hier kommt z.B. der Erfahrung und Professionalität der Akteure im Markt eine hohe Bedeutung zu.

<sup>809</sup> Storz/ Frank (2004), S.56 ff. gehen in dem PPP-Eignungstest der PPP-Task Force NRW davon aus, dass die Mindestpunktzahl bei dem Kriterium Investitionsvolumen 30 beträgt. Bei Ansatz eines Punktwertes von 2 pro 1 Mio. Euro Investitionssumme ergibt sich ein Mindestvolumen von 15 Mio. Euro. Entsprechend der Projektvorbereitung durch den öffentlichen Projektträger kann eine Erhöhung des Punktwertes vorgenommen werden, sodass unter Umständen auch geringere Investitionsvolumen als errechnet für PPP in Betracht kommen.

rin von einem Mindestvolumen in Höhe von 10 Mio. Euro ausgegangen.<sup>810</sup> Empfohlen wurde PPP für Vorhaben, die ein Investitionsvolumen von mindestens 15 bis 20 Mio. Euro erreichen.<sup>811</sup>

Entgegen dieser Richtwerte, die auf die Frühphase von PPP in Deutschland zurückgehen, haben realisierte PPP-Projekte gezeigt, dass auch Investitionsvolumen weit unter diesen Grenzen möglich sind. Es konnte schon bei sehr kleinen Projekten mit einem Investitionsvolumen im unteren einstelligen Millionenbereich ein positiver PPP-Effizienzvorteil nachgewiesen werden.<sup>812</sup> Dieser Umstand kann als Hinweis auf eine zunehmende Standardisierung in einigen Sektoren des öffentlichen Hochbaus gewertet werden.<sup>813</sup> Denn durch länderübergreifende einheitliche Vorgehensweisen können Planung und Vorbereitung von PPP-Projekten vereinfacht und verkürzt werden, wodurch sich die Transaktionskosten reduzieren.

Speziell im **Krankenhausbereich** ist der Standardisierungsgrad hingegen aufgrund nur weniger bisher realisierter PPP-Projekte und dem Unikatcharakter der Krankenhäuser noch sehr gering. Daher ist die Initiierung von PPP-Projekten in diesem Sektor noch mit vergleichsweise hohen Projektvorlaufkosten verbunden. Durch die hohe Komplexität vieler Bereiche eines Krankenhauses,<sup>814</sup> verbunden mit hohen (insbesondere technischen) Anforderungen, fallen höhere Transaktionskosten an als beispielsweise bei Schul- und Verwaltungsgebäuden. Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass das mindestens erforderliche Investitionsvolumen für PPP im Krankenhaus über dem in anderen Sektoren liegt. Noch vor einigen Jahren, als noch keine Projekterfahrungen mit Krankenhaus-PPP bestanden, ließen diese sektorspezifischen Besonderheiten PPP-Projekte ab einem Investitionsvolumen von 20 bis 40 Mio. Euro sinnvoll erscheinen.<sup>815</sup>

Eine weitere Orientierungsgröße für den Krankenhausbereich leitet sich aus der Neuregelung des **Hochschulmedizingesetzes** (HMG) ab.<sup>816</sup> Darin wird für Universitätskliniken des Landes NRW ab einem Investitionsvolumen von 15 Mio. Euro die Prüfung einer PPP-Umsetzung vorgeschrieben.<sup>817</sup> Diese Größenordnung wurde offensichtlich gewählt, da ab diesem Volumen eine Vorteilhaftigkeit von PPP mit hoher Wahrscheinlichkeit erwartet wird.

Neben der Höhe des Investitionsvolumens kann auch der Anteil der Betriebskosten am Projektvolumen Aufschluss über die zu erwartende Effizienzwirkung einer PPP-Projektplanung geben.

---

Setzt man den maximal möglichen Punktwert von 3 an, erreicht man die geforderte Mindestpunktzahl von 30 bereits mit einem Investitionsvolumen von 10 Mio. Euro.

<sup>810</sup> Dieser Wert wird z.B. auch von Reppenhagen als mindestens erforderliches Investitionsvolumen für PPP gefordert. Vgl. Reppenhagen (2004), S. 34.

<sup>811</sup> Vgl. Littwin (2006), S. 14; Storz/ Frank (2004), S. 31.

<sup>812</sup> Vgl. als Beispiel das PPP-Projekt in Bestensee, welches Planung, Bau, Finanzierung, Bauunterhaltung und den Betrieb einer Multifunktions-Sporthalle beinhaltet und ein Investitionsvolumen von lediglich 3,5 Mio. Euro aufweist. Trotzdem wurde in der abschließenden Wirtschaftlichkeitsuntersuchung ein Effizienzvorteil von rd. 6 % ermittelt.

<sup>813</sup> Vgl. Littwin (2006), S. 13.

<sup>814</sup> Vgl. zu den Anforderungen an Gebäude eines Krankenhauses Abschnitt 3.2.1.

<sup>815</sup> Vgl. Daube et al. (2005), S. 1084.

<sup>816</sup> Vgl. § 10 UKVO im Rahmen des Artikel 3 HMG vom 20.12.2007.

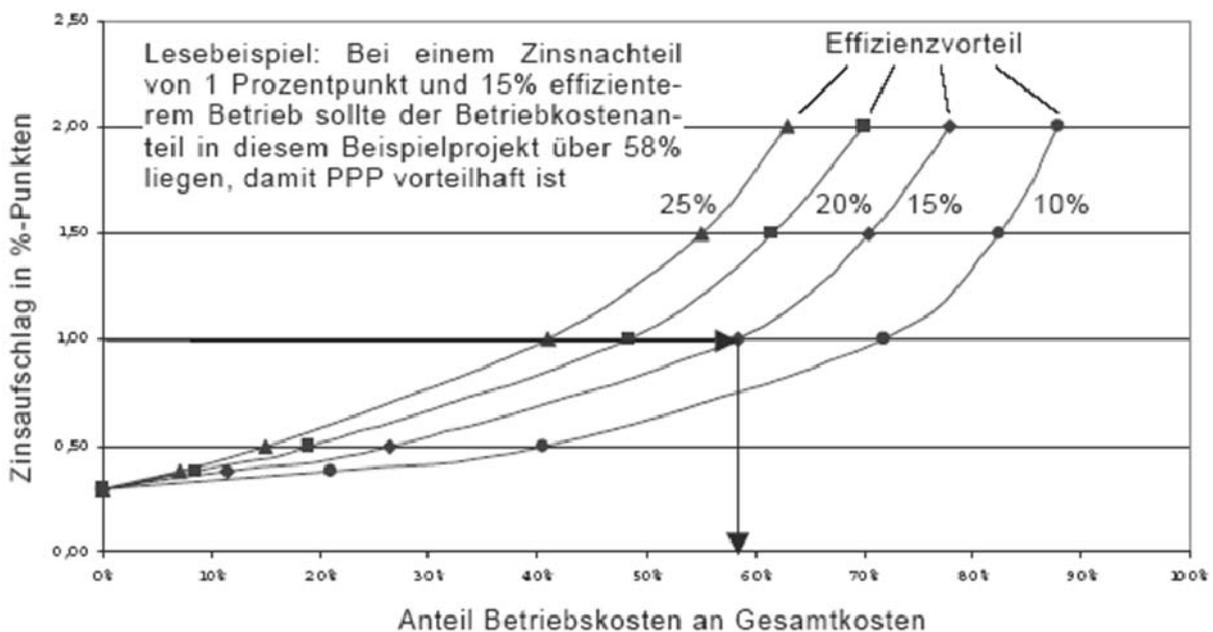
<sup>817</sup> Vgl. zu den Regelungen im HMG auch Abschnitt 5.1.3.

### 5.2.1.2 Anteil der Betriebskosten am Projektvolumen

Der Umfang der Betriebskosten hat ebenso wie die Investitionskosten Einfluss auf den erzielbaren PPP-Effizienzvorteil. Optimierungen der Betriebskosten können aufgrund der langen Vertragslaufzeit von PPP-Projekten in ihrer Summe einen hohen Effizienzbeitrag leisten.<sup>818</sup> Voraussetzung für das Erreichen dieser Effekte ist allerdings ein Mindestmaß an Betriebsleistungen, verbunden mit einem entsprechenden Anteil der Betriebskosten an den Projektgesamtkosten.<sup>819</sup>

Denn um PPP-Effizienzvorteile in der Betriebsphase erzielen zu können, müssen die Nachteile durch höhere Finanzierungskosten ausgeglichen werden. Die Finanzierungskosten einer Kommune bzw. eines kommunalen Krankenhauses liegen i.d.R. unter denen der Privatwirtschaft.<sup>820</sup> Durch Effizienzvorteile in der Betriebsphase können höheren Finanzierungskosten des Privaten ausgeglichen werden. Um dies zu gewährleisten, sollte der Betriebskostenanteil am Projektvolumen umso größer sein, je höher der Zinsvorteil des öffentlichen Projektträgers ist.

Als Richtwert schlägt REPPENHAGEN einen **Betriebskostanteil** am Projektvolumen über die Projektlaufzeit von **mindestens 50 %** vor. Nach REPPENHAGENS Untersuchungen ist bei Einhaltung dieser Untergrenze davon auszugehen, dass das Betriebsvolumen ausreicht, die höheren Finanzierungskosten bei PPP auszugleichen oder zu übersteigen. Voraussetzung hierfür ist, dass entsprechende Effizienzvorteile bei den Betriebsleistungen erzielt werden.<sup>821</sup>



**Abbildung 52: Abhängigkeit von PPP-Finanzierungskosten und Umfang der Betriebsleistungen.**

Quelle: Reppenhagen (2004), S. 34.

<sup>818</sup> Vgl. Reppenhagen (2004), S. 34.

<sup>819</sup> Vgl. Storz/ Frank (2004), S. 18.

<sup>820</sup> Vgl. Reppenhagen (2004), S. 34.

<sup>821</sup> Vgl. Reppenhagen (2004), S. 34. Unter Vernachlässigung eines eventuellen zusätzlichen Effizienzvorteils bei den Kosten bis zum Betriebsbeginn (insbesondere Investitionskosten).

Der Zusammenhang zwischen den Finanzierungskosten und dem Umfang der Betriebsleistungen wird in Abbildung 52 dargestellt. Mit Hilfe des Diagramms ist eine projektspezifische Ermittlung der erforderlichen Höhe des Betriebskostenanteils möglich.<sup>822</sup> Da zum Zeitpunkt der Erstellung eines PPP-Eignungstests aber noch kein Effizienzvorteil vorliegt, kann in diesem Projektstadium eine Orientierung an dem angegebenen allgemeinen Mindestwert von 50 % erfolgen.<sup>823</sup>

### 5.2.1.3 Projektvolumen der Fallstudienprojekte

Zur Auswertung der Fallstudienenerfahrungen wird zunächst auf die Investitionskosten der Fallstudienprojekte eingegangen, bevor anschließend die Betriebskosten beleuchtet werden. Die Investitionsvolumen der untersuchten Fallstudienprojekte liegen zwischen 8,4 Mio. Euro am UK Düsseldorf und geplanten 190 Mio. Euro am Klinikum Bremen-Mitte (vgl. Tabelle 17).

	Klinikum Dortmund	UK Düsseldorf	UK Essen	UK S-H	KBM	UK Köln	AKH Viersen
Investitionsvolumen in Mio. Euro	32,5	8,4	136	254	190	36	27

**Tabelle 17: Investitionsvolumen in den Fallstudien.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Den **niedrigsten Wert** weist das Düsseldorfer PPP-Projekt auf. Es wurde trotz des vergleichsweise geringen Investitionsvolumens erfolgreich umgesetzt. Hierfür gibt es Gründe. Das Projekt wurde als PPP-Konzessionsmodell konzipiert. Bei diesem Vertragsmodell übernimmt der private Partner das gesamte wirtschaftliche Risiko. Damit sind Risikoverteilung und Schnittstellen klar geregelt, was den Umfang der Verhandlungen sowie der Verträge und damit auch der Transaktionskosten begrenzt. Zudem ist die Komplexität des Projektes als gering einzuschätzen, da die Erstellung und der Betrieb eines Parkhauses keine krankenhausspezifischen Leistungen umfasst. Als weitere Besonderheit fällt auf, dass das Projekt einen vergleichsweise hohen Betriebsanteil aufweist. Die Bilfinger Berger Parking GmbH hat nicht nur die Bewirtschaftung des erstellten Parkhauses mit 310 Stellplätzen, sondern auch für alle bereits bestehenden 1.500 Stellplätze auf dem Klinikgelände übernommen.<sup>824</sup>

<sup>822</sup> Sind der PPP-Effizienzvorteil bei den Betriebskosten und der „Zinsnachteil“ der PPP-Finanzierung bekannt, kann der als erforderlich anzusehende Anteil der Betriebskosten an den Gesamtkosten aus der Grafik abgelesen werden und dem tatsächlichen Wert in dem geplanten Projekt gegenübergestellt werden. In dem Lesebeispiel wird ein Anteil der Betriebskosten an dem Projektvolumen von 58 % gefordert.

<sup>823</sup> Alternativ kann als Maßstab für den Anteil der Betriebskosten die Größe der zu bewirtschaftenden Fläche herangezogen werden. Die zu bewirtschaftende Fläche kann über die Bruttogrundflächen nach DIN 277 definiert werden. In der Bruttogrundfläche sind alle tatsächlich im Gebäude vorhandenen Flächen enthalten. Fassadenflächen und Flächen der Außenanlagen sind nicht mit in die Betrachtung einzubeziehen. Die PPP-TASK FORCE NRW empfiehlt hierzu, dass einem PPP-Projekt mindestens 5.000 m<sup>2</sup> BGF, besser 7.500 m<sup>2</sup> BGF zugrunde liegen sollten. Ist dieses Kriterium erfüllt, kann demnach bei Realisierung ein Effizienzbeitrag vermutet werden. Vgl. Storz/ Frank (2004), S. 19 und 31 ff.

<sup>824</sup> Vgl. zum PPP-Projekt am UK Düsseldorf Abschnitt 4.2.2.

Das Projekt am Düsseldorfer Uniklinikum macht deutlich, dass bei entsprechendem Leistungsschwerpunkt im Bereich der tertiären Unterstützungsleistungen<sup>825</sup> und einer optimalen Ausgestaltung auch Projekte mit Investitionen im **einstelligen Millionenbereich** erfolgreich umsetzbar sind. Aufgrund der besonderen Projektkonstellation erscheint es allerdings nicht zulässig, diese positiven Erfahrungen mit einem geringen Investitionsvolumen als allgemeingültig einzuschätzen und auch auf Gebäude mit krankenhausspezifischer Nutzung zu übertragen.

Die PPP-Projekte in Dortmund, Düsseldorf, Köln und Viersen lassen sich in einer Gruppe von Projekten zusammenfassen, in denen das Investitionsvolumen **unter 40 Mio. Euro** liegt. Alle Projekte beschränken sich auf einzelne Gebäude bzw. kleinere Gebäudekomplexe.

Dem gegenüber weisen die Projekte in Bremen, Kiel und Essen jeweils ein **dreistelliges Investitionsvolumen** aufweisen. In Bremen ist dies auf einen umfassenden, mehrere Gebäude umfassenden Projektansatz zurückzuführen. Die Planungen zu dem PPP-Projekt schlossen nahezu das gesamte Klinikum Bremen-Mitte ein. Beim NRoCK am UK Schleswig-Holstein und dem WPE am UK Essen beinhalten die PPP-Projekte gleichermaßen die Bereitstellung einer neuen Technologie, die nur mit einem enorm hohen technischen Aufwand nutzbar gemacht werden kann. Der mit diesen Projekten verbundene hohe finanzielle Aufwand ist auf die Gesamtkomplexität der technischen Realisierung zurückzuführen, die sich auch in der bis zu vier Jahre andauernden Bauphase widerspiegelt.

Es wird deutlich, dass die Investitionsvolumina der Fallstudienprojekte eine **große Bandbreite** aufweisen. Die untersuchten Beispiele zeigen, dass PPP eine Beschaffungsvariante darstellt, die bei unterschiedlichsten Projektvolumen erfolgreich eingesetzt werden kann.

Bezüglich der Erfahrungen mit dem Umfang der **Betriebskosten** an den Projektgesamtkosten soll beispielhaft auf ein Fallstudienprojekt eingegangen werden. Für die Errichtung des Protonentherapiezentrum am UK Essen werden insgesamt 136 Mio. Euro investiert. Das Projektvolumen über die gesamte Vertragslaufzeit von 15 Jahren beträgt rd. 300 Mio. Euro. Durch Abzug der Investitionskosten lässt sich ermitteln, dass rd. 164 Mio. Euro für die Betriebsphase vorgesehen sind. Der Anteil der Betriebskosten liegt damit bei 55 % der Projektgesamtkosten und erfüllt damit die formulierte Vorgabe.

#### 5.2.1.4 Schussfolgerungen zum Prüfkriteriums Projektvolumen

Bei der Planung eines PPP-Projektes im Krankenhausbereich sollte von vornherein beachtet werden, dass ein Mindestmaß an Investitionen erforderlich ist. Aus den Vorüberlegungen und den Erfahrungen in den Fallstudien lässt sich ableiten, dass ab einem **Investitionsvolumen** von 15 Mio. Euro gute Ausgangsbedingungen für einen positiven Effizienzbeitrag bestehen. Zur Ermittlung des zu erwartenden Investitionsvolumens einer PPP-Projektentwicklung sollte eine grobe Kostenschätzung durchgeführt werden.

Aufgrund der regelmäßig sehr großen Investitionsvolumen, die mit baulichen Umstrukturierungen in einem Krankenhaus verbunden sind, wird dieser Wert bei vielen Projektentwicklungen deutlich überschritten werden.

---

<sup>825</sup> Vgl. die Einordnung von Leistungen der Parkraumbewirtschaftung als Teil des Infrastrukturellen Gebäudemanagements und damit tertiäre Unterstützungsleistung Abschnitt 3.2.2.3.

Wie die Fallstudienanalyse allerdings auch gezeigt hat, schließt dies nicht aus, dass sich auch mit kleineren Projekten Effizienzvorteile erzielen lassen. Insbesondere wenn ein PPP-Projekt in der Betriebsphase keine Krankenhausnahmen, sondern ausschließlich tertiäre Unterstützungsleistungen (z.B. bei einem Parkhaus) umfasst, erscheint unter Bezugnahme auf die Erfahrungen am UK Düsseldorf und außerhalb des Krankenhausbereiches auch bei einstelligen Investitionsvolumen ein Effizienzbeitrag erreichbar. Dies macht deutlich, dass ein ausreichend hohes Projektvolumen nur als Kann-Kriterium mit empfehlendem Charakter in einen PPP-Eignungstest einfließen sollte.

Als weitere Kenngröße sollte der Anteil der **Betriebskosten** an den Projektgesamtkosten den Mindestwert von 50 % nicht unterschreiten, um von einem positiven Effizienzbeitrag ausgehen zu können.<sup>826</sup> Damit würde der sektorübergreifenden Empfehlung von REPPENHAGEN entsprochen, auf die hier Bezug genommen wird. Die Projektplanungen sollten von Anfang an einen dementsprechend erforderlichen Leistungsumfang in der Betriebsphase beachten.<sup>827</sup>

Mit fortschreitender Standardisierung werden diese Richtwerte weiter sinken und sich immer mehr der Größenordnung der anderen Sektoren angleichen, wenngleich davon auszugehen ist, dass diese aufgrund der Besonderheiten von Krankenhäusern nie ganz erreicht werden.

Liegt ein geringes Projektvolumen vor, sodass eine erfolgreiche Umsetzung als PPP als gefährdet anzusehen ist, sind **Maßnahmen** zu prüfen, die zu einer Erhöhung des Projektvolumens beitragen. Zur Abwendung eines Abbruchs der PPP-Planungen können insbesondere die folgenden Maßnahmen in Betracht gezogen werden:<sup>828</sup>

- Senkung der Transaktionskosten, z.B. durch strukturierte Projektvorbereitung, professionelle Beratung,
- Einbindung weiterer Projekte in das Projektportfolio,<sup>829</sup>
- Erhöhung der zu bewirtschaftenden Fläche, z.B. durch Ausdehnung der privaten Betriebsleistungen auf weitere Gebäude des Krankenhauses,
- Erhöhung der Leistungsübertragung auf den privaten Partner,
- Verlängerung der Vertragslaufzeit zur Erhöhung des Betriebskostenanteils an den Gesamtprojektkosten.<sup>830</sup>

## 5.2.2 Dauer der Vertragslaufzeit

Die Vertragslaufzeit eines PPP-Projektes gibt an, für welchen Zeitraum die Partnerschaft zwischen dem öffentlichen Auftraggeber und der privaten Projektgesellschaft geschlossen wird. Dabei ist zwischen der **Bauzeit** und der **Betriebslaufzeit** zu differenzieren.

<sup>826</sup> Eine Zusammenfassung der zu prüfenden Sachverhalte für die Beurteilung des Prüfkriteriums und Vorschläge zur Erfüllung der Anforderungen sind der Checkliste im Anhang 9 zu entnehmen.

<sup>827</sup> Vgl. Abschnitt 5.2.3.

<sup>828</sup> Vgl. Storz/ Frank (2004), S. 41 ff; Littwin (2006), S. 14.

<sup>829</sup> Vgl. die zu erfüllenden Kriterien für eine Projektbündelung in Reppenhagen/ Ditfurth (2005), S. 11 - 12.

<sup>830</sup> Bei einer Laufzeitverlängerung ist allerdings zu beachten, dass ggf. zusätzliche Investitionen für Instandsetzungsmaßnahmen ö.ä. erforderlich werden.

### 5.2.2.1 Einflussfaktoren auf die Vertragslaufzeit

Den untersuchten PPP-Projekten liegen Vertragslaufzeiten von 15 bis 30 Jahren zugrunde. Am verbreitetsten sind Laufzeiten von 25 Jahren. Die konkrete Festlegung erfolgt projektspezifisch und ist von vielfältigen Faktoren abhängig. **Einfluss** auf die Vertragsdauer haben u.a.:

- Die Länge der wirtschaftlichen Lebensdauer, der dem PPP-Projekt zugrunde liegenden Gebäude und technischen Anlagen,
- Die Höhe des Investitions- bzw. des Projektvolumens,
- Die finanziellen Möglichkeiten des öffentlichen Auftraggebers bzw. die angestrebte Höhe des periodischen Leistungsentgelts,
- projektspezifische Besonderheiten.

Bei einem PPP-Projekt eines öffentlichen Krankenhauses kommt es insbesondere darauf an, um welche **Immobilienart** es sich handelt bzw. welche Leistungen in dem Gebäude erbracht werden sollen. Da zu einem Krankenhaus verschiedene Leistungsbereiche mit sehr unterschiedlichen Gebäudeanforderungen zählen,<sup>831</sup> können hier je nach Projektinhalt unterschiedliche Laufzeiten sinnvoll sein. Bezogen auf ein gesamtes Klinikum mit seinen vielfältigen Leistungsbereichen ist im Vergleich mit anderen Immobilienarten mit einer sehr kurzen wirtschaftlichen Lebensdauer zu rechnen. Bei Betrachtung einzelner Krankenhaus-Immobilien wird dieser Wert sehr stark von der konkreten Gebäudenutzung beeinflusst.

Die **finanziellen Möglichkeiten** des öffentlichen Krankenhausträgers haben ebenfalls Einfluss haben auf die Festlegung der Vertragslaufzeit. Da das jährlich aufzubringende Leistungsentgelt umso höher ausfällt, je kürzer die Vertragslaufzeit gewählt wurde, ist insbesondere bei Projekten ohne oder mit nur geringen Investitionsfördermitteln darauf zu achten, dass die Betriebslaufzeit auf die Refinanzierungsmöglichkeiten des Krankenhausträgers abgestimmt werden. Das umgesetzte Projekt an sich kann dabei im Idealfall zur Refinanzierung beitragen, indem sich nach dessen Inbetriebnahme Mehreinnahmen oder Einsparungen erzielen lassen.<sup>832</sup>

### 5.2.2.2 Vertragslaufzeiten der Fallstudienprojekte

So unterschiedlich die Projektinhalte der Fallstudien sind, so unterschiedlich stellen sich auch die Vertragslaufzeiten dar. In der nachstehenden Tabelle werden die Vertragslaufzeiten getrennt nach Bau- und Betriebsphase dargestellt. Der Übergang zur Betriebsphase wird mit der Fertigstellung der baulichen Maßnahmen und der Übergabe der Gebäude an den öffentlichen Projektträger erreicht. Bei einem Wert unter 15 Jahren wäre der Lebenszyklusansatz kaum noch realisierbar, während Verträge über mehr als 30 Jahre auch in anderen Branchen als kaum kalkulierbar gelten.

---

<sup>831</sup> Vgl. zu den unterschiedlichen Gebäuden eines Krankenhauses Abschnitt 3.2.1.2.

<sup>832</sup> Werden durch Investitionen Einsparungen ermöglicht, wird oft auch von Rationalisierungsinvestitionen gesprochen. Vgl. als Beispiel Daube et al (2005), S. 1084.

	Klinikum Dortmund	UK Düsseldorf	UK Essen	UK S-H	KBM	UK Köln	AKH Viersen
<b>Bauzeit in Jahren</b>	1 1/2	1	3	4	k.A.	2 1/2	2 1/3
<b>Betriebszeit in Jahren</b>	30	30	15	25	30	25	25

**Tabelle 18: Bauzeit und vertragliche Betriebslaufzeit in den untersuchten Fallstudienprojekten.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 18 zeigt, dass die Gesamtprojektlaufzeit von der vertraglichen Betriebszeit dominiert wird, aber auch für die bauliche Umsetzung oft mehrere Jahre einzuplanen waren. Bei den hochtechnisierten und hochkomplexen Protonentherapieanlagen wird sogar von bis zu 4 Jahren Bauzeit ausgegangen.

Die Betriebszeit weist in den Fallstudienprojekten ein Spektrum von 15 bis 30 Jahren auf. Bis auf eine Ausnahme weisen alle Projekte eine für PPP-Projekte in anderen Sektoren typische Betriebszeit von 25 oder 30 Jahren auf. Nur in dem PPP-Projekt am UK Essen wurde die vergleichsweise geringe Dauer von 15 Jahren gewählt. Die Betriebszeit wurde von den Verantwortlichen bewusst so kurz wie möglich gewählt, mit der Überzeugung der Unsicherheit über zukünftige Entwicklungen mit einer kurzen Vertragsdauer besser gerecht werden zu werden.<sup>833</sup>

In dem Protonentherapiezentrum kommt eine neuartige Hochtechnologie zur Anwendung, sodass die Ungewissheit über zukünftige Entwicklungen besonders hoch ist. Es ist z.B. kaum abschätzbar, wie lange diese Technologie den Stand der Technik darstellen wird. Die Möglichkeit, dass im Zuge des technischen Fortschritts eine bessere oder auch kostengünstigere Form der Krebsbehandlung entwickelt wird („die Pille gegen Krebs“), ist nicht auszuschließen. Im schlechtesten Fall ist die Anlage nach einigen Jahren nicht auf dem neuesten Stand, die Investitionen sind aber noch über viele Jahre abzuzahlen. Eine Zeitspanne von 15 Jahren schien den Projektverantwortlichen zumindest eher überschaubar als 25 oder mehr Jahre.

Nach Ablauf des Vertrages kann dann weitgehend ohne Einschränkungen über einen Weiterbetrieb, einen Ausbau, Erneuerungsmaßnahmen oder auch die Umstellung auf bzw. die Integration neuer Technologien entschieden werden. Änderungsoptionen dieser Art können zwar auch durch vertragliche Regelungen festgelegt werden, der Krankenhausträger ist dennoch deutlich limitierter als nach einem Vertragsende. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass die kurze Vertragslaufzeit zu hohen jährlichen Entgeltzahlungen führt, die eine hohe Zahlungsfähigkeit des Krankenhausträgers voraussetzen.

In den Fallstudienprojekten wurden verschiedene **Optionen** vereinbart, die den Krankenhausträgern eine begrenzte Flexibilität bezüglich der Vertragslaufzeit zugestehen. Neben Optionen für vorzeitige Kündigungen wurden auch Möglichkeiten zur Vertragsverlängerungen vereinbart. So besteht in Dortmund für den Krankenhausträger bereits nach 20 Jahren gegen finanziellen Ausgleich die Option zur Übernahme des Funktionsgebäudes. Dadurch

<sup>833</sup> Vgl. Meier (2008).

kann sich die Vertragslaufzeit auf 20 statt 30 Jahre belaufen, wenn sich das Klinikum Dortmund dazu entscheiden sollte. Auch die geplante Laufzeit von 25 Jahren am UK Köln ist nicht als endgültiger Wert anzusehen. Aus Sicht des UK Köln stellt dieser Wert ein Minimum dar. Es ist geplant, eine Verlängerungsoption von 5 Jahre zu vereinbaren, sodass die Vertragslaufzeit bei Bedarf auf 30 Jahre erweitert werden kann. Eine solche fünfjährige Verlängerungsoption für die Betriebslaufzeit war in ähnlicher Art auch am UK Düsseldorf Vertragsbestandteil und am AKH Viersen vorgesehen.

#### 5.2.2.3 Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium Vertragslaufzeit

Die verglichen mit anderen Sektoren kurze wirtschaftliche Lebens- bzw. Nutzungsdauer von Krankenhaus-Immobilien ist bei der Festlegung der Vertragsdauer eines PPP-Projektes zu beachten. Aus dieser Erkenntnis heraus ist im Krankenhausbereich tendenziell mit kürzeren Vertragsdauern als in anderen Sektoren zu rechnen. Dies gilt insbesondere, wenn die betreffenden Gebäude einen hohen Technisierungsgrad aufweisen. Auf der anderen Seite muss die Vertragslaufzeit dennoch ausreichend lang vorgesehen werden, um den Lebenszyklusansatz umsetzen zu können.<sup>834</sup>

In sektorübergreifenden Empfehlungen wird für PPP-Projekte in Abhängigkeit des konkreten PPP-Vertragsmodells eine **Mindestdauer von 15 Jahren** angegeben.<sup>835</sup> Aus der Fallstudienuntersuchung ist zudem bekannt, dass bereits ein PPP-Projekt im Krankenhausbereich mit einer Betriebszeit dieses Umfangs erfolgreich realisierbar wurde.<sup>836</sup> Auf der Basis dieser beiden Argumente ist davon auszugehen, dass auch bei zukünftigen Projekten im Krankenhausbereich bei einer 15-jährigen Vertragsdauer die Anwendbarkeit des Lebenszyklusansatzes noch gewährleistet werden kann.<sup>837</sup> Damit ist allerdings nicht auszuschließen, dass unter bestimmten Projektkonstellationen auch mit einer kürzeren Vertragslaufzeit Projekterfolge erzielbar sind.

Eine solche, für PPP eher geringe Vertragslaufzeit kommt vor allem bei Gebäuden bzw. -teilen mit hohem Technisierungsanteil in Betracht, wie z.B. Labors, OPs, Funktionsgebäuden oder auch Technikzentralen.<sup>838</sup> Bei Gebäuden mit einem **geringeren Technisierungsgrad**, wie beispielsweise Verwaltungsgebäuden, kann in Anlehnung an die Erfahrungen in anderen Sektoren dagegen eine Vertragslaufzeit von **25 bis 30 Jahren** als angemessen eingestuft werden. Eine längere Vertragslaufzeit als 30 Jahre nach Übergabe des Gebäudes scheidet i.d.R. aufgrund des dann gesetzlich zwingend bestehenden Kündigungsrechts aus.<sup>839</sup>

---

<sup>834</sup> Tendenziell gilt, dass bei einer längeren Vertragsdauer höhere Effizienzvorteile erreichbar sind. Vgl. Abschnitt 2.3.3.4.

<sup>835</sup> Vgl. BMVBS (2003b), S. 20. Für das PPP-Inhabermodell und das PPP-Konzessionsmodell werden Laufzeiten ab 15 Jahren empfohlen.

<sup>836</sup> Vgl. das PPP-Projekt am UK Essen.

<sup>837</sup> Eine Zusammenfassung der zu prüfenden Sachverhalte für die Beurteilung des Prüfkriteriums und Vorschläge zur Erfüllung der Anforderungen sind der Checkliste im Anhang 9 zu entnehmen.

<sup>838</sup> Vgl. zum Technisierungsgrad von Krankenhausgebäuden bzw. Bereichen davon Abschnitt 3.2.1.2.

<sup>839</sup> Vgl. BMVBS (2003b), S.99. Das für die Dauer der Betriebsphase vereinbarte Nutzungsverhältnis am Gebäude unterliegt lt. § 544 BGB. Demnach kann das Vertragsverhältnis gesetzlich zwingend nach Ablauf von 30 Jahren nach Überlassung des Gebäudes innerhalb der gesetzlichen Fristen gekündigt werden. Soll ein Nutzungsverhältnis über mehr als 30 Jahre geschlossen werden, könnte durch die Einräumung eines dinglichen

Zwischen den beiden aufgezeigten Grenzen, die sektorübergreifend Anwendung finden, ist die Betriebslaufzeit eines Krankenhaus-PPP projektspezifisch zu bestimmen, wobei diese Anforderung als Kann-Kriterium berücksichtigt werden sollte.

Um eine langfristige Vertragsdauer für ein PPP-Projekt abschließen zu können, kann auch der **Ausschluss von bestimmten Leistungen** (z.B. der Bereitstellung von medizintechnischen Großgeräten) erfolgen, die mit der langfristigen Vertragsdauer eines PPP-Projektes nicht vereinbar sind. Um den Leistungsumfang unter der Prämisse einer langfristigen Vertragslaufzeit nicht zu sehr eingeschränkten zu müssen, sollten die Möglichkeiten der vertraglichen **Trennung von Leistungen** entsprechend ihrer wirtschaftlichen Lebensdauer in die Überlegungen einbezogen werden. Demnach würden für einzelne Leistungsteile separate Verträge mit unterschiedlichen Vertragslaufzeiten vereinbart werden.<sup>840</sup>

### 5.2.3 Umfang der Leistungsübertragung

Bei dem anschließend untersuchten Umfang der Leistungsübertragung handelt es sich um die Summe der Leistungen, die im Zuge des PPP-Projektes auf die private Projektgesellschaft übertragen werden. Die übertragenen Leistungen können zuvor durch den öffentlichen Krankenhausträger selbst, eine Tochtergesellschaft oder Dritten, wie z.B. einen privaten Dienstleister, erbracht worden sein.

Es ist zu untersuchen, welche Unterstützungsleistungen ein öffentlicher Krankenhausträger an einen privaten Partner übertragen kann und welches Mindestmaß an Leistungsübertragung eingehalten werden sollte. Primärleistungen sind von vornherein ausgeschlossen. Diese werden bei einem PPP-Projekt in jedem Fall weiterhin vom öffentlichen Krankenhausträger ausgeführt und verantwortet.<sup>841</sup>

#### 5.2.3.1 Privater Leistungsumfang in den Fallstudienprojekten

Um von einem PPP-Projekte nach der für diese Arbeit gewählten Definition sprechen zu können, ist der Lebenszyklusansatz zu integrieren. Diese Grundbedingung ist als erfüllt anzusehen, wenn der private Partner in vier der insgesamt fünf unterschiedenen Wertschöpfungsstufen Leistungen übernommen hat.<sup>842</sup> Der Tabelle 19 ist zu entnehmen, dass allen Fallstudienprojekten ein Lebenszyklusansatz zugrunde liegt. Es werden aber auch Unterschiede zwischen den Projekten deutlich, insbesondere beim Leistungsumfang in der Betriebsphase.

---

Dauernutzungsrechts gemäß § 31 Abs. 2 WEG auch über diesen Zeitraum hinaus sichergestellt werden, dass das Nutzungsrecht nicht nach § 544 BGB gekündigt werden kann.

<sup>840</sup> Vgl. zu den Möglichkeiten, die Medizintechnik trotz deren kurzer wirtschaftlichen Lebensdauer in ein PPP-Projekt zu integrieren, Abschnitt 5.2.3.5.2.

<sup>841</sup> Vgl. zur Unterscheidung von Kern- und Unterstützungsleistungen Abschnitt 3.2.2.1.

<sup>842</sup> Zur Definition von PPP vgl. Abschnitt 2.1.1.

## 5. Entwicklung eines PPP-Eignungstests für Immobilienprojekte öffentlicher Krankenhäuser

### Prüfung des Effizienzpotenzials von PPP

Projektanteil privater Partner in den Wertschöpfungsstufen	Klinikum Dortmund	UK Düsseldorf	UK Essen	UK S-H	KBM	UK Köln	AKH Viersen
Planung	T	V	V	V	V	V	V
Bau	V	V	V	V	V	V	V
Finanzierung	V	V	V	V	V	V	V
Betrieb	T	V	V	V	T	T	T
Verwertung	O	-	-	-	-	-	-
Lebenszyklusansatz integriert?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Legende:

V ... Vollständig oder nahezu vollständig vom privatem Partner erbracht

T ... Teilweise vom privaten Partner erbracht

O ... Option zum Kauf des Vertragsgegenstandes für das Klinikum, bei Nutzung der Option ist das Klinikum für die Verwertung zuständig

- ... Nicht auf privaten Partner übertragen (vom Klinikum erbracht)

**Tabelle 19: Übersicht zum Projektanteil der privaten Partner in den Fallstudien.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Der Tabelle ist auch zu entnehmen, dass die Planungsleistungen für die Umsetzung der jeweiligen Bauprojekte in nahezu allen Projekten von den Privaten erbracht wurden. Allein am Klinikum Dortmund konnte der private Partner auf bereits bestehende Vorplanungen des Klinikums aufbauen.<sup>843</sup> Die Bau- und Finanzierungsleistungen wurden bei allen Fallstudien vollständig von den privaten Partnern übernommen. Die Verwertung der baulichen Anlagen am Ende der Vertragslaufzeit liegt bis auf eine Ausnahme bei den öffentlichen Krankenhasträgern. Beim PPP-Projekt in Dortmund ist dies aufgrund des PPP-FM-Leasingmodells noch offen, aber in gleicher Weise zu erwarten.<sup>844</sup>

Die in den Fallstudien vorgesehenen Konstellationen während der **Betriebsphase** sind der nachstehenden Übersicht zu entnehmen. Entsprechend der verwendeten Systematik wird nach sekundären und tertiären Unterstützungsleistungen und deren Unterkategorien unterschieden.<sup>845</sup> Aufgrund der Besonderheiten der Bereitstellung, Wartung und Instandhaltung von Medizintechnik erfolgt die diesbezügliche Auswertung in einem separaten anschließenden Abschnitt.<sup>846</sup>

<sup>843</sup> Nahezu alle notwendigen Vorplanungen inklusive der Baugenehmigung waren im Vorfeld des PPP-Projektes am Klinikum Dortmund erstellt wurden, sodass der private Planungsanteil in dem Projekt vergleichsweise gering ausfiel. Es ist zu konstatieren, dass dadurch der Einfluss auf die Konzeption der späteren Betriebsleistungen eher gering war.

<sup>844</sup> Die Verantwortung für die Verwertung der baulichen Anlagen am Ende der Vertragslaufzeit hängt davon ab, ob das Klinikum Dortmund die bestehende Kaufoption wahrnimmt, was bei PPP-FM Leasingmodellen die Regel darstellt.

<sup>845</sup> Vgl. zur Strukturierung in Primär-, Sekundär- und Tertiärleistungen Abschnitt 3.2.2.1.

<sup>846</sup> Vgl. Abschnitt 5.2.3.5.

Projektanteil privater Partner in der Betriebsphase	Klinikum Dortmund	UK Düsseldorf	UK Essen	UK S-H	KBM	UK Köln	AKH Viersen
<b>Sekundärleistungen</b>							
Diagnostisch-therapeutische Dienstleistungen	-	-	-	-	T	-	-
Medizinisch-technische Ver- und Entsorgung	-	-	-	-	T	-	-
<b>Tertiärleistungen</b>							
Technisches Facility Management	T	V	V	V	V	T	V
Infrastrukturelles Facility Management	T	V	V	V	V	-	V
Kaufmännisches Facility Management	-	-	-	-	-	-	-

Legende:

V ... Vollständig oder nahezu vollständig vom privatem Partner erbracht

T ... Teilweise vom privaten Partner erbracht

- ... Nicht auf privaten Partner übertragen (vom Klinikum erbracht)

**Tabelle 20: Projektanteil privater Partner in den Fallstudien während der Betriebsphase.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Wie der Tabelle 20 zu entnehmen ist, bestanden am Klinikum Bremen-Mitte konkrete Planungen für die Übertragung von Sekundärleistungen, die dort aber nicht zur Umsetzung gebracht werden konnten.<sup>847</sup> In den Fallstudien, bei denen ein Vertragsabschluss erzielt wurde, wurden keine Sekundärleistungen übertragen. Die von den privaten Partnern übernommenen Leistungen beschränken sich auf den Tertiärbereich. Um deutlich zu machen, wie diesbezüglich in den einzelnen Projekten vorgegangen wurde, werden die projektspezifischen Leistungsübertragungen näher vorgestellt.

Am Klinikum Dortmund wurde mit der Wartung und Instandhaltung des Gebäudes und der Gebäudetechnik ein vergleichsweise geringer Aufgabenumfang an die privaten Partner übertragen.<sup>848</sup> Im Gegensatz dazu wurden bei dem PPP-Projekt am UK Düsseldorf nahezu alle für das Objekt anfallenden tertiären Unterstützungsleistungen von dem privaten Partner, der Bilfinger Berger Parking GmbH, übernommen. Allein die Abrechnung der Gebühren bei den Mitarbeitern des Krankenhauses erfolgte durch klinikeigenes Personal.<sup>849</sup>

Einen umfangreichen Betriebsanteil übernahmen die Privaten auch in den Strahlentherapieprojekten am UK Essen und am UK S-H in Kiel. In beiden Projekten hat der Private ein Leis-

<sup>847</sup> Zudem war parallel zur Übertragung von sekundären Unterstützungsleistungen die Gründung einer gemischt-wirtschaftlichen Gesellschaft von Krankenhaus und Privatem geplant, sodass die Verantwortung für den Sekundärbereich nur teilweise abgegeben worden wäre.

<sup>848</sup> Die Ed. Züblin AG hat für den Neubau des Logistikzentrums die bauliche Wartung und Unterhaltung übernommen. Die Parkhaus Süd West GmbH hat neben der Wartung und Instandhaltung der Parkflächen auch die Bewirtschaftung und Unterhaltung der Parkierungsanlage übernommen. Vgl. Hennemann (2007), S. 4. Die Ver- und Entsorgung des gesamten Neubaus sowie die Wartung und Instandhaltung der medizin-technischen Anlagen werden zentral durch das Klinikum übernommen. Vgl. weiterführend Abschnitt 4.2.1.

<sup>849</sup> Dies war eine Forderung des Personalrates, da die Höhe der Parktarife in Abhängigkeit der BAT-Entgeltgruppen der Krankenhausmitarbeiter festgelegt wurde.

tungsspektrum übernommen, das allein den medizinischen Betrieb, also die medizinische Behandlung der Patienten mit Hilfe der Anlage ausklammert.<sup>850</sup>

Ein noch weitergehender Ansatz war am Klinikum Bremen-Mitte geplant. Neben der vollständigen Übertragung der tertiären Unterstützungsleistungen waren zu Beginn des Projektes sogar einzelne sekundäre Unterstützungsleistungen, wie Zentralsterilisation, Laborleistungen und Apotheke, zur Übertragungen vorgesehen.<sup>851</sup>

Nachdem auch am UK Köln zunächst die Übertragung von einzelnen sekundären Unterstützungsleistungen geplant war, ist im Zuge der Projektkonkretisierungen und Bieterverhandlungen der Umfang der zu übertragenden Leistungen stetig weiter reduziert worden. Aufgrund der Größenvorteile des Klinikums konnten keine Effizienzvorteile mit der Integration der Energieversorgung, Entsorgung und Gebäudereinigung in das PPP-Projekt erzielt werden. Zumindest werden die Gebäudeinstandhaltung und weitere Teile des technischen Gebäudemanagements integriert werden, da hierin Kosten- und Einsparpotenziale erkannt wurden.<sup>852</sup>

Auch für das abgebrochene PPP-Projekt am AKH Viersen war geplant, dass der private Partner neben Planung, Bau und Finanzierung umfangreiche tertiäre Unterstützungsleistungen in dem Teilneubau übernimmt.<sup>853</sup> Darüber hinaus bestand auch der Wunsch, die Energielieferung an den Privaten zu übertragen. Es zeigte sich allerdings frühzeitig, dass diese Zielstellung nicht umsetzbar ist. Die privaten Partner waren nicht in der Lage, wie vom Klinikum gewünscht, das Verbrauchsmengenänderungen für die Energielieferungen zu übernehmen.

**Zusammenfassend** ist festzustellen, dass der Schwerpunkt der Leistungsübertragung auf dem Technischen Gebäudemanagement liegt. In allen Projekten wurde mindestens die bauliche Instandhaltung übertragen. Zusätzlich wurden in fast allen Projekten Leistungen des infrastrukturellen Gebäudemanagements vom privaten Partner übernommen.<sup>854</sup> Hingegen wurden Leistungen aus dem Bereich des kaufmännischen Gebäudemanagements, wie Personal- und Vertragsmanagement, von den Krankenhäusern nicht abgegeben.<sup>855</sup>

---

<sup>850</sup> Speziell in Essen werden lediglich Sekundärleistungen, wie die Sterilgutversorgung und patientennahe Dienstleistungen oder die Positionierung des Patienten auf dem Untersuchungstisch, durch Mitarbeiter des UK Essen übernommen. Das UK Essen stellt darüber hinaus auch das Personal zur Bedienung der Anlage (Ärzte, Medizinphysiker und medizin-technische Assistenten). Die tertiären Unterstützungsleistungen inklusive der Wartungs- und Instandhaltungsarbeiten im Zusammenhang mit der Anlage der Strahlentzen liegen vollständig im Verantwortungsbereich des Privaten. Vgl. Weiterführend Abschnitt 5.2.3.5.

<sup>851</sup> Ausgeklammert von dem PPP-Projekt wurde im Bereich der diagnostisch-therapeutischen Unterstützungsleistungen u.a. die Radiologie, die bereits outgesourct und in Kooperation mit einem niedergelassenen Arzt betrieben wurde. Weiterhin sollte die Stationsverpflegung als medizin-technische Ver- und Entsorgungsleistung nicht übertragen werden, denn die Gesundheit Nord - Klinikverbund Bremen war parallel dabei, eine neue Küche auf dem Gelände des KBM zu errichten. Unter dem Dach der Gesundheit Nord gGmbH wurden zum 1.1.2004 insgesamt vier große Bremer Krankenhäuser zu einem Klinikverbund zusammengeschlossen. Dabei handelt es sich neben dem Klinikum Bremen-Mitte um die Klinikum Bremen-Ost, das Klinikum Bremen-Nord und das Klinikum Links der Weser.

<sup>852</sup> Vgl. Burger/ Uhlig (2008), S. 7.

<sup>853</sup> Gebäudenahe Betriebsleistungen für den Teilneubau, wie Hausmeister- und Reinigungsleistungen, sollten entsprechend den ersten Überlegungen vollständig übertragen werden. Gleiches war für die Instandhaltung und Wartung gebäudetechnischer Anlagen geplant.

<sup>854</sup> Nur am Klinikum Dortmund wurden keine Leistungen des infrastrukturellen Gebäudemanagements übertragen.

<sup>855</sup> Innerhalb der privaten Projektgesellschaft, die von dem Bieterkonsortium gegründet wird, dass den Zuschlag erhält, fallen ebenfalls kaufmännische Leistungen an. Diese werden hier aber nicht betrachtet, da sie zusätz-

Bei der Analyse der ursprünglichen Projektplanungen fällt auf, dass die Übertragungen von Betriebsleistungen im Laufe der Verhandlungen immer weiter eingeschränkt und reduziert wurden.<sup>856</sup> Als Gründe hierfür wurden von den Projektverantwortlichen mehrere Aspekte angeführt:

- Durch einen PPP-Partner entstehen zusätzliche Schnittstellen zum Leistungsbereich des Krankenhauses und/oder weiteren vom Krankenhaus eingesetzten Dienstleistern, was zusätzlichen Koordinationsaufwand nach sich zieht
- Bestanden Abgrenzungsschwierigkeiten von Leistungsbereichen, wurden Zuständigkeitskonflikten befürchtet
- Bestimmte Leistungen konnten in Eigenbeschaffung aufgrund von Skaleneffekten durch das Klinikum wirtschaftlicher erbracht werden als über das PPP-Projekt. Dies ist insbesondere bei der Energieversorgung in mehreren Projekten festzustellen gewesen.

Nach dieser Auswertung von Erfahrungen mit PPP-Projekten in Deutschland wird im Folgenden unter Hinzuziehung von Erfahrungen in Großbritannien untersucht, welche Leistungen sich für die Integration in ein PPP-Projekt im Krankenhausbereich besonders eignen.

### 5.2.3.2 Unterscheidung von Hard und Soft FM Leistungen

Zur Beurteilung, ob eine Dienstleistung während der Betriebsphase eines Krankenhauses sich für die Übertragung auf einen privaten Partner eignet, bietet sich die Einbeziehung der Erfahrungen aus Großbritannien an. Dort wurden bereits zahlreiche PPP-Projekte im Krankenhausbereich realisiert. Die Einbeziehung dieser Erfahrungswerte bietet sich an, da in Deutschland bislang nur wenige Projekte die Betriebsphase erreicht haben und dadurch nur wenige Erfahrungen zum privaten Leistungsumfang während des Krankenhausbetriebs vorliegen.

Hinsichtlich der Art der Leistung wird in Großbritannien die Unterscheidung von „Soft“ und „Hard“ Facility Management (FM) Dienstleistungen vorgenommen.<sup>857</sup> Um Ableitungen für PPP-Projekte in Deutschland ziehen zu können, werden die beiden Kategorien zunächst vorgestellt.

Unter der Bezeichnung **Hard FM** werden alle Facility Management Leistungen eingeordnet, die in **direktem Zusammenhang mit der Bausubstanz** der betrachteten Immobilie stehen. Dazu ist insbesondere die Gebäudeinstandhaltung und -modernisierung zu zählen.<sup>858</sup> Hier sind aber auch die Dienstleistungen einzuordnen, die in direktem Zusammenhang mit den Bestandteilen (Facilities) eines Gebäudes stehen, wie z.B. die Instandhaltung technischer Anlagen in einem Gebäude.<sup>859</sup> Wird dieser Einteilung die klassische dreiteilige Gliederung

---

lich zur internen Organisation der privaten Leistungserbringung anfallen und nicht originär für das Krankenhaus erbracht werden.

<sup>856</sup> Vgl. hierzu insbesondere die Projektskizze des PPP-Projektes U/B West am UK Köln in Abschnitt 4.2.6.

<sup>857</sup> Die Bezeichnung „Soft“ und „Hard“ für unterschiedliche Facility Management Dienstleistungen stammt aus Großbritannien und wird dort im Rahmen der PFI Projekte verwendet. Im Folgenden werden zur sprachlichen Vereinfachung die Abkürzungen „Hard FM“ und „Soft FM“ verwendet.

<sup>858</sup> Vgl. HM Treasury (2006), S. 50.

<sup>859</sup> Vgl. Richter (2006), S. 59.

des Gebäudemanagements gegenübergestellt, ist festzustellen, dass Hard FM Leistungen ausschließlich Dienstleistungen des technischen Gebäudemanagements umfassen.<sup>860</sup>

Im Gegensatz dazu werden unter **Soft FM** alle Facility Management Leistungen zusammengefasst, deren Hauptmerkmal der **täglich wiederkehrende Service** darstellt. Für diese Leistungen sind keine nennenswerten Investitionen erforderlich. Vielmehr sind sie insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass der überwiegende Teil der anfallenden Kosten durch das eingesetzte Personal begründet ist. Die Soft FM Leistungen haben keinen direkten Einfluss auf die bauliche Substanz der Immobilie, in der sie ausgeführt werden.<sup>861</sup> Typische Dienstleistungen dieser Kategorie sind Reinigung, Sicherheitsdienste, Pförtnerdienste & Empfang, Hol- und Bringdienste, Parkraumbewirtschaftung.<sup>862</sup> Aus der Aufzählung wird auch ersichtlich, dass Soft FM Leistungen durch Dienstleistungen des infrastrukturellen Gebäudemanagements geprägt sind.<sup>863</sup>

Beide Kategorien, Hard und Soft FM, beziehen sich ausschließlich auf tertiäre Unterstützungsleistungen. Sekundärleistungen werden in diese Betrachtung nicht mit einbezogen. Der wesentliche Unterschied zwischen beiden Kategorien besteht in ihrer **Einsatzhäufigkeit**. Während Hard FM Leistungen nur bei Bedarf bzw. in großen Abständen zum Einsatz kommen, sind Soft FM Dienstleistungen durch den täglichen Einsatz gekennzeichnet.

Überträgt man diese Einteilung auf die klassische Strukturierung des Facility Managements, ist festzustellen, dass große Überschneidung von Hard FM Leistungen mit den Dienstleistungen des Technischen Gebäudemanagements bestehen.<sup>864</sup> Soft FM Leistungen wiederum stimmen im Wesentlichen mit den Dienstleistungen des Infrastrukturellen Gebäudemanagements überein.<sup>865</sup> Auf der Grundlage dieser weitgehenden Übereinstimmungen sollen die Erfahrungen aus Großbritannien ausgewertet und so für deutsche Krankenhausprojekte nutzbar gemacht werden.

### 5.2.3.3 Übertragbarkeit des technischen Gebäudemanagements

Bei den Krankenhaus-PPP-Projekten in Großbritannien werden die Hard FM Dienstleistungen regelmäßig zu einem großen Teil bzw. vollständig auf die privaten Partner übertragen. Die bisherigen Erfahrungen diesbezüglich sind grundsätzlich positiv.<sup>866</sup> Nur in einigen wenigen Fällen waren in der Anlaufphase Verspätungen und eine geringe Effektivität der Leistungserbringung festzustellen. Dabei waren die meisten der aufgetretenen Mängel auf die Übergangsphase nach Abschluss der Bauleistungen zurückzuführen. Waren die Anfangsprobleme überwunden, waren hingegen kaum Schwierigkeiten z.B. bezüglich der Instandhaltung der Gebäude über die gesamte Vertragslaufzeit festzustellen.<sup>867</sup>

---

<sup>860</sup> Vgl. Abschnitt 3.2.2.3.

<sup>861</sup> Vgl. HM Treasury (2006), S. 83.

<sup>862</sup> Vgl. HM Treasury (2006), S. 83.

<sup>863</sup> Vgl. Die Zuordnung von Einzelleistungen zum Technischen-, Infrastrukturellen- und Kaufmännischen Gebäudemanagement in Abschnitt 3.2.2.3

<sup>864</sup> Allein die Pflege der Außenanlage, in Großbritannien als Hard FM Leistung eingeordnet, wird nicht dem technischen, sondern dem infrastrukturellen Facility Management zugeordnet.

<sup>865</sup> Vgl. die einzelnen Dienstleistungen des Technischen und des Infrastrukturellen Gebäudemanagements in Abbildung 33.

<sup>866</sup> Vgl. HM Treasury (2006), S. 50.

<sup>867</sup> Vgl. Low et al. (2005), S. 1 ff.; HM Treasury (2006), S. 50.

Die gebäudebezogenen Hard FM Dienstleistungen bzw. Dienstleistungen des technischen Gebäudemanagements sind demnach besonders gut für die Übertragung auf einen privaten Partner geeignet. Denn deren enge Verbindung zur Gebäudesubstanz, welche bei PPP durch den Privaten erstellt wird, ermöglicht die Nutzung von Synergieeffekte in der Betriebsphase. Zum anderen kann die Schnittstellenproblematik während des Übergangs von der Bau- zur Betriebsphase reduziert werden, wenn der private Partner nach der Errichtung eines Gebäudes auch dessen bauliche Instandhaltung übernimmt. Bei der Konzeption eines PPP-Krankenhausprojektes sollte daher unter Effizienzgesichtspunkten das grundsätzliche Ziel bestehen, **möglichst viele, wenn nicht sogar alle gebäudebezogenen Hard FM Dienstleistungen an die privaten Partner zu übertragen.**

#### 5.2.3.4 Übertragbarkeit des infrastrukturellen Gebäudemanagements

Wurden Soft FM Dienstleistungen in ein PFI-Krankenhausprojekt in Großbritannien integriert, handelte es sich i.d.R. um Leistungen aus den Bereichen: Reinigung, Verpflegung, Patiententransport innerhalb des Krankenhauses<sup>868</sup> und Sicherheitsdienste.<sup>869</sup> Dabei hat sich in den letzten Jahren ein Wandel vollzogen. Sahen die ersten PFI-Krankenhaus-Projekte eine umfassende Übertragung von Soft FM Leistungen vor,<sup>870</sup> wurde deren Transferierung in aktuellen Projekten wesentlich restriktiver gehandhabt und selektiv über die Integration in ein PFI-Projekt entschieden.

**Bisherige Untersuchungen** zur Übertragung von Soft FM Leistungen in PPP-Projekten Großbritanniens zeigen gemischte Ergebnisse mit der Tendenz, dass PPP/ PFI zu besseren oder mindestens gleichwertigen Qualitäten geführt hat:

- In Untersuchungen des Finanzministeriums Großbritanniens (HM Treasury) wurde festgestellt, dass die übertragenen Soft FM Leistungen in den laufenden PFI-Verträgen zufrieden stellend von dem privaten Partner erbracht wurden. Des Weiteren wurde festgestellt, dass die erreichten Standards nicht schlechter waren als die in Krankenhäusern ohne PFI. Allerdings hat PFI auch nicht zu einer positiven Veränderung bei der Bereitstellung dieser Leistungen geführt.<sup>871</sup>
- Die Gesundheits-Kommission Großbritanniens (Health Commission) schlussfolgerte in einem Bericht, dass keine klaren Unterschiede zwischen den Soft FM Leistungen mit und ohne PFI festgestellt werden können. Es wurden lediglich drei Bereiche mit nennenswerten Unterschieden erkannt: In den PFI-Projekten wurden tendenziell höhere Kosten des Sicherheitsdienstes, eine höhere Qualität der Wäschereidienste und einer geringere Qualität der Reinigungsdienste festgestellt.<sup>872</sup>
- Eine weitere Untersuchung im Auftrag der Finanzministeriums Großbritanniens (HM Treasury), ausgeführt durch die „Patient Environment Action Teams (PEATs)“ im Zusammenhang mit der jährlichen Bewertung der Sauberkeit in Krankenhäusern, hat ergeben, dass zwischen 2001 und 2004 bei Hospitälern, die in dieser Zeit auf PFI umgestellt

---

<sup>868</sup> Hierfür wird die Bezeichnung „Portering“ verwendet.

<sup>869</sup> Vgl. Unbehauen (2006), S. 4.

<sup>870</sup> Vgl. Ernst & Young (2002), S. 4 ff.

<sup>871</sup> Vgl. HM Treasury (2006), S. 51; Healthcare Commission (2005), S. 5.

<sup>872</sup> Vgl. Healthcare Commission (2005), S. 5.

haben, bei acht eine Verbesserung, bei sieben keine Veränderung und nur bei zwei Häusern eine Verschlechterung des Standards festzustellen war.

- Die Ergebnisse einer weiteren PEAT-Analyse aus dem Jahr 2004 zeigen, dass die in den PFI Krankenhäusern erreichten Qualitätsstandards der Reinigung gegenüber denen ohne PFI nahezu gleich sind. Dieselbe Feststellung konnte bei einer ähnlichen Untersuchung der Verpflegung von Patienten in Krankenhäusern mit und ohne PFI getroffen werden.<sup>873</sup>

Daraus ist abzuleiten, dass bei PFI-Krankenhaus-Projekten in Großbritannien kein strukturell veränderter Qualitätsstandard zu verzeichnen ist. Vielmehr ist aus der Gesamtschau der Ergebnisse der Studien zu schließen, dass in PFI-Projekten die von den Krankenhausträgern geforderten Qualitäten i.d.R. eingehalten wurden und das Qualitätsniveau der PFI-Projekte im Mittel den Krankenhäusern entspricht, die auf konventionellem Wege betrieben wurden.

Für die im Einzelfall zu treffende Entscheidung für oder gegen die Übertragung einer Soft FM Leistung im Rahmen eines PPP-Projektes bietet sich die Prüfung der folgenden Argumente an. Zunächst wird auf die **Verbesserungsmöglichkeiten** eingegangen, durch die ein Beitrag zu einem möglichst hohen Effizienzpotenzial geleistet werden kann.<sup>874</sup> Es ist zu hinterfragen, ob die jeweiligen Effekte für das konkrete Projekt zutreffend sind.

- Verbesserte Berücksichtigung der Anforderungen der Soft FM Leistungen in der Architektur und der Baukonstruktion der Gebäude eines Krankenhauses. Durch eine frühzeitige Einbindung der FM-Anforderungen in der Planungsphase können die Betriebs- und Instandhaltungskosten gesenkt werden.
- Durch die Integration der Soft FM Leistungen in das PPP-Projekt besteht für den privaten Partner ein erhöhter Spielraum zur Nutzung von Innovationen etc., wodurch eine Optimierung der Betriebskosten erreicht werden kann.
- Nutzung des umfangreichen Management Know-hows des privaten Sektors, das insbesondere dann zu erwarten ist, wenn Soft FM Leistungen zur Kernleistung des privaten Unternehmens zählen. Dabei sollten sich die Effizienzpotenziale nicht nur durch die veränderten Bedingungen und Konditionen für das ausführende Personal ergeben.
- Reduzierung der Schnittstellen zwischen Dienstleistern und dem öffentlichen Krankenhaus als Auftraggeber. Der Projektträger kann auf diese Weise die vielfältigen FM-Leistungen aus einer Hand anbieten und steuern und braucht sich nur mit einem verantwortlichen Ansprechpartner abzustimmen.<sup>875</sup>
- Durch eine übergreifende Übertragung von FM-Dienstleistungen auf den privaten Partner ist dieser verstärkt in der Lage die Leistungen auf die Anforderungen des Krankenhausträgers sowie der Bedürfnisse der Nutzer auszurichten.
- Die Zahlungsmechanismen können auf die Soft FM Leistungen ausgedehnt werden. Damit ist es möglich, die finanziellen Anreize für den privaten Partner, seine Leistungen zu den vereinbarten Standards auszuführen, noch weiter zu verstärken.

---

<sup>873</sup> Vgl. HM Treasury (2006), S. 51.

<sup>874</sup> Vgl. HM Treasury (2006), S. 84; Ernst & Young (2002), S. 4.

<sup>875</sup> Ein Vorteil entsteht hier, wenn die Koordination der Subunternehmer durch die private Projektgesellschaft innerhalb des PPP-Projektes effektiver ist, als dies durch den öffentlichen Krankenhausträger selbst bei der Vergabe von separaten Verträgen für die Soft FM Leistungen möglich wäre.

Neben den aufgeführten Vorteilen können auch **Nachteile** aus einer Übertragung von Soft FM Dienstleistungen resultieren. Vor der Übertragung von Soft FM Leistungen sollte sichergestellt werden, dass diese negativen Effekte nicht zum Tragen kommen. Sie lassen sich wie folgt begründen.<sup>876</sup>

- Die Soft FM Leistungen weisen eine hohe Sichtbarkeit auf und haben konkrete Auswirkungen auf die Patienten und Besucher eines Krankenhauses (z.B. Sauberkeit). Fehler oder Schlechtleistungen in diesen Bereichen können daher negative Folgen für ein gesamtes Klinikum nach sich ziehen, wie die Beschädigung des Image eines Krankenhauses, obwohl die Soft FM Leistungen nur einen geringen Anteil des Gesamtprojektes ausmachen.
- Es kommt zum Verlust der direkten Kontrolle von sensiblen Leistungsbereichen eines Krankenhauses und zu einer Einschränkung der Flexibilität. Wenn sich die Anforderungen des öffentlichen Krankenhausträgers ändern und Leistungsanpassungen vorzunehmen sind, entsteht zusätzlicher zeitlicher und auch finanzieller Aufwand.
- Wird ein periodisches Benchmarking verbunden mit Markttests<sup>877</sup> durchgeführt, kann dessen Ergebnis Anlass für Auseinandersetzungen zwischen beiden Parteien sein, insbesondere wenn der Markttest durch den öffentlichen Projektträger unprofessionell und schlecht nachvollziehbar erfolgt.<sup>878</sup>
- Kommt es zu umfangreichen oder häufigen Änderungen der Leistungsanforderungen, können die damit verbundenen Zusatzkosten den Effizienzvorteil übersteigen. Dies kann dazu führen, dass insgesamt keine Optimierung gegenüber der konventionellen Variante erreicht wird.

Prinzipiell besteht auch die Möglichkeit, über die Soft FM Leistungen einen separaten Vertrag zu schließen. Dieser kann gegebenenfalls auch eine kürzere Laufzeit aufweisen als das Gesamtprojekt und mit Verlängerungsoptionen versehen werden.<sup>879</sup> Außerdem besteht für den Krankenhausträger die Möglichkeit, bestimmte Soft FM Leistungen mit in ein PPP-Projekt einzubeziehen, die Anstellung des ausführenden Personals aber beim Klinikum zu belassen. Dies kann insbesondere dann einen Lösungsweg darstellen, wenn eine Personalübertragung keinen zusätzlichen Anreiz, sondern eher ein Hemmnis für Private darstellt und die Qualitäts- und Effizienzziele auch auf diese Weise erreicht werden können.<sup>880</sup>

Es kann **zusammengefasst** werden, dass es genauer Untersuchungen im Vorfeld eines PPPs bedarf, um zu entscheiden, ob, und wenn ja, welche infrastrukturelle Dienstleistungen

---

<sup>876</sup> Vgl. HM Treasury (2006), S. 61 ff. sowie S. 84.

<sup>877</sup> Die Übertragung von Soft FM Leistungen geht in Großbritannien i.d.R. mit der Durchführung von Benchmarking oder eines Market testing einher, wodurch Effizienzvorteile langfristig abgesichert werden sollen. Bei diesen, üblicherweise aller drei bis sieben Jahre erfolgenden Prüfungen werden die Kosten für ausgesuchte Leistungen am Markt abgefragt und den eigenen Zahlungen gegenübergestellt. Auf der Grundlage dieser Vergleichsmöglichkeit kann bei zu hohen Abweichungen zwischen Projekt- und Marktpreisen eine Anpassung der Vergütungsbestandteile vorgenommen werden. Ist keine Einigung erzielbar, kann auch der Austausch des privaten Dienstleisters ermöglicht werden. Durch diesen Anpassungsmechanismus wird gewährleistet, dass der private Partner zu Marktpreisen vergütet wird und seine Position nicht zum Nachteil des öffentlichen Auftraggebers ausnutzen kann.

<sup>878</sup> Vgl. HM Treasury (2006), S. 59.

<sup>879</sup> Vgl. Meier (2008), S.12 - 13 schlägt für Serviceverträge z.B. eine Vertragslaufzeit von 3 bis 5 Jahren vor.

<sup>880</sup> Vgl. HM Treasury (2006), S. 83.

in ein PPP integriert werden sollen. Sind mit der Übertragung einer Leistung bei gleichbleibend hoher Qualität finanzielle Vorteile verbunden, sollten diese genutzt werden. Allerdings ist eine Übertragung von Dienstleistungen des infrastrukturellen Gebäudemanagements keinesfalls als zwingend erforderlich anzusehen.<sup>881</sup> Sprechen beispielsweise organisatorische Gründe gegen eine Übertragung, ist dies kein Grund, die PPP-Bestrebungen abzubrechen. Denn auch wenn infrastrukturelle Dienstleistungen nicht Teil des PPP-Projektes sind, können durch ein Krankenhaus-PPP-Projekt Effizienzsteigerungen erreicht werden.

Aufgrund der Besonderheiten im Zusammenhang mit der Bereitstellung sowie Wartung der Medizintechnik im Rahmen von Krankenhaus-PPP, wird auf diesen Leistungsbereich und die Möglichkeiten zur Integration in ein PPP-Projekt in einem separaten Abschnitt eingegangen.

#### 5.2.3.5 Bereitstellung, Wartung und Instandhaltung von Medizintechnik

Die Integration der Medizintechnik in ein PPP-Projekt stellt eine besondere Herausforderung dar.<sup>882</sup> Zum einen sind in einem Krankenhaus medizin-technische Einrichtungen vorzusehen, die **fest mit dem Gebäude verbunden** sind. Es handelt sich dabei z.B. um Leitungen für medizinische Gase, die in Wände bzw. Böden eingebaut werden, aber auch um OP-Tische. Aufgrund der engen Verflechtung mit der Bausubstanz erscheint es kaum möglich, zumindest die Erstellung dieser technischen Anlagen nicht dem privaten PPP-Partner zu übertragen, der ja üblicherweise für die Erstellung eines Gebäudes verantwortlich zeichnet.

Davon ist Medizintechnik zu unterscheiden, die nicht fest mit Gebäude verbunden ist. Hierbei handelt es sich um technische Apparate aller Art für die Untersuchung und Behandlung von Krankheiten. Dazu zählen auch die medizin-technischen Großgeräte,<sup>883</sup> auf die hier näher eingegangen werden soll. Problematisch ist deren Integration in ein PPP-Projekt, da sie im Durchschnitt nur eine wirtschaftliche Lebensdauer von 6 Jahren aufweisen,<sup>884</sup> die deutlich kürzer ist, als die übliche Vertragslaufzeit von PPP. Hinzu kommt, dass medizin-technische Großgeräte typischerweise hohe Investitionskosten aufweisen.<sup>885</sup>

Aus dieser offensichtlichen Diskrepanz ergibt sich die Frage, ob die **nicht-gebäudegebundene Medizintechnik** überhaupt in ein PPP-Projekt integriert werden sollte, und wenn ja, welche Möglichkeiten bestehen, die Besonderheiten zu berücksichtigen. Anpassungen der Medizintechnik an veränderte Anforderungen und Möglichkeiten, z.B. durch den technischen Fortschritt, sind häufig in kurzen Zeitabständen erforderlich. Dieser Aspekt

---

<sup>881</sup> Vgl. HM Treasury (2006), S. 51.

<sup>882</sup> Die Einbeziehung von Medizintechnik in ein PPP-Projekt kann sowohl die Erstausrüstung als auch deren Wartung und Instandhaltung umfassen. Der hier nicht betrachtete Einsatz insbesondere der medizin-technischen Großgeräte wird von Ärzten verantwortet und stellt eine diagnostisch-therapeutische Unterstützungsleistung des Sekundärbereichs dar. Vgl. weiterführend Abschnitt 3.2.2.2.

<sup>883</sup> Als medizin-technische Großgeräte sind insbesondere einzuordnen: Computer-Tomographen (CTs), Magnetresonanztomographen (MRT), Dialysegeräte, Digitale Substraktions-Angiographiegeräte, Gammakameras, Herz-Lungen-Maschinen, Kernspin-Tomographen, Koronarangiographische Arbeitsplätze, Linearbeschleuniger (Kreisbeschleuniger), Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET), Stoßwellenlithotripter, Tele-Kobalt-Therapiegeräte.

<sup>884</sup> Die technische Lebensdauer medizin-technischer Großgeräte liegt häufig deutlich höher. So können die Großgeräte zwar auch deutlich über 10 Jahren eingesetzt werden, entsprechend dann aber i.d.R. nicht mehr dem Stand der Technik.

<sup>885</sup> Polheim (2008) leitet aus seinen Erfahrungen ab, dass allein der Anteil der Investitionen in die Medizintechnik bei Krankenhausbauprojekten durchschnittlich bei 3 bis 7 % der Gesamtkosten liegt.

ist allerdings nicht PPP-spezifisch, sondern unabhängig von der Beschaffungsvariante zu berücksichtigen.

### 5.2.3.5.1 Integration der Medizintechnik in den Fallstudienprojekten

Tabelle 21 gibt einen Überblick über die Handhabung der **Erstbeschaffung** von medizintechnischen Großgeräten in den Fallstudienprojekten. Bei den Projekten am Klinikum Dortmund und dem UK Düsseldorf bestand kein konkreter Bezug zu Medizintechnik dieser Art, sodass hier auch nicht die Option einer Beschaffung durch den Privaten bestand. Auch am UK Köln sind keine Neuanschaffungen geplant. In den Projekten am UK Essen und UK S-H wurde die Medizintechnik hingegen als wesentlicher Teil in das PPP-Projekt integriert. Bei den abgebrochenen Projekten in Bremen und Viersen war dies zwar ebenfalls geplant, konnte aber nicht zur Umsetzung gebracht werden.

Projektanteil privater Partner	Klinikum Dortmund	UK Düsseldorf	UK Essen	UK S-H	KBM	UK Köln	AKH Viersen
Bereitstellung von medizintechnischen Großgeräten als Teil des PPP-Projektes	nein	nein	ja	ja	ja	nein	ja

**Tabelle 21: Bereitstellung medizin-technischer Großgeräte in den Fallstudienprojekten.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Neben der Erstbeschaffung der medizintechnischen Großgeräte stellt sich die Frage nach deren **Wartung und Instandhaltung** über die Nutzungsphase. Hier wurden in den Fallstudienprojekten unterschiedliche Wege beschritten, auf die an dieser Stelle näher eingegangen werden soll.

Bei den zwei Strahlentherapie-Projekten am UK Essen und UK S-H wurde vorgesehen, dass der private Partner neben der Bereitstellung auch die gesamte technische Wartung der integrierten Medizintechnik übernimmt. Die technische Umsetzung der Bestrahlung stellt dabei eine dominierende Komponente der Projekte dar. Deren Funktionstüchtigkeit und Verfügbarkeit wird in den Projekten komplett vom jeweiligen privaten Partner verantwortet. Dabei ist anzumerken, dass die Uniklinika nicht über das erforderliche Spezial-Know-how verfügten und daher die Kooperation mit privaten Spezialisten die einzige Möglichkeit zur Realisierung einer solchen Anlage darstellte.

Für die Großgeräte, die neben der Bestrahlungsanlage zur Diagnostik eingesetzt werden, wurde am UK S-H **Innovationszyklen** festgelegt,<sup>886</sup> nach denen ein kompletter Austausch der medizinischen Großgeräte erfolgt. Bei der Bestrahlungsanlage selbst ist hingegen vorgesehen, lediglich Teilkomponenten auszuwechseln, wenn diese verschleißt sind bzw. technisch weiterentwickelte Teile zur Verfügung stehen.<sup>887</sup>

Für das WPE in Essen wurden ebenfalls konkrete Festlegungen für notwendige Ersatzbeschaffung von medizinischen Großgeräten getroffen. Aus einem **Budget**, das anzusparen

<sup>886</sup> Vgl. zu Innovationszyklen die Ausführungen im folgenden Abschnitt 5.2.3.5.2.

<sup>887</sup> Vgl. Kampf (2008), S. 1 ff.

ist, soll ca. zur Mitte der Betriebslaufzeit nach 7 bis 8 Jahren ein Austausch der Anlagen erfolgen. Der konkrete Zeitpunkt wird in Abhängigkeit des Zustandes der Anlagen und der erachteten Dringlichkeit des Austausches zwischen der WPE gGmbH und der STRIBA GmbH, dem privaten Partner, festgelegt. Sollte das angesparte Budget nicht ausreichen, die erforderlichen Neubeschaffungen zu finanzieren, werden die WPE gGmbH bzw. das UK Essen die zusätzlichen Mittel aufbringen.<sup>888</sup>

Am UK Köln soll der zukünftige private Partner mit der **Erstbeschaffung** der gebäudegebundenen medizinischen Einrichtungen beauftragt werden. Dies beinhaltet auch die Ersatzbeschaffung von OP-Tischsystemen, OP-Leuchten etc. über die gesamte Vertragslaufzeit des PPPs. Er hat zudem alle technischen Voraussetzungen zum Betrieb von medizintechnischen Großgeräten „bis zur Steckdose“ bereitzustellen. Die Lieferung von Großgeräten selbst ist allerdings nicht Teil des PPP-Projektes. Die bereits im Bestand des Klinikums befindlichen Großgeräte zur bildgebenden Diagnostik sind zur Integration in das PPP-Projekt vorgesehen<sup>889</sup> und werden entsprechend berücksichtigt.

Die PPP-Planungen am AKH Viersen sahen eine **kürzere Vertragslaufzeit** für die Wartung und Instandhaltung der medizin-technischen Anlagen vor. Die Anlagen sollten 12 Jahre durch den Privaten gewartet und instand gehalten werden. Dies entspricht der angestrebten Betriebszeit.<sup>890</sup> Danach war geplant, dass die Geräte in das Eigentum des AKH übergehen und von diesem ersetzt oder weiter betrieben werden können. Alternativ hätte das AKH nach den 12 Jahren die Zusammenarbeit mit dem bisherigen privaten Partner fortsetzen oder eine neue Kooperation mit einem anderen privaten Unternehmen eingehen können.

Es ist **zusammenzufassen**, dass in den Fallstudien unterschiedlich vorgegangen wurde, wenn die nicht fest mit dem Gebäude verbundene Medizintechnik in das PPP-Projekt integriert werden sollte. Das Spektrum reichte von einer vollständigen Übertragung der Verantwortung an den privaten Spezialisten in den Strahlentherapiezentren bis zu einer vertraglichen Regelungen über Budgets und Laufzeiten. Eine Übersicht zu den bestehenden Optionen zu geben, ist das Ziel des nachstehenden Abschnitts.

#### 5.2.3.5.2 Optionen zur Integration der Medizintechnik in ein PPP-Projekt

Sollen medizinische Großgeräte in ein PPP-Projekt integriert werden, ist zu untersuchen, auf welche Art und Weise dieses Vorhaben am besten umgesetzt werden kann. Es bestehen mehrere **Optionen**, die auf ihre projektspezifische Eignung **zu prüfen** sind.

- Beschränkung des Leistungsumfangs des privaten PPP-Spezialisten auf die Bereitstellung der **Erstausstattung** an medizin-technischen Anlagen (Erstbeschaffung). Die Wartung und Instandhaltung der Großgeräte wird dabei wie bisher bei konventionellen Projekten in separaten Verträgen außerhalb des PPP-Projektes geregelt. Zukünftige Investitionen werden ebenfalls nicht in dem PPP-Projekt berücksichtigt. Da keine betrieblichen Leistungen in das PPP-Projekt einfließen, ist der Lebenszyklusansatz für die Medizintechnik nicht als Effizienztreiber nutzbar.

---

<sup>888</sup> Vgl. zur Bildung von Budgets die Ausführungen im folgenden Abschnitt 5.2.3.5.2.

<sup>889</sup> Vgl. Burger/ Uhlig (2008), S. 15.

<sup>890</sup> Die angestrebte Betriebszeit der Anlagen orientierte sich an der technischen Nutzungsdauer und wurde damit deutlich über der wirtschaftlichen Nutzungsdauer von durchschnittlich 6 Jahren kalkuliert.

- Es wird eine Abgrenzung zwischen gebäudegebundener Medizintechnik und beweglicher Medizintechnik vorgenommen. Entsprechend dieser Unterscheidung könnte allein **gebäudegebundene Medizintechnik**, wie z.B. Leitungsinfrastruktur für medizinische Gase in Wänden und Böden, in das PPP integriert werden. Bewegliche Medizintechnik sowie Großgeräte könnten auf diese Weise von dem PPP-Projekt abgekoppelt werden.<sup>891</sup>

Daneben sind **Einschränkungen der Vertragslaufzeit** denkbar bzw. es ist auch die Vereinbarung von Sonderkündigungsrechten möglich.

- Auf die Unsicherheit über veränderte Anforderungen bzw. den technischen Fortschritt könnte durch die Vereinbarung einer **kurzen Laufzeit des gesamten PPP-Projektes** reagiert werden. Allerdings ist eine minimale PPP-Vertragslaufzeit von 15 Jahren noch zu lang für die wirtschaftliche Nutzungsdauer von Großgeräten (ca. 6 Jahre). Bei einer weiteren Verkürzung wäre der Lebenszyklusansatz als nicht mehr umsetzbar zu betrachten und das daraus erwartete Effizienzpotenzial gefährdet.<sup>892</sup> Ein Ausgleich gestaltet sich hier schwierig. Gegebenenfalls kommt eine Kombination mit dem folgenden Vorschlag in Frage.
- Es können **unterschiedliche Laufzeiten** für das PPP-Projekt an sich und für die Medizintechnik als integrativer Bestandteil dieses festgelegt werden. Der Vertrag über Wartung, Instandhaltung und weitere betrieblichen Leistungen im Zusammenhang mit medizinischen Großgeräten könnte z.B. nach 6 Jahren enden mit der Möglichkeit zur Verlängerung oder zum Wechsel des privaten Partners.
- Eine ähnliche Konstellation besteht bei der Vereinbarung eines **Sonderkündigungsrechts**. Eine solche Exit-Lösung könnte nach Ablauf einer festgelegten Zeitperiode (z.B. 6 Jahre) zugelassen werden, wobei der Rahmenvertrag eine Laufzeit entsprechend des Gesamt-PPPs aufweisen würde. Auch hier würde die Möglichkeit zur Verlängerung bzw. zum Wechseln des Medizintechnikbieters bestehen.<sup>893</sup>

Als weitere **Rahmenvereinbarungen** zur Reduzierung von Veränderungsrisiken können Investitionsbudgets, Technologiebänder sowie Innovationszyklen eingesetzt werden:

- Eine Variante, die es erlaubt, die Verträge zur Medizintechnik mit derselben Laufzeit auszustatten wie das Gesamtprojekt, stellt die Vereinbarung von **Budgets** für zukünftige Investitionen dar. Nach der Bereitstellung der Erstausrüstung zu Beginn des Vertrages werden jährlich Mittel angespart. Die konkreten Zeitpunkte der Neuanschaffungen sowie die Festlegung in welche konkrete Technik investiert werden soll, wird dabei in Abstimmungen zwischen öffentlichem Krankenhaus und Medizintechnikbieter festgelegt. Vorteil dieser Vereinbarung ist die weitgehende Planbarkeit für beide Partner.
- Ebenfalls eine langfristige Vertragslaufzeit kann vereinbart werden, wenn mit dem Medizintechnikbieter Vereinbarungen zum Einsatz von **Technologiebändern** getroffen werden.<sup>894</sup> Anhand definierter Preise und Qualitäten werden Standards einzelner Geräte-

---

<sup>891</sup> Vgl. dazu auch Mörmel (2008), S. 14.

<sup>892</sup> Vgl. zur erforderlichen Vertragslaufzeit Abschnitt 5.2.2.

<sup>893</sup> Vorschlag nach Meyer (2008).

<sup>894</sup> Vgl. PwC (2007), S. 59.

klassen festgelegt, die z.B. als Mindeststandards für die genutzte Medizintechnik herangezogen werden. Der private Partner gewährleistet dann die dauerhafte Einhaltung der vereinbarten Entwicklungsstufe (Generation). Dabei kann die neueste Entwicklungsstufe, die zweit-neueste usw. als (Mindest-) Standard festgelegt werden. Je höher die Anforderungen an die Aktualität der Technik gestellt werden, desto höher wird das dafür geforderte Leistungsentgelt ausfallen. Die vertragliche Koppelung an Technologiebänder garantiert dem Klinikum die Bereitstellung von Medizintechnik entsprechend dem vereinbarten Stand der Technik und eine gewisse Unabhängigkeit von dem (insbesondere zeitlich) nicht vorhersehbaren technischen Fortschritt.

- Es können auch **Innovationszyklen** vereinbart werden, indem die Zeitpunkte von Ersatzinvestitionen bereits bei Vertragsabschluss festgelegt werden.<sup>895</sup> Für beide Partner besteht dann eine sehr hohe Planungssicherheit. Die Flexibilität zur Bestimmung der Investitionszeitpunkte entsprechend der aktuellen Anforderungen und Marktbedingungen, wie dies bei Investitionsbudgets der Fall ist, geht hierbei allerdings verloren.

Auch eine **Kombination** der einzelnen Vorschläge kann für die Konzeption eines Krankenhaus-PPP in Erwägung gezogen werden. Werden z.B. Technologiebänder für einzelne Geräte festgelegt, bietet es sich an, gleichzeitig ein jährliches Gesamtbudget für Investitionen als Obergrenze festzulegen. Als weiteres Beispiel können zur Ergänzung für Soft FM Services, Verhandlungs- und Wettbewerbsklauseln zur Sicherung langfristig angemessener Preise vereinbart werden.<sup>896</sup> Solche Vereinbarungen, z.B. in Form von Markttests, sind allerdings nur bei Soft FM Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Medizintechnik sinnvoll einsetzbar.

Zudem sollte seitens der öffentlichen Krankenhausträger Offenheit für **technologische Forschungspartnerschaften mit der Industrie** bestehen. Eine solche könnte vorsehen, dass der Medizintechnikanbieter einem Klinikum immer die neuesten Entwicklungen bereitstellt und diese im Gegenzug die Möglichkeit erhalten, die Anwendungen im Klinikum auszuwerten oder auch eigene Testreihen zu starten. Das Klinikum könnte hiervon durch reduzierte Entgeltzahlungen profitieren. Gerade für Universitätskliniken bietet sich eine solche Partnerschaft an, die durchaus Bestandteil eines PPP-Projektes werden kann.

### 5.2.3.6 Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium Leistungsumfang

Der Leistungsumfang des privaten Partners hat einen bedeutenden Einfluss darauf, ob die Vorteile des Lebenszyklusansatzes ausgeschöpft werden können oder nicht. Prinzipiell sollte ein möglichst großer Leistungsumfang angestrebt werden, da mit diesem der zu erwartende Effizienzbeitrag ansteigt.

Um von einem positiven Effizienzbeitrag ausgehen zu können, müssen neben Planung, Errichtung und Finanzierung zwingend auch Leistungen während der Betriebsphase übertragen werden, um der Definition von PPP entsprechend Leistungen in mindestens vier Lebenszyklusphasen zu übertragen.<sup>897</sup> Denn die Verwertung wird i.d.R. beim öffentlichen Krankenhaus liegen, da typischerweise auf dessen Grundstück gebaut wird. Ist dies der Fall,

---

<sup>895</sup> Vgl. Kampf (2008), S. 1.

<sup>896</sup> Vgl. Littwin (2008), S. 11. Vgl. dazu Benchmarking und Markttests in Abschnitt 5.2.3.4.

<sup>897</sup> Vgl. die Definition von PPP in Abschnitt 2.1.1.

ist als K.O.-Kriterium zu fordern, dass der Private in der Betriebsphase mindestens die bauliche Instandhaltung übernimmt.<sup>898</sup>

Die bisherigen Erfahrungen der Fallstudienprojekte und auch der Projektrealisierungen in Großbritannien zeigen, dass **sekundäre Unterstützungsleistungen** bisher nicht im Rahmen von PPP-Projekten übertragen wurden. Ihre Übertragung ist bei der Planung eines PPP-Projektes nicht zu fordern, sollte aber auch nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Insbesondere patientenfernere Leistungen, wie z.B. die Zentralsterilisation oder die Steuerung der Bettenzentrale, sind Aufgaben, die durchaus für die Übertragung an einen privaten Partner in Betracht gezogen werden können.

Die Übertragung von **Tertiärleistungen** während der Betriebsphase sollte prinzipiell möglichst umfangreich gewählt werden. Es ist aber in jedem Fall eine genaue Prüfung der Übertragbarkeit der einzelnen Leistungen erforderlich. Dabei sind die jeweiligen Auswirkungen auf das Projekt ebenso zu beachten wie die auf das Gesamtklinikum. Insbesondere die Schnittstellen zum restlichen Krankenhausbetrieb sind zu berücksichtigen. Hier kann es im Einzelfall notwendig sein, bestimmte Leistungen vom Krankenhaus zurückzuhalten, um ungewünschte Schnittstellen zu vermeiden. Es ist abzuwägen, ob durch die Integration einer Leistung in das Projekt konkrete wirtschaftliche Vorteile zusätzliche Problemstellungen überwiegen.

Bei der Prüfung der Übertragbarkeit sind die jeweiligen Besonderheiten der einzelnen Leistungen zu berücksichtigen. Für die Kategorien des technischen und infrastrukturellen Gebäudemanagements sowie bezüglich der nicht fest mit dem Gebäude verbundenen Medizintechnik wurden Vorschläge entwickelt, wie diese in ein PPP-Projekt einbezogen werden können. Die dafür **aufgezeigten Entscheidungskriterien sind projektspezifisch zu prüfen, um unter Berücksichtigung der örtlichen Bedingungen einen optimalen Leistungsübertrag zu erreichen.**

#### 5.2.4 Sachgerechte Risikoverteilung

Die Risikoverteilung gibt Auskunft darüber, wer die Verantwortung für Ereignisse trägt, die während der Vertragslaufzeit des PPP-Projektes eintreten können. Tritt ein Risiko ein, sind damit i.d.R. Kosten verbunden, die dann vom Risikoträger zu übernehmen sind. Als Trägern von Risiken wird vereinfachend zwischen dem Krankenhausträger und der privaten Projektgesellschaft als privatem Partner unterschieden.<sup>899</sup>

Auf zwei wesentliche Risiken wurde bei den Untersuchungen besonderes Augenmerk gelegt. Zum einen ist hier das **Verfügbarkeitsrisiko** zu nennen, das die Funktionstüchtigkeit und Nutzbarkeit des Vertragsgegenstandes, z.B. eines Parkhauses oder einer Strahlentherapieanlage, umfasst. Dieses Risiko eignet sich für die Übertragung auf einen privaten Partner, ganz im Gegenteil zum **Auslastungsrisiko (Marktrisiko)**. Mit diesem Risiko wird die Gefahr beschrieben, dass ein Krankenhaus über zu wenig Patienten verfügt, um wirtschaftlich arbei-

---

<sup>898</sup> Eine Zusammenfassung der zu prüfenden Sachverhalte für die Beurteilung des Prüfkriteriums und Vorschläge zur Erfüllung der Anforderungen sind der Checkliste im Anhang 9 zu entnehmen.

<sup>899</sup> I.d.R. wird die Projektgesellschaft selbst kaum Risiken tragen, sondern diese an die beteiligten privaten Partner, wie Sponsoren, Fremdkapitalgeber, Bau- und Betreiberunternehmen durchleiten.

ten zu können. Im Extremfall kann die fehlende Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs auch zu einer Insolvenz eines Krankenhauses führen.<sup>900</sup>

#### 5.2.4.1 Erfahrungen zur Risikoverteilung in den Fallstudienprojekten

Zur Risikoverteilung konnten eingeschränkt Informationen im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet werden. Einige Projekte (Klinikum Bremen-Mitte, AKH Viersen) wurden abgebrochen, bevor eine Verteilung von Risiken vereinbart wurde. Bei anderen Projekten erfolgte keine explizite Aufnahme, Bewertung und Verteilung der projektimmanenten Risiken im Vorfeld des Projektes. Zudem bestand wegen Vertraulichkeitsbestimmungen nur begrenzt Zugang zu vertraglichen Regelungen der Risikoteilung. Dennoch ist die Datenlage zum PPP-Projekt am UK Essen so geeignet, dass die Risikoverteilung dieses Projektes beispielhaft in den Mittelpunkt gestellt werden soll,<sup>901</sup> nachdem ein Überblick zu den anderen Fallstudien gegeben wurde.

Für die Fallstudienprojekte in Bremen und Viersen wurde bereits auf das nicht ausreichende Sicherheitenkonzept eingegangen.<sup>902</sup> Dieser Aspekt ist auch unter dem Gesichtspunkt der Risikoverteilung von Bedeutung. In beiden Projekten waren im Falle der Insolvenz des Krankenhausträgers, z.B. als Folge ausbleibender Patienten, keine ausreichenden Sicherheiten für den privaten Partner gegeben. Auf diese Weise wären die privaten Partner indirekt am Auslastungsrisiko (Marktrisiko) des Klinikums beteiligt worden. Da der private Partner aber keinen konkreten Einfluss auf die Krankenhausführung hat, stellt das Auslastungsrisiko ein originäres Risiko des Krankenhausträgers dar, welches im Rahmen von PPP im Regelfall nicht übertragen werden kann.<sup>903</sup>

Eine Besonderheit stellt daher das PPP-Projekt am UK Düsseldorf dar. Dieses wurde als PPP-Konzessionsmodell konzipiert, bei dem neben dem Verfügbarkeitsrisiko auch das Auslastungsrisiko vom privaten Partner, der „Parken am UKD GmbH“, übernommen wurde. Bei diesem Ansatz liegen nahezu alle Risiken beim Privaten. Diese Risikoverteilung ist nur dadurch möglich, dass dem privaten Partner das Recht zur Erhebung von Nutzungsgebühren von den Krankenhausangestellten, Patienten und Besuchern erteilt wurde. Zudem wurde ihm ein Mitbestimmungsrecht bei der Festlegung der Gebührenhöhe zugestanden, sodass der Private über umfängliche Einflussmöglichkeiten verfügte. Die Einsatzmöglichkeiten des PPP-Konzessionsmodells sind im Krankenhausbereich allerdings als begrenzt einzuschätzen,<sup>904</sup> da eine Refinanzierungsquelle für den Privaten vorhanden sein muss.<sup>905</sup>

Als sachgerecht einzuschätzende Risikoverteilungen lagen den Strahlentherapieprojekten am UK Essen und UK S-H zugrunde. Dort wurde die Verteilung der Risiken an die Leis-

---

<sup>900</sup> Voraussetzung für die Insolvenz eines Krankenhauses ist dessen grundsätzliche Insolvenzfähigkeit, die nur bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft möglich ist, wenn diese privatwirtschaftlich organisiert sind. Vgl. weiterführend Abschnitt 5.1.6.1.

<sup>901</sup> Vgl. dazu den folgenden Abschnitt 5.2.4.2.

<sup>902</sup> Vgl. die Ausführungen in Abschnitt 5.1.6.1.

<sup>903</sup> Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht beim PPP-Konzessionsmodell, da hier explizit auch das Auslastungsrisiko auf den privaten Partner übertragen wird. Vgl. dazu das PPP-Projekt am UK Düsseldorf in Abschnitt 4.2.2.

<sup>904</sup> Neben der Anwendung bei einem nutzerfinanzierten Parkhaus ist der Einsatz des PPP-Konzessionsmodells ggf. auch noch bei einem Ärztehaus vorstellbar, für dessen Vermietung (und damit Auslastung) der private Partner das alleinige Risiko trägt und dafür die Mieteinnahmen einbehalten darf.

<sup>905</sup> Vgl. weiterführend zu Einsatzmöglichkeiten des PPP-Konzessionsmodells Abschnitt 5.1.8.2.

tungsaufteilung geknüpft. Diese sieht vor, dass die Privaten den nicht-medizinischen und die Uniklinika den medizinischen Betrieb verantworten. Im folgenden Abschnitt wird dezidiert auf die Verteilung von Risiken beim PPP-Projekt am UK Essen eingegangen.

#### 5.2.4.2 Risikoverteilung am Beispiel des PPP-Projektes am UK Essen

Das **Verfügbarkeitsrisiko** wurde beim PPP-Projekt am UK Essen von den privaten Partnern übernommen. Die zu gewährleistende Gesamtverfügbarkeit der Strahlentherapieanlage wurde mit 95 Prozent festgelegt. Dies entspricht 20 Stunden pro Tag, 6 Tage die Woche und damit ca. 300 Tage im Jahr.<sup>906</sup> Um solche langen Betriebszeiten überhaupt realisieren zu können, finden die Wartungen während der Nachtstunden statt. Wenn die Bestrahlungsanlage bzw. andere Teile des Zentrums nicht vertragsgemäß genutzt werden können, müssen die privaten Spezialisten dafür einstehen und gegebenenfalls einen Entgeltabzug in Kauf nehmen.<sup>907</sup> Dieser Zusammenhang lässt sich bezogen auf die Bestrahlungsanlage auch mit dem Ausspruch „No beam, no cash“ zusammenfassen. Das Risiko, dass eine ausreichende Zahl an Patienten für das Zentrum gewonnen werden kann, liegt wiederum vollständig bei den Uniklinika. Das **Auslastungsrisiko**<sup>908</sup> wurde demnach nicht auf den privaten Partner übertragen, sondern verbleibt beim UK Essen.<sup>909</sup>

Eine Auswahl weiterer wichtiger Risiken und deren projektspezifischer Verteilung bei dem PPP-Projekt am UK Essen zeigt die Übersicht im **Anhang 5**.<sup>910</sup> Auch wenn die dort abgebildete Risikomatrix die vertraglichen Regelungen des PPP-Projektes nicht in Gänze wiedergeben kann, wird damit doch ein grundsätzlicher Überblick über die gewählte Risikoallokation möglich. Wurde ein Risiko nicht einer Partei allein zugeordnet, wird die Art der Aufteilung des Risikos als Klammerausdruck in Kurzform angegeben.

Eine **Risikoteilung und -abschichtung** kann auf vielfältige Art und Weise erfolgen. Hierzu sind individuelle projektspezifische Vertragsvereinbarungen möglich. Um dies deutlich zu machen, wird auf die im Rahmen des PPP-Projektes am UK Essen geteilten Risiken näher eingegangen.<sup>911</sup>

So wird das **Baugrundrisiko** von der STRIBA GmbH als privatem Partner getragen, wenn es sich um Sachverhalte handelt, die durch Gutachten bereits festgestellt wurden und somit erkennbar waren. Baugrundrisiken, die nicht durch Gutachten etc. abgedeckt sind, werden von der WPE gGmbH als hundertprozentige Tochter des UK Essen getragen. Ein anderes Beispiel ist das **Genehmigungsrisiko**. Dieses Risiko wird von der STRIBA GmbH übernommen, soweit es in Bezug zu ihren Leistungen steht, wie z.B. die Genehmigungsfähigkeit von Planungen. Die Folgen von Genehmigungsverzögerungen, die nicht durch die STRIBA GmbH verschuldet wurden, werden wiederum von der WPE gGmbH getragen. Ein Beispiel

---

<sup>906</sup> Vgl. Wendel (2007), S. 13.

<sup>907</sup> Dies erfolgt durch Kopplung des monatlichen Mietzinses an die erreichte Verfügbarkeit.

<sup>908</sup> Wird im Zusammenhang mit den Strahlentherapiezentren auch als Marktrisiko bezeichnet.

<sup>909</sup> Vgl. Wendel (2007), S. 13; Kampf (2008), S. 21 ff. Vgl. Verfügbarkeitsrisiko und Auslastungsrisiko auch in der Risikomatrix des WPE in Essen im Anhang 5.

<sup>910</sup> Vgl. die Stellung der STRIBA GmbH (kurz STRIBA) und der WPE gGmbH (kurz WPE) in der Projektstruktur des PPP-Projektes am UK Essen in Abschnitt 4.2.3.

<sup>911</sup> Vgl. hierzu auch die Angaben in Anhang 5.

dafür stellen Verzögerungen aufgrund einer kapazitiven Überlastung des zuständigen Amtes dar.

Eine Risikoaufteilung wurde auch beim **Beschwerde- und Protestrisiko** vorgenommen. Dieses liegt prinzipiell bei der WPE gGmbH. Sind die Beschwerden aber auf technische Ausführungsmängel zurückzuführen, ist die STRIBA GmbH für die finanziellen Folgen verantwortlich. Ebenfalls geteilt wurde das **Inflationsrisiko**. Während der Bauzeit (z.B. inkl. der Preise für Baustoffe) ist dieses auf die STRIBA GmbH übertragen worden. Hingegen werden Preissteigerungen während der Betriebszeit von der WPE gGmbH getragen, indem die Verträge mit Indexierungen versehen wurden. Dadurch wird eine Kopplung von Entgeltteilen an die Teuerungen der jeweiligen Leistungen erreicht. Die Indizes werden regelmäßig vom statistischen Bundesamt ermittelt.

Das Risiko von **Gesetzesänderungen** wurde ähnlich wie das Baugrundrisiko entsprechend der Erkennbarkeit verteilt. War die Änderung eines Gesetzes oder einer Vorschrift vor Vertragsschluss erkennbar (z.B. durch Vorankündigungen, Gelbdrucke etc.), dann muss die STRIBA GmbH die Auswirkungen tragen, da sie diese in ihr Angebot einkalkulieren konnte. Im Regelfall wird allerdings die WPE gGmbH Auswirkungen von Gesetzesänderungen zu tragen haben. Auch das **Risiko höherer Gewalt** wurde zwischen beiden Partnern geteilt. Bis zur Fertigstellung des Bauwerkes hat die STRIBA GmbH das Risiko übernommen, wobei die Verpflichtung bestand, eine Versicherung für die versicherbaren Formen höherer Gewalt abzuschließen und nachzuweisen. Mit der Fertigstellung und Übergabe des Bauwerks wird das Risiko höherer Gewalt auf die WPE gGmbH übergehen.

#### 5.2.4.3 Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium sachgerechter Risikoverteilung

Bei der Vorbereitung eines PPP-Projektes sollte den Verantwortlichen des Krankenhausträgers klar sein, dass ein maximaler Risikotransfer auf private Unternehmen nicht zielführend ist, sondern eine sachgerechte Verteilung der Risiken im Interesse des Krankenhauses anzustreben ist.

Die geplante Risikoverteilung sollte sich möglichst umfassend am **Risikoverteilungsgrundsatz** orientieren.<sup>912</sup> Außerdem sollten die Empfehlungen offizieller Stellen einbezogen werden, wenn über die projektspezifische Verteilung von Risiken bzw. deren Teilung zu entscheiden ist. Für bestimmte Risiken kommt unter den aufgezeigten Prämissen aber nur eine Partei als Risikoträger in Betracht. Dies trifft insbesondere für die Übernahme des Verfügbarkeitsrisikos durch den Privaten und die Zurückbehaltung des Auslastungsrisikos (Marktrisikos) beim Krankenhausträger zu, sodass die PPP-konforme Zuordnung dieser beiden Risiken ein K.O.-Kriterium darstellt.

Die **Bereitschaft** zu einer Verhandlung aller Risiken und die Offenheit, eigene Positionen gegebenenfalls zu verlassen, wenn dies zur Effizienzsteigerung des Projektes beiträgt, stellt eine weitere wichtige Voraussetzung dar, ein lebenszyklusorientiertes PPP-Projekt zum Erfolg zu führen.

---

<sup>912</sup> Der Risikoverteilungsgrundsatz besagt, dass derjenige Partner eines Projektes ein Risiko übernehmen soll, der es am besten beeinflussen und managen kann. Vgl. stellvertretend Alfen/ Elbing (2006), S. 240.

Die öffentlichen Entscheidungsträger der Krankenhausträgergesellschaft sollten bereits frühzeitig informiert sein, welche Risiken zum Erreichen einer sachgerechten Risikoallokation bei dem Krankenhausträger verbleiben und welche besser von einem privaten Partner getragen werden sollten. Hierzu bedarf es zum Einen eines grundlegenden **Kenntnisstandes zu PPP** in den Entscheidungsgremien und einer entsprechend qualifizierten Zuarbeit operativer Einheiten.

Weitere Voraussetzung für eine möglichst optimale Risikoverteilung ist die **fundierte Information der Bieter** über die bekannten Projektrisiken und die von öffentlicher Seite angestrebte Verteilung dieser. Handelt es sich um Bestandsgebäude, werden die Privaten durch detaillierte und aussagekräftige Daten in die Lage versetzt, eventuelle Risiken zu erkennen. Je genauer die privaten Partner ein Risiko abschätzen können, desto eher werden sie auch bereit sein, dieses zu übernehmen.<sup>913</sup>

Eine vorgefertigte Risikoverteilung kann für den Krankenhausesektor nicht angegeben werden, dafür sind die Projektinhalte, die angestrebten Ziele und auch die regionalen und Vor-Ort-Bedingungen zu unterschiedlich. Für die Ausarbeitung einer projektspezifischen Risikobetrachtung kann aber die vorgestellte Risikoverteilung am UK Essen oder auch die **Vorlage** der PPP-TASK FORCE NRW wertvolle Hilfestellung leisten. Der letztgenannte Vorschlag einer Risikomatrix für PPP-Projekte im Krankenhausbereich ist im **Anhang 6** enthalten.<sup>914</sup>

Verallgemeinerte Risikomatrizen können die projektspezifische Auseinandersetzung mit der eigenen Fähigkeit und Möglichkeit der Risikotragung unterstützen, aber nicht ersetzen. Eine frühzeitige Befassung mit den Risiken eines Projektes ermöglicht es den Entscheidungsträgern z.B., die Projektausschreibung mit einer marktgerechte Risikoverteilung zu versehen und auf diese Weise die Attraktivität des Projektes und damit den Wettbewerb zu erhöhen.<sup>915</sup> Gleichzeitig tragen klare, marktkonforme Vorstellungen zur Risikoverteilung dazu bei, die Verhandlungen mit den Bietern konstruktiv und zeiteffizient zu gestalten und somit deren Angebotskosten in Grenzen zu halten, was für diese ein Argument mehr darstellt ein attraktives Angebot abzugeben.

### 5.2.5 Einsatz outputorientierter Leistungsbeschreibungen

Als wesentlicher Eckpunkt eines Ausschreibungs- und Vergabeverfahrens sind die geforderten Leistungen zu spezifizieren. Zu diesem Zweck werden Leistungsbeschreibungen erstellt,<sup>916</sup> wobei sich die beiden grundlegenden Ansätze der input- und output- bzw. ergebnisorientierten<sup>917</sup> Leistungsbeschreibung unterscheiden lassen.<sup>918</sup>

---

<sup>913</sup> Eine Zusammenfassung der zu prüfenden Sachverhalte für die Beurteilung des Prüfkriteriums und Vorschläge zur Erfüllung der Anforderungen sind der Checkliste im Anhang 9 zu entnehmen.

<sup>914</sup> Einen weiteren Vorschlag zur Verteilung von Risiken bei PPP-Projekten im Krankenhaus wird in Jacob (2009), S. 7 ff. gegeben. Darüber hinaus ist in Alfen/ Daube et al. (2009), S. A-6 eine detaillierte Übersicht zu Risiken bei PPP-Projekten angegeben, die als Grundlage einer Risikoverteilung dienen kann.

<sup>915</sup> Vgl. hierzu auch die Wechselwirkungen mit dem Kriterium ausreichenden Wettbewerbs in Abschnitt 5.2.7.

<sup>916</sup> Diese bilden zudem die Grundlage für die Bestimmung von Umfang, Qualität sowie Preis der geforderten Leistungen. Vgl. BMVBW (2003a), S. 30.

<sup>917</sup> Die Begriffe „outputorientiert“ und „ergebnisorientiert“ werden synonym verwendet.

<sup>918</sup> Darüber hinaus kann die funktionale Leistungsbeschreibung als eigenständiger Ansatz unterschieden werden. Diese weist Ähnlichkeiten mit der outputorientierten Leistungsbeschreibung auf, wobei die outputorientierten Leistungsbeschreibung zusätzlich Angaben zum messbaren Ergebnis einer Leistung sowie geeigneter Messmethoden enthält.

Die klassische Vergabe beruht auf der Erstellung von Leistungsbeschreibungen mit Leistungsverzeichnissen, worin genau festgelegt wird, wie die Leistungen zu erbringen sind. In einer solchen **inputorientierten** Leistungsbeschreibung werden die einzusetzenden Produktionsfaktoren (Inputs, Inputfaktoren) mit detaillierten qualitativen sowie quantitativen Vorgaben spezifiziert. Umfasst ein Projekt wenige überschaubare Einzelleistungen, wird die inputorientierte Leistungsbeschreibung dominieren,<sup>919</sup> deren Vorteile in eindeutigen Kalkulationsvorgaben und daraus resultierend einer hohen Vergleichbarkeit der Angebote bestehen.<sup>920</sup> Bei größeren Leistungspaketen und komplexen Bau- und Dienstleistungen, wie sie typisch sind für PPP, ist die Erstellung inputorientierter Leistungsbeschreibungen allerdings sehr aufwendig und fehleranfällig, sodass hierfür die **ergebnisorientierte** Beschreibung der geforderten Leistungen zu bevorzugen ist.

Steht bei der inputorientierten Leistungsbeschreibung die Leistung mit ihren einzelnen Aktivitäten im Vordergrund (Wie?), ist die outputorientierte Leistungsbeschreibung zielorientiert auf das operational überprüfbare Ergebnis und damit die Qualität der erbrachten Dienstleistungen ausgerichtet (Was?).<sup>921</sup>

Der öffentliche Auftraggeber muss sich nicht mehr, wie bei einer Leistungsbeschreibung mit Leistungsprogramm, detailliert mit den einzelnen Prozessen auseinandersetzen, sondern kann (und sollte) sich im Vorfeld eines PPP-Projektes auf die genaue **Definition der Ziele** der Leistungsvergabe und seiner Anforderungen an die **Qualitäten** der Leistungserbringung sowie der **Messgrößen** zu deren Nachweis konzentrieren. So werden die Qualitätsmerkmale z.B. des Raumklimas (Luftfeuchte und Temperatur) vorgegeben, nicht aber die Art der Heizungs- und Klimaanlage.<sup>922</sup>

#### 5.2.5.1 Zusammensetzung einer outputorientierten Leistungsbeschreibung

Um als Krankenhausträger entscheiden zu können, ob eine outputorientierte Leistungsbeschreibung für das geplante Vorhaben umsetzbar ist, reicht eine Abgrenzung zur klassischen inputorientierten Leistungsbeschreibung nicht aus. Im Folgenden werden daher zusätzliche Informationen zum Umfang einer solchen Leistungsbeschreibung gegeben und krankenhausspezifische Aspekte erläutert.

Die Aufstellung einer ergebnisorientierten Leistungsbeschreibung erfordert einen **mehrstufigen Planungsprozess**. Soweit vorhanden, ist dieser mit dem Entwicklungsplan eines Klinikums abzustimmen. Unter Berücksichtigung der Krankenhausbedarfsplanung<sup>923</sup> werden in diesem die langfristige Ausrichtung eines Klinikums, dessen übergeordnete Ziele sowie in-

---

<sup>919</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 30.

<sup>920</sup> Vgl. Fischer (2008), S. 100.

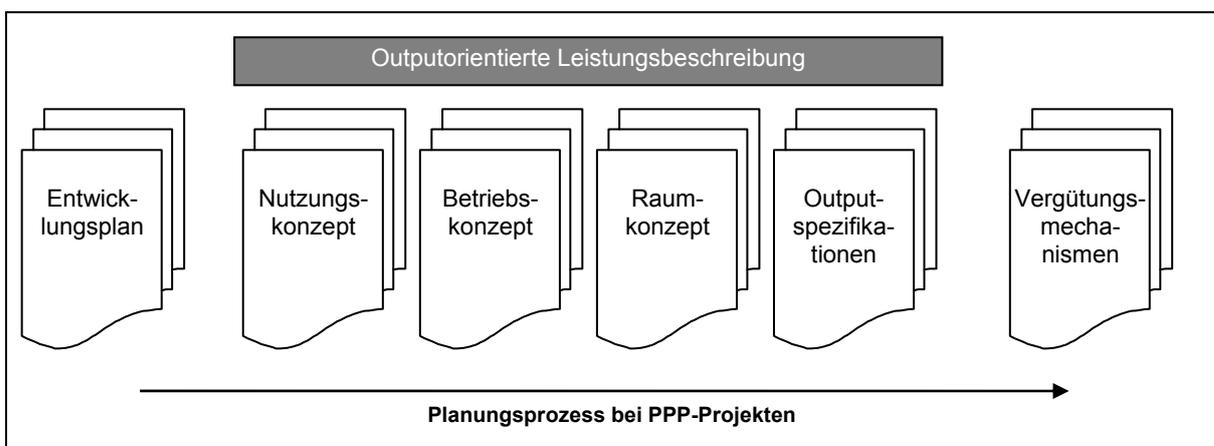
<sup>921</sup> Vgl. Schlicht (2003), S. 6. Ein Beispiel soll diese Unterscheidung verdeutlichen. „Die Behandlungsräume müssen über eine angemessene Stromversorgung verfügen, um den betrieblichen Anforderungen zu genügen“ ist ein Output. „Lieferung und Montage von jeweils zwei 220 V Steckdosen je Behandlungsraum und Wand“ ist kein Output, sondern die Beschreibung eines Inputs.

<sup>922</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 31.

<sup>923</sup> Hier sind insbesondere die Vorgaben des Krankenhausplans des jeweiligen Landes zu beachten.

terne Leitlinien vorgegeben. Für das Klinikum Bremen-Mitte wurde beispielsweise ein baulicher Masterplan als Teil eines Strategiekonzepts erstellt.<sup>924</sup>

Als wesentliche Bestandteile einer outputorientierten Leistungsbeschreibung lassen sich Nutzungs-, Betriebs- sowie Raumkonzept unterscheiden. Diese drei Planungsschritte, die auch als Bedarfskonzept zusammengefasst werden können, bilden das Fundament zur Erstellung von **Outputspezifikationen**, die wiederum den Kern einer outputorientierten Leistungsbeschreibung darstellen.<sup>925</sup> Die Konzepte bauen aufeinander auf, wobei die Planung sukzessive konkretisiert wird<sup>926</sup> und der Detaillierungsgrad mit Planungsfortschritt stetig zunimmt. Die festgelegten Outputspezifikationen wiederum bilden die Grundlage zur Etablierung von Vergütungsregeln und -mechanismen.<sup>927</sup> Dieser prinzipielle Zusammenhang wird in Abbildung 53 dargestellt, gefolgt von einer Erläuterung der einzelnen Komponenten.



**Abbildung 53: Outputorientierte Leistungsbeschreibung als Bestandteil des Planungsprozesses bei PPP-Projekten.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Bereits zu einem frühen Zeitpunkt der PPP-Planungen sollte ein **Nutzungskonzept** aufgestellt werden. In diesem ist zu spezifizieren, was genau das Ziel des Projektes ist.<sup>928</sup> Auf der Basis dieser Untersuchungen sind Ableitungen zum zukünftigen Bedarf an geschäfts- und immobiliespezifischen Funktionen zu treffen.<sup>929</sup>

In einem Nutzungskonzept für ein PPP-Projekt im Krankenhausbereich sollten für die Funktionsbereiche bzw. Abteilungen (oder Bereiche davon), die in das PPP-Projekt einbezogen

<sup>924</sup> Dieser bauliche Masterplan sah nicht weniger als die komplette Umgestaltung des Klinikgeländes und die Konzentration der Leistungen und Flächen in neu zu errichtenden medizinischen Kompetenzzentren vor. Mit dem geplanten PPP-Projekt sollten wesentliche Teile dieses Entwicklungsplans umgesetzt werden. Vgl. Krukemeier (2008), S. 22 ff.

<sup>925</sup> Vgl. Fischer (2008), S. 108 ff.

<sup>926</sup> Geht es beim Nutzungskonzept und der Ableitung von Bedarf und Zielen für ein PPP-Projekt noch vorrangig um die Abstimmung mit den übergeordneten Planungen für das gesamte Krankenhaus, erfolgen mit den Betriebskonzept und später dem Raumkonzept Planungsschritte, die zu einer stetigen Konkretisierung des Projektes führen.

<sup>927</sup> Vgl. zu leistungsorientierter Vergütung Abschnitt 5.2.6.

<sup>928</sup> In diesem sollte auch der Bedarf der späteren Nutzer und die Bedarfsanforderungen dieser aufgezeigt und untersucht werden. Markt- und Wettbewerbsanalysen, Organisationsanalysen sowie die Untersuchung der Integration des Projektes in seine wirtschaftliche, soziale, ökologische und kulturelle Umgebung können weitere Bestandteile darstellen.

<sup>929</sup> Vgl. Fischer (2008), S. 104 ff.

werden, die Betriebsabläufe angegeben werden. Auch prognostizierte Leistungsdaten, z.B. bezüglich Auslastung, Fallzahlen sowie die Art der Untersuchung und Behandlung der Patienten, geben wichtige Hinweise zur Spezifizierung der benötigten Kern- und Unterstützungsleistungen. Im Rahmen dieser Konkretisierung des Bedarfs sollten auch Angaben zu räumlichen und baulichen Bedingungen enthalten sowie erforderliche räumliche Anbindungen angegeben sein. Insbesondere bei den Leistungsbereichen, die im Rahmen des PPP-Projektes an einen privaten Partner übertragen werden sollen, sind die Leistungsanforderungen genau zu benennen und die Schnittstellen zum Klinikum aufzuzeigen.

Aufbauend auf dem Nutzungskonzept werden in einem **Betriebskonzept** alle nutzerseitigen Anforderungen der Funktionsbereiche und Fachabteilungen aufeinander abgestimmt und die Betriebsabläufe innerhalb eines Gebäudes strukturiert. Damit wird insbesondere das Ziel einer möglichst wirtschaftlichen Leistungserbringung im Krankenhaus verfolgt. Um dies zu erreichen, werden Flächen- und Wegeoptimierungen vorgenommen. So wird z.B. analysiert, welche Funktionen zur Einhaltung der Prozessabläufe räumlich direkt aneinander grenzen müssen und welche Funktionsräume bzw. -bereiche einzelne Fachabteilungen gemeinsam nutzen können. Auch die Personalplanungen inklusive der vorgesehenen Kompetenzen, Weisungsbefugnisse und Leitungsfunktionen sollte ein Betriebskonzept beinhalten.<sup>930</sup>

Die detaillierte Aufbereitung der Primärleistungen und ihrer Abläufe ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass der private Partner die an ihn zu übertragenden Unterstützungsleistungen daraufhin ausrichten und bestmöglich konzipieren, kalkulieren und zu einen wirtschaftlichen Preis anbieten kann.

Auf der Grundlage des Betriebskonzeptes erfolgt mit der Erarbeitung des **Raumkonzeptes** eine weitere Detaillierung der Planung. Das Raumkonzept setzt sich i.d.R. aus den folgenden Bestandteilen zusammen:<sup>931</sup>

- **Bauprogramm:** enthält eine grundlegende Beschreibung des Bauwerks, der Lage und Grundstücksgröße, der Geschossanzahl; Gesamtnutzfläche sowie seiner Erschließung
- **Raumprogramm:** umfasst eine Zuordnung der Flächen zu den einzelnen Funktionsbereichen, Anzahl, Größe und Nutzung der einzelnen benötigten Räume<sup>932</sup> sowie die Anordnung von Räumen und darin ablaufenden Arbeitsabläufe (Raumzuordnungsmatrix)<sup>933</sup>
- **Raumbuch:** Angabe der Funktionen und Nutzungen der einzelnen Räume, inklusive Angaben zur Baukonstruktion, technischer Ausstattung, Möblierung und gegebenenfalls ergänzt durch Angaben zu erforderlichen raumspezifischen Dienstleistungen

Insbesondere **Raumbücher** haben bei der Planung lebenszyklusorientierter PPP-Krankenhaus-Projekte eine hohe Bedeutung. Auf der Grundlage der im Krankenhausbereich weitgehend standardisierten Raumdatenblätter für Raumbücher können planungsbegleitende Raumbücher erstellt werden. Diese als computergestützte Datenbanken konzipierten

---

<sup>930</sup> Vgl. Bading (2005), S. 48.

<sup>931</sup> Vgl. Fischer (2008), S. 107.

<sup>932</sup> Wenn erforderlich, sind im Raumprogramm auch Angaben zur geforderten Variabilität (quantitative Nutzungsänderung Veränderung der Größe von Räumen oder Bereichen) und Flexibilität (qualitative Nutzungsänderung durch Umnutzung von Räumen oder Bereichen) vorzusehen. Vgl. weiterführend zu beiden grundlegenden Entwurfsaspekten bei der Krankenhausplanung Holeck (2007), S. 240 ff.

<sup>933</sup> Auch als Raumbedarfsplan bezeichnet.

Raumbücher bieten die Möglichkeit einer übersichtlichen Datenfortschreibung.<sup>934</sup> Zunächst werden die vom öffentlichen Krankenhausträger vorgegebenen Raumstandards eingetragen, die auch die Grundlage der Ausschreibung und Vergabe des PPP-Projektes bilden (Bedarfsraumbuch). Darin werden für jeden Raum, der zur Erfüllung der primären (ärztlichen und pflegerischen) Leistungen benötigt wird, die Anforderungen an bauliche Zustände, Ausstattung sowie Raumkonditionierung angegeben. Um den besonderen Anforderungen an ein Krankenhausgebäude gerecht zu werden, sollte das Raumbuch als Teil einer outputorientierten Ausschreibung eines Krankenhausbaus mit einem baulichen, medizin-technischen sowie einem allgemein technischen Raumdatenblatt und einem Raumdatenblatt mit der mobilen medizin-technischen Ausstattung pro Raum versehen werden.

Später nimmt das private Konsortium je nach Projektstand Erweiterungen zum Planungs-, Realisierungs- und Bestandsraumbuch vor. Während der gesamten Planungsphase sollten die Einträge und Änderungen von Projektbeteiligten dokumentiert werden. Bei planungsbegleitenden Raumbüchern ist diese Funktion integriert. Dem privaten Partner wird damit eine geeignete Informationsgrundlage für seine Dienstleistungen während des Krankenhausbetriebs zur Verfügung gestellt.

Sind Nutzungs-, Betriebs- und Raumkonzept für ein PPP-Projekt erstellt, können auf dieser Basis die Outputspezifikationen für ein PPP-Projekt definiert werden (vgl. Abbildung 53). Die damit verbundenen Freiheiten bedeuten für den privaten Dienstleister zunächst zwar i.d.R. eine aufwendigere Abschätzung der erforderlichen Maßnahmen und der damit verbundenen Kosten, jedoch können gerade durch die geschaffenen Handlungsoptionen und detaillierten Überlegungen zur Umsetzung Effizienz- und Innovationspotenziale freigesetzt werden.

Die geforderten Ergebnisse werden in definierten **Qualitäts- und Leistungsstandards (Service Level)** vorgegeben. Diese Standards stellen häufig eine Kombination dar aus:<sup>935</sup>

- öffentlich-rechtlichen Gesetzen, Vorschriften und Richtlinien (u.a. allgemeines Planungs- und Baurecht, spezifische Vorschriften zum Krankenhausbau und -betrieb, Emissions- und Immissionsschutzanforderungen (Schall, Wärme, Licht, Wasser), Anforderungen an Laser- und Strahlenschutz etc.)<sup>936</sup>
- Industriestandards (ISO oder DIN etc.) und anderweitige Normen
- Benchmarks aus Erfahrungswerten, also messbare Größen, die einen erfahrungsgemäß reibungslosen Krankenhausbetrieb gewährleisten (z.B. Reaktionszeiten für Reparaturen, Vorgaben von einzuhaltenen Innenraumtemperaturen etc.)

Die Service Level werden zwischen Krankenhausträger und privatem Partner verhandelt und letztendlich vertraglich festgeschrieben. Vertragliche Vereinbarungen von zu gewährleistenden Servicequalitäten werden begrifflich daran angelehnt als Service Level Agreements (SLA) bezeichnet.<sup>937</sup> Neben den Rechten und Pflichten der Vertragspartner werden darin insbesondere **Qualität** (z.B. Qualitätslevel), **Quantität** (z.B. Verfügbarkeiten), **Zeitvorgaben**

---

<sup>934</sup> Vgl. Fischer (2008), S. 107.

<sup>935</sup> Vgl. Schlicht (2003), S. 6.

<sup>936</sup> Vgl. Riemenschneider/ Nitzsche (2006), S. 354.

<sup>937</sup> Vgl. Riemenschneider/ Nitzsche (2006), S. 359.

(z.B. Reaktionszeiten) für die vereinbarte Leistung definiert. Bei der Formulierung der Vorgaben können folgende Untersuchungskriterien herangezogen werden:

- Umfang der Leistung → Was?
- Notwendige Zeitpunkte → Wann? Wie oft?
- Reaktion im Falle eines Fehlers → Wie schnell?
- Notwendige Qualifikationen → Wer?

#### 5.2.5.2 Leistungsbeschreibung in den Fallstudien

Im Rahmen der Fallstudienanalyse wurde untersucht, ob outputorientierte Leistungsbeschreibungen im Vergabeverfahren eingesetzt wurden. Die Untersuchung der konkreten vertraglichen Absprachen war aufgrund von Vertraulichkeiten, dem frühen Projektstadium einzelner Projekte bzw. vorgenommenen Projektabbrüche nur in geringem Maße möglich.

Bei den Projekten, zu denen diesbezüglich Informationen vorlagen, kam die outputorientierte Leistungsbeschreibung bis auf eine Ausnahme zur Anwendung. Nur das PPP-Projekt am Klinikum Dortmund wurde klassisch inputorientiert ausgeschrieben. Das Projekt entspricht damit in diesem Punkt nicht den Anforderungen an PPP-Projekte. Es liegt daher der Schluss nahe, dass das Effizienzpotenzial der angewendeten Beschaffungsmethode PPP nicht voll ausgenutzt wurde und stattdessen der Finanzierungsaspekt stark im Vordergrund stand. Die Verwendung einer outputorientierten Leistungsbeschreibung in anderen Fallstudienprojekten zeigt, dass deren Umsetzung im Krankenhausbereich möglich ist.

#### 5.2.5.3 Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium outputorientierte Leistungsbeschreibung

Um Effizienzvorteile mit dem PPP-Ansatz erzielen zu können, sind outputorientierte Leistungsbeschreibungen für einen möglichst umfangreichen Teil der Leistungen anzustreben, die ein privater Partner im Rahmen eines PPP-Projektes übernehmen soll. Dies gilt, auch wenn deren Definition aufgrund der komplexen Rahmenbedingungen des Krankenhausesektors schwieriger ist als in anderen Sektoren. Gerade deshalb sollte für die Definition und Verhandlung der Leistungsziele und geforderten Leistungsergebnisse **genügend Zeit** im Rahmen der Projektplanung einkalkuliert werden.

Um die Outputorientierung umsetzen zu können, muss eine outputorientierte Leistungsbeschreibung bei den zu übertragenden Leistungen **zulässig und umsetzbar** sein. Daher ist zu prüfen, ob der Anwendbarkeit gesetzliche Regelungen oder anderweitige Vorschriften entgegenstehen, da sie z.B. eine inputorientierte Leistungsbeschreibung zwingend erforderlich machen.

Als weitere wesentliche Voraussetzung muss die **Bereitschaft** des öffentlichen Projektträgers dazu bestehen, outputorientiert auszuschreiben, und es ist sicherzustellen, dass bei dem Krankenhausträger personelle Kapazitäten mit entsprechenden Kompetenzen zur Erstellung einer ergebnisorientierten Leistungsbeschreibung zur Verfügung stehen. Gerade wenn PPP erstmals an einem Krankenhaus als Beschaffungsvariante eingesetzt wird, wird

dies kaum ohne externen Sachverstand zu gewährleisten sein. Diese Bedingungen sollten als K.O.-Kriterium in den PPP-Eignungstest einfließen.

Darüber hinaus müssen die Unterlagen die Bieter in die Lage versetzen, sich ein klares Bild von den ausgeschriebenen Leistungen machen zu können.<sup>938</sup> Eine in diesem Sinne **eindeutige und erschöpfende** Leistungsbeschreibung ist dafür zwingend erforderlich.<sup>939</sup> Ohne diese ist zudem eine sinnvolle Wertung der Angebote mangels Vergleichbarkeit kaum möglich.<sup>940</sup> Die Umsetzung dieser Anforderungen stellt für Krankenhaus-PPP-Projekte eine Herausforderung dar, da zu outputorientierten Leistungsbeschreibungen im Krankenhausbereich im Vergleich zu anderen Sektoren bisher nur wenige Erfahrungswerte in Deutschland vorliegen.<sup>941</sup>

## 5.2.6 Einsatz leistungsorientierter Vergütung

Auf der Grundlage von Leistungsbeschreibungen können Umfang, Qualität sowie Preise der geforderten Leistungen festgelegt werden. Die Implementierung von leistungsorientierten Vergütungsstrukturen anstatt einer Pauschalvergütung stellt ein Grundelement des PPP-Ansatzes dar.<sup>942</sup>

### 5.2.6.1 Elemente einer leistungsorientierten Vergütung

Die auf der Basis einer outputorientierten Leistungsbeschreibung vereinbarten Qualitäts- und Leistungsstandards (Service Level) dienen als objektive Bewertungsmaßstäbe für die Güte der vom privaten Partner erbrachten Dienstleistung und bilden damit die Grundlage für die leistungsbezogene Abrechnung mit dem Betreiber.

Denn die **Vergütung** des Privaten wird an die festgelegten Service Level gekoppelt.<sup>943</sup> Den vollen Vertragspreis erhält der Private demnach nur bei vollständiger Erfüllung der vorab definierten Leistungs- und Qualitätsstandards. Im Fall von Minderleistungen muss er Minderzahlungen dulden.<sup>944</sup> Damit stellen die Vergütungsmechanismen ein wichtiges Bindeglied dar zwischen den in der Leistungsbeschreibung vorgegebenen Leistungsanforderungen und den späteren Kontroll- und Einflussmöglichkeiten des öffentlichen Krankenhauses.<sup>945</sup>

Um ableiten zu können, welche Konsequenzen eine erbrachte Leistungsqualität und Quantität nach sich zieht, muss eine Leistung mit klar definierten und vor allem messbaren **Indika-**

---

<sup>938</sup> Werden outputorientierte Leistungsbeschreibungen im Krankenhausbereich eingesetzt, ändert dies nichts an der grundsätzlichen Anforderung, den Beschaffungsbedarf des öffentlichen Krankenhausträgers mit größtmöglicher Bestimmtheit zum Ausdruck zu bringen. Vgl. BMVBW (2003e), S. 10 - 11.

<sup>939</sup> Eine Zusammenfassung der zu prüfenden Sachverhalte für die Beurteilung des Prüfkriteriums und Vorschläge zur Erfüllung der Anforderungen sind der Checkliste im Anhang 9 zu entnehmen.

<sup>940</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 31 - 32.

<sup>941</sup> Für Großbritannien bestehen hingegen bereits umfangreiche Erfahrungen. Vgl. Bading (2005).

<sup>942</sup> Vgl. Riemenschneider/ Nitzsche (2006), S. 372. Die Autoren raten grundsätzlich von einer pauschalen Leistungsvergütung ab, da hierdurch kein Anreiz zur optimalen Leistung geschaffen wird. Vgl. weiterführend Abschnitt 2.3.3.4.

<sup>943</sup> Vgl. zu Service Levels Abschnitt 5.2.5.1.

<sup>944</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 6.

<sup>945</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 86.

**toren** belegt werden.<sup>946</sup> Hierzu kann z.B. mit Key Performance Indikatoren (KPI),<sup>947</sup> SLA-Fehlerklassen<sup>948</sup> sowie Reaktions- und Lösungszeiten<sup>949</sup> gearbeitet werden.

Zeitpunkt, Art und Höhe von Abzügen vom vereinbarten Leistungsentgelt als Reaktion auf Schlechtleistungen des Privaten werden im **Vergütungssystem** (z.B. Bonus-Malus-System) geregelt.<sup>950</sup> Dieses kann auf unterschiedlichen Vergütungsmechanismen beruhen, wobei die beiden erstgenannten der nachstehenden Varianten am häufigsten angewendet werden:<sup>951</sup>

- **Leistungsorientierte** Vergütungsmechanismen: Vergütung orientiert sich an tatsächlich erbrachter Leistungsqualität
- **Verfügbarkeitsorientierte** Vergütungsmechanismen: Vergütung erfolgt in Abhängigkeit der Verfügbarkeit von Räumen, Flächen oder Leistungen
- **Mengenorientierte** Vergütungsmechanismen: Die Vergütung erfolgt entsprechend der verbrauchten Mengen (z.B.: Strom, Wasser, Gas)
- **Nachfrageorientierte** Vergütungsmechanismen: Die Vergütung erfolgt entsprechend der Nutzernachfrage
- **Erfolgsorientierte** Vergütungsmechanismen: Die Vergütung erfolgt nur beim Erreichen bestimmter Optimierungsziele

Bei der Konzeption von **Abzügen** (Malus) für Leistungs- und Verfügbarkeitsmängel sollten **Grundregeln** beachtet werden, sodass die Vereinbarungen dem privaten Partner in einem angemessenen Maß Anreize zu einer optimalen Leistungserbringung geben:<sup>952</sup>

- Der Abzug muss in seiner **absoluten Höhe wirksam** sein. Ist der Abzug geringer als der Aufwand zur Leistungserbringung, ist der Anreiz für den Privaten sehr klein. In der Praxis werden daher auch Mindesthöhen für Abzüge festgelegt.
- Die **Höhe** des Abzugs muss **in Relation zur Bedeutung** des Mangels für den Nutzer stehen. Z.B. ist für die Nutzung des OP-Saals dessen Reinigung nach der vorherigen Operation notwendige Bedingung. Auch die Funktionsfähigkeit der medizinischen Geräte stellt eine zwingende Voraussetzung für die Nutzung des OPs dar. Bleibt die Reinigung aus bzw. erfolgt zu spät oder sind Geräte nicht einsatzbereit, besteht ein wesentlicher Mangel. Der OP kann nicht genutzt werden. Im Vergleich dazu bedeutet der verspätete Austausch einer kaputten Glühlampe in einem Aufenthaltsraum nur eine geringfügige Beeinträchtigung, sodass dieser Mangel nur einen geringen Abzug rechtfertigt.

---

<sup>946</sup> Vgl. Riemenschneider/ Nitzsche (2006), S. 372.

<sup>947</sup> Key Performance Indikatoren (KPI) sind Messgrößen, mit denen quantitativ ermittelt werden kann, inwieweit gesetzte Ziele erfüllt wurden.

<sup>948</sup> SLA-Fehlerklassen sind Listen von Fehlern, die einzelnen Leistungsvereinbarungen (Service Level Agreements, SLAs) zugeordnet werden. Für die einzelnen Fehler können entsprechend ihrer Schwere Abzüge definiert werden.

<sup>949</sup> Reaktions- und Lösungszeiten sind die messbaren Vorgaben, wann die angegebenen Fehler behoben sein müssen. Die Zeitvorgaben richten sich nach der Bedeutung des Fehlers.

<sup>950</sup> Vgl. Riemenschneider/ Nitzsche (2006), S. 372 ff.

<sup>951</sup> Vgl. Fischer (2008), S. 112 und 183. Es sind auch Kombinationen möglich.

<sup>952</sup> Vgl. Fischer (2008), S. 187.

- Der **Zeitpunkt des Abzugs** sollte in einem möglichst kurzen Abstand zum Auftreten des Mangels erfolgen, sodass dieser seine Anreizwirkung umgehend entfalten kann.
- Es sollte eine Möglichkeit vorgesehen werden, für **wiederholt auftretende Mängel stärkere Abzüge** vorzusehen, um den Druck auf den Privaten zur vertragsmäßigen Leistungserbringung zu erhöhen.

Inwieweit diese Ansätze bereits in den Fallstudien genutzt wurden, zeigt der folgende Abschnitt.

### 5.2.6.2 Erfahrungen in den Fallstudien

In der Fallstudienanalyse wurde untersucht, ob leistungsorientierte Vergütungsmechanismen in die PPP-Verträge integriert wurden. In den meisten Projekten wurden Malus-Vereinbarungen vorgesehen, die es den Krankenhausträgern erlauben, bei Schlechtleistung Abzüge vom Leistungsentgelt vorzunehmen. In einigen Projekten wurde außerdem eine Grundvergütung als Bestandteil des Vergütungssystems vereinbart, die unabhängig von dem Leistungsniveau des privaten Partners gezahlt wird. Auch Kombinationen aus beiden Vergütungsarten wurden in Fallstudien vorgesehen.

Des Weiteren wurde die Abhängigkeit der Leistungsentgelte von der **Patientennachfrage** untersucht. Wie zu erwarten, besteht hier kein direkter Zusammenhang. Wäre dies der Fall, würde ein privater Partner direkt am wirtschaftlichen Erfolg bzw. Misserfolg im Bereich der Kernleistung eines Krankenhauses beteiligt werden und die Grenze von PPP zur materiellen Privatisierung wäre als überschritten zu betrachten.<sup>953</sup>

Gleichwohl besteht unter bestimmten Umständen die Möglichkeit, Vergütungsbestandteile variabel zu gestalten und z.B. an die jeweilige **Auslastung** des Vertragsgegenstandes zu koppeln. Indirekt ist dies im Fallstudienprojekt am UK Düsseldorf der Fall gewesen. Dort erhob der private Partner eigenverantwortlich Gebühren<sup>954</sup> und trug gleichzeitig das Auslastungsrisiko des Parkhauses.<sup>955</sup> Die Höhe seiner Vergütung war dabei neben der Gebührenhöhe von der erzielten Auslastung abhängig.

Ein gutes Beispiel für die Integration von outputorientierter Leistungsbeschreibung und Vergütungsmechanismen geben die Vereinbarungen am UK Essen. Das **Risiko der Verfügbarkeit** der Strahlentherapieanlage wurde hier auf den Privaten übertragen. In den Service Levels wurde definiert, welche Bedingungen der Private zu erfüllen hat. Die Vereinbarungen zur Verfügbarkeit der Anlagen und Geräte legen fest, dass die private STRIBA die betrieblichen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen schaffen muss, damit im Jahr mindestens 2.000 Patienten behandelt werden können. Die Details wurden in Form einer Verfügbarkeitsmatrix fixiert. In dieser wird festgelegt, welche **Reaktionszeiten, Mängelpunkte** oder direkte **Entgeltabzüge** bei Ausfällen bzw. eingeschränkter Funktionsfähigkeit vorgesehen sind. Überschreiten die Mängelpunkte einen festgelegten Schwellenwert, führen

---

<sup>953</sup> Vgl. zur Abgrenzung von PPP und materieller Privatisierung Abschnitt 3.1.2.2.

<sup>954</sup> Bei der Festlegung der Gebührenhöhe wurde dem privaten Partner ein Mitbestimmungsrecht zugestanden. Vgl. weiterführend zu dem PPP-Projekt Abschnitt 4.2.2 und auch die Ausführungen zu dem Projekt im Abschnitt 5.2.4.1.

<sup>955</sup> Vgl. Abschnitt 4.2.2.

auch diese zu Entgeltabzügen. Beispiele für erfasste potenzielle Mängel sind z.B. eine nicht funktionierende Diagnostik, ein nicht mehr justierbarer Patiententisch oder der Ausfall eines Lasers. Bei den Reinigungsleistungen wurde neben funktionalen Vorgaben zur einzuhalten- den „Sauberkeit“ eine „Frequenz“ vereinbart, da in bestimmten Bereichen des Zentrums aus medizinischen und hygienischen Gründen eine kontinuierliche Reinigung notwendig ist.

Zusätzlich zu den vereinbarten Malusregelungen wurde in dem WPE Projekt am UK Essen eine „**Guthaben**“-Regelung (Bonus-Regel) vereinbart. Diese sieht vor, dass „Überleistungen“ addiert werden und in einem Zeitraum von 3 Monaten mit Minderleistungen verrechnet werden können. Der Verfall des Guthabens nach drei Monaten garantiert, dass sich der Private nicht auf einem angelegten „Polster“ ausruht, sondern permanent der Anreiz zur Leistung über dem geforderten Maß besteht.

### 5.2.6.3 Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium leistungsorientierte Vergütung

Es muss die **Bereitschaft** des öffentlichen Projektträgers gegeben sein, leistungsorientierte Vergütungsmechanismen zu vereinbaren (K.O.-Kriterium). Darüber hinaus sind die umfangreichen Vorschriften des Krankenhausbereichs zu beachten, sodass in bestimmten Bereichen vergleichsweise geringe Freiheitsgrade für die Privaten zur Optimierung bestehen können.

Darüber hinaus bestehen ähnliche Anforderungen wie bei der Erstellung einer outputorientierten Leistungsbeschreibung, welche die Basis eines leistungsorientierten Vergütungssystems darstellt.<sup>956</sup> Dies gilt für die Bereitstellung ausreichender personeller **Ressourcen** wie auch für die erforderliche **Kompetenz**, um die entsprechenden Vergütungsregeln zu entwickeln und die Einhaltung der Leistungsvereinbarungen während der Betriebsphase prüfen und steuern zu können.<sup>957</sup>

Es ist davon auszugehen, dass mit zunehmenden PPP-Projekterfahrungen im Krankenhausbereich auch eine Weiterentwicklung der Outputspezifikationen und der daran gebundenen Vergütungsmechanismen erfolgen wird. Ob dafür allerdings in einigen Jahren standardisierte Rahmenvorgaben genutzt werden können, wie dies z.B. in Großbritannien der Fall ist, bleibt abzuwarten.<sup>958</sup>

### 5.2.7 Marktinteresses

Im Vorfeld eines PPP-Projektes ist sicherzustellen, dass die Bereitschaft privater Unternehmen vorhanden ist, an einer Ausschreibung des Projektes teilzunehmen. Um Wettbewerb unter den Bietern zu erzeugen, bedarf es einer ausreichenden Anzahl qualifizierter Bieter.<sup>959</sup>

---

<sup>956</sup> Vgl. weiterführend Abschnitt 5.2.5.3.

<sup>957</sup> Eine Zusammenfassung der zu prüfenden Sachverhalte für die Beurteilung des Prüfkriteriums und Vorschläge zur Erfüllung der Anforderungen sind der Checkliste im Anhang 9 zu entnehmen.

<sup>958</sup> In Großbritannien existiert ein Standardvertrag für PPP-Projekte, der auch die leistungsorientierte Vergütung und die Bestimmung des Leistungsentgeltes des privaten Partners regelt. Vgl. z.B. NHS (2007). Darüber hinaus wurden standardisierte Outputspezifikationen für Leistungen im Krankenhausbereich veröffentlicht, z.B. für Reinigung, Wachschutz, Parkraumbewirtschaftung, Hausmeisterdienste, Pflege der Außenanlagen etc. Vgl. NHS (2009).

<sup>959</sup> Vgl. BMVBW (2003e), S. 11.

Nur bei ausreichender Wettbewerbsintensität können sich die Marktkräfte entfalten, die eine hohe Wirtschaftlichkeit des PPP-Projektes erst ermöglichen.<sup>960</sup>

### 5.2.7.1 Vorgehen bei einer Markterkundung

Zur Abschätzung des Marktinteresses können zunächst die Eckpunkte des Projektes mit bekannten Anforderungen des Marktes abgeglichen werden. Soll das Bieterinteresse einer genaueren Untersuchung unterzogen werden, kann ein **Markterkundungsverfahren** durchgeführt werden.<sup>961</sup> Dessen Ziel ist es, durch frühzeitige Informationen über die Leistungsfähigkeit und -willigkeit des Marktes in Bezug auf ein konkretes Vorhaben das Risiko ausbleibenden Wettbewerbs, z.B. auf der Basis unrealistischer Leistungsanforderungen, zu minimieren.<sup>962</sup>

Bei einem informellen Markterkundungsverfahren werden die wesentlichen Parameter eines Projektes potenziellen Interessenten bekannt gegeben.<sup>963</sup> Auf der Grundlage einer Projektbeschreibung und der Zusammenfassung bislang bekannter wesentlicher Rahmenbedingungen (**Informationsmemorandum**) werden Unternehmen befragt, ob und zu welchen Bedingungen sie sich an dem PPP-Projekt beteiligen würden.<sup>964</sup> Darüber hinaus wird ihnen die Möglichkeit eingeräumt, Vorschläge zu unterbreiten, durch deren Umsetzung sich die Attraktivität des Projektes für sie erhöhen ließe. Für die Unternehmen handelt es sich dabei um eine unverbindliche Stellungnahme, die keine Zusage zur Abgabe eines Angebotes darstellt.<sup>965</sup>

Die Untersuchungen der Marktattraktivität eines PPP-Projektes sollte im Rahmen des PPP-Eignungstests und nicht erst später durchgeführt werden. Denn nur dann können daraus gewonnene Erkenntnisse rechtzeitig eingearbeitet werden.<sup>966</sup>

### 5.2.7.2 Markterkundung am Beispiel des Fallstudienprojektes am AKH Viersen

Aufgrund der umfangreichen Informationen zur Vorgehensweise am AKH Viersen wird auf dieses PPP-Projekt stellvertretend für die Fallstudienprojekte genauer eingegangen.

In Vorbereitung des geplanten PPP-Projektes zum Teilneubau und -betrieb des AKH Viersen bestand Unsicherheit darüber, ob das verhältnismäßig kleine Projekt vom Markt angenommen werden würde.<sup>967</sup> Daher entschieden sich die Verantwortlichen zur Beauftragung einer

<sup>960</sup> Die Wettbewerbsintensität ist neben den Projektspezifikationen auch von den Marktstrukturen bzw. den Wettbewerbsbedingungen abhängig. Vgl. BMVBW (2003e), S. 11.

<sup>961</sup> Alternativ zum Markterkundungsverfahren ist auch der Einsatz des stärker formalisierten Interessenbekundungsverfahrens (IBK) möglich. Bei diesem besteht allerdings der Nachteil, dass sehr hohe Anforderungen an die potenziellen Bieter gestellt werden, die bereits weitgehend ausgearbeitete Angebote vorzulegen haben. Vgl. Alfen/ Fischer (2006), S. 27 und Alfen et al (2009), S. 51.

<sup>962</sup> Vgl. Alfen/ Fischer (2006), S. 27.

<sup>963</sup> Bei der Auswahl der Adressaten ist darauf zu achten, dass aus jedem Leistungsbereich (Planung, Bau, Betrieb, Finanzierung, gegebenenfalls Medizintechnik-Spezialist) eine ausreichende Zahl an Unternehmen einbezogen wird.

<sup>964</sup> Vgl. Reppenhagen/ Ditfurth (2005), S. 30.

<sup>965</sup> Die strikte Trennung der Markterkundung vom Vergabeverfahren ist von besonderer Bedeutung. Die Markterkundung darf insbesondere nicht zum Preisvergleich dienen und die teilnehmenden Unternehmen dürfen nicht wettbewerbswidrig bevorteilt werden. Vgl. Alfen et al (2009), S. 51.

<sup>966</sup> Vgl. Reppenhagen/ Ditfurth (2005), S. 17.

<sup>967</sup> Vgl. zu den Projektspezifikationen Abschnitt 4.2.7.

Markterkundung, an deren Auswertung der Autor dieser Arbeit mitwirkte. In einer schriftlichen Umfrage wurden 22 ausgewählte Unternehmen sowie 2 Verbände angesprochen. Sie wurden gebeten, zu Fragen Stellung zu nehmen, die ihr Interesse an dem vorgestellten Projekt und ihre Meinung zu den Realisierungschancen des Vorhabens betrafen. Der für das Projekt verwendete **Fragebogen** ist im Anhang 7 enthalten.<sup>968</sup>

Mit 16 Antworten wurde eine Rücklaufquote von über 70 % erreicht. Davon bekundete eine große Mehrheit ihr allgemeines Interesse an dem Projekt und gab an, sich eine Beteiligung als private Partner vorstellen zu können. Je nach Kerngeschäft waren die Firmen grundsätzlich bereit, Bau- bzw. Betriebsleistungen oder die Bereitstellung der Medizintechnik in eine langfristige öffentlich private Partnerschaft einzubringen. Nur zwei Unternehmen gaben an, kein Interesse an dem Projekt zu haben.

Neben der Abfrage des grundsätzlichen Interesses an dem Projekt wurden auch Fragen zu Projektdetails gestellt, die vom Großteil der teilnehmenden Firmen beantwortet wurden. Es wurde u.a. hinterfragt, welche Unterlagen aus Sicht der Unternehmen im Rahmen der Ausschreibung für eine Projekteinschätzung erforderlich bzw. als zusätzliche Informationen hierfür als hilfreich anzusehen wären. Auch eine Einschätzung zur geplanten Vertragslaufzeit war abzugeben. Darüber hinaus wurden verschiedene Leistungsumfänge des potenziellen Projektes vorgestellt, welche die Vertreter der Unternehmen hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit und Eignung bewerteten. Insgesamt gaben die Einschätzungen der Unternehmen wertvolle Hinweise für die weitere Projektvorbereitung.

Von den befragten Unternehmen wurden keine Projektvorgaben als kritisch eingeschätzt, sodass an der Marktfähigkeit des Projektes gezweifelt hätte werden müssen. Allein bei der Thematik Sicherheiten konnte eine gewisse Skepsis der Teilnehmer festgestellt werden. Die Unternehmen wiesen auf die Notwendigkeit ausreichender Sicherheiten bei Insolvenzfähigkeit des Krankenhausträgers hin.

Die Marktuntersuchung zeigte, dass es sich bei den PPP-Planungen des AKH Viersen um ein Projekt handelte, welches vom Markt sehr positiv aufgenommen werden würde. Für das Vorhaben war mit ausreichend Wettbewerbern zu rechnen, vor allem wenn ein für die Bieter akzeptables Sicherheitenkonzept integriert werden würde. Daraus lässt sich feststellen, dass die Markterkundung ein zweckmäßiges Instrument darstellt, das zur Einschätzung der Marktfähigkeit eines PPP-Krankenhausprojektes dienlich ist. Die spätere Ausschreibung bestätigte die Forderungen der Bieter nach zusätzlichen Sicherheiten für den Insolvenzfall der AKH Viersen gGmbH. Da das AKH Viersen diese nicht bereitstellen wollte bzw. konnte, wurden die PPP-Planungen letztendlich eingestellt.<sup>969</sup>

### 5.2.7.3 Schlussfolgerungen zum Prüfkriterium Marktinteresse

Damit mit PPP gegenüber einer konventionellen Realisierungsvariante von Effizienzvorteilen ausgegangen werden kann, muss ein ausreichendes Marktinteresse für ein Projekt bestehen. Als ausreichend kann das Marktinteresse eingeschätzt werden, wenn davon auszuge-

---

<sup>968</sup> Neben dem Fragebogen enthielt das Anschreiben an die potenziellen Interessenten ausführliche Projektinformationen zum Projekthintergrund, zur Nutzung der zu erstellenden Immobilie, zu den Leistungen, die zur Übertragung an Private vorgesehenen sind, zur Projektdurchführung sowie zum Vergabeverfahren. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer an der Markterkundung aufgelistet.

<sup>969</sup> Weitere Informationen zum PPP-Projekt am AKH Viersen siehe Abschnitt 4.2.7.

hen ist, dass mindestens **drei Wettbewerber** ein Angebot abgeben werden (K.O.-Kriterium). Hierüber können z.B. das Ergebnis einer Marktbefragung oder vorgeschaltete informelle Bietergespräche Aufschluss geben. Um jedoch die Konkurrenzsituation auch bei Rückzug eines Bieters aufrecht erhalten zu können, ist ein Bieterwettbewerb von fünf oder mehr Unternehmen anzustreben.<sup>970</sup>

Um sicherzustellen, dass ein Vorhaben eine möglichst hohe Attraktivität für potenzielle private Partner aufweist, sollten die Eckpunkte des angestrebten Projektes mit ausgewählten erfahrenen Marktteilnehmern besprochen werden. Darüber hinaus können auch die PPP-Task Forces der Länder bzw. die Partnerschaften Deutschland als Institution auf Bundesebene mit ihrer Projekterfahrung wertvolle Hilfestellung leisten. Zur weiteren Unterstützung sollten auch **Erfahrungen** anderer Krankenhäuser mit ähnlichen Projekten einbezogen werden, um daraus Rückschlüsse für den zu erwartenden Wettbewerb des eigenen Projektes zu ziehen.

Führt dies nicht zu der gewünschten Sicherheit bezüglich des zu erwartenden Bieterinteresses, ist eine tiefgreifendere Untersuchung in Form eines **Markterkundungsverfahrens** möglich. Dieser Schritt ist insbesondere dann als sinnvoll zu erachten, wenn ein Projekt neuartige Elemente beinhaltet, mit denen bisher keine Erfahrungen am Markt bestehen. Gerade wenn in einem Sektor, wie dem Krankenhausbereich, bislang keine oder nur wenige Erfahrungen mit PPP vorliegen, ist eine Markterkundung zu empfehlen. Gleiches gilt, wenn es sich um ein Projekt mit Extremen handelt, z.B. im Bezug auf Komplexität, Projektvolumen, Vertragslaufzeit. Eine derartige Marktbefragung ist auch anzuraten, wenn in der jüngeren Vergangenheit ähnliche Projektvorhaben gescheitert sind.

Unter diesen Gesichtspunkten ist davon auszugehen, dass auch bei vielen zukünftigen PPP-Projekten im Krankenhausbereich neben einer intensiven Marktrecherche und informellen Gesprächen auch eine Marktansprache mit einem Markterkundungsverfahren erforderlich sein wird, um das Marktinteresse ausreichend genau einschätzen zu können.<sup>971</sup>

**Der Bedarf von Marktuntersuchungen zur Einschätzung der Attraktivität für potenzielle Bieter sollte bei einer PPP-Projektentwicklung im Krankenhausbereich genau geprüft werden.** Denn die bisherigen Erfahrungen mit PPP-Krankenhausprojekten sind gemischt. Allein von den untersuchten sieben Fallstudienprojekten wurden bereits zwei abgebrochen. Insgesamt wurde erst eine geringe Anzahl an PPPs realisiert, sodass der Erfahrungsstand sowohl auf Seiten der öffentlichen Krankenhäuser als auch auf Seiten der privaten Bau- und Betreiberunternehmen z.B. im Vergleich zum Schul- und Verwaltungsbauten noch als gering einzuschätzen ist. Von einer Etablierung der Beschaffungsvariante PPP im Krankenhausbereich kann noch nicht gesprochen werden.<sup>972</sup>

Die Marktteilnehmer müssen sich erst noch auf die Besonderheiten von PPP-Projekten im Krankenhausbereich einstellen. Zum Beispiel kann es erforderlich sein, einen Branchenspezialist, z.B. einen Medizintechnikanbieter, in das Bieterkonsortium zu integrieren. Zum einen bestehen hiermit kaum Erfahrungen aus anderen Hochbaubereichen, in denen der Gebäu-

<sup>970</sup> Eine Zusammenfassung der zu prüfenden Sachverhalte für die Beurteilung des Prüfkriteriums und Vorschläge zur Erfüllung der Anforderungen sind der Checkliste im Anhang 9 zu entnehmen.

<sup>971</sup> Im Vergleich dazu kann in anderen Sektoren (z.B. Bildung, Verwaltung) oft von einem ausreichenden Marktinteresse ausgegangen werden und auf eine Markterkundung verzichtet werden. Vgl. dazu die Evaluierungsergebnisse in Daube (2005), S. 16 ff.

<sup>972</sup> Vgl. die Übersicht zu bisher initiierten PPP-Projekten im Krankenhausbereich in Abschnitt 4.3.

detechnik nicht die hohe Bedeutung zukommt wie in Krankenhäusern. Hinzu kommt, dass nur eine begrenzte Anzahl von Medizintechnikern am Markt agiert, sodass diesbezüglich von einem **limitierten Anbietermarkt** gesprochen werden kann.<sup>973</sup>

Begrenzt ist die Anzahl an potenziellen privaten Partnern auch bei Projekten, die eine hohe Komplexität und/oder ein hohes Projektvolumen aufweisen.<sup>974</sup> Für sehr große Projekte im dreistelligen Millionenbereich werden die meisten Bau- und Betreiberunternehmen von den Kreditinstituten keine Finanzierung erhalten. Es ist daher davon auszugehen, dass der Wettbewerb um Großprojekte von vornherein auf einige wenige Anbieter begrenzt ist, selbst bei einer europäischen Ausschreibung.

Kommen die Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass das Marktinteresse an einem Projekt sehr gering ausgeprägt ist und nicht von einer ausreichenden Anzahl an Bietern auszugehen ist, stellt sich die Frage nach **Maßnahmen**, um die Attraktivität des Projektes für potenzielle Bieter zu erhöhen. Je nach dem Grund des geringen Interesses oder der Ursache der erkannten Hemmnisse können verschiedene Anpassungen erfolgen. Wird das Projektvolumen als zu gering angesehen, kann z.B. durch die Bündelung mehrerer Projekt reagiert werden.<sup>975</sup> Bestehen Bedenken hinsichtlich der langfristigen Zahlungsfähigkeit eines Krankenhausträgers, sind zusätzliche Sicherheiten in Betracht zu ziehen.<sup>976</sup> Sind die als erforderlich erachteten Anpassungen allerdings nicht realisierbar, ist in letzter Konsequenz der Abbruch der PPP-Planungen vorzunehmen.

Der Nutzen einer Markterkundung lässt sich damit zusammenfassen, dass die Schwächen eines Projekts aufgedeckt werden. Zugleich dient eine Markterkundung auch als Instrument zur **Justierung der Projektplanungen**, da die Anmerkungen der Marktteilnehmer zur Überarbeitung der Projektausschreibung genutzt werden können. Dennoch ist zu beachten, dass sich auch mit einem Markterkundungsverfahren nicht mit absoluter Sicherheit feststellen lässt, ob sich eine ausreichende Anzahl an Bietern um das Projekt bewirbt.

In den vorangegangenen Abschnitten dieses Kapitels wurden die Erfahrungen in den Fallstudien ausgewertet, die mit der Umsetzbarkeit und Effizienzwirkung der ersten initiierten PPP-Projekte im Krankenhausbereich gemacht wurden. Es wurde untersucht, wie die Einhaltung dieser Voraussetzungen für ein erfolgreiches PPP geprüft werden kann. Im Ergebnis wurden Anhaltspunkte identifiziert, anhand derer eine Einschätzung vorgenommen werden kann. Auch Vorschläge, wie die Voraussetzungen erfüllt werden können, wurden aufgezeigt. **Zusammenfassend** werden die Ergebnisse der Abschnitte 5.1 und 5.2 in den Anhängen 7 und 8 dargestellt, denen eine zentrale Rolle in dem entwickelten PPP-Eignungstest zukommt, der anschließend vorgestellt wird.

---

<sup>973</sup> Vgl. Daube et al. (2005), S. 1088.

<sup>974</sup> Die erhöhte Komplexität eines Projektes führt zu erhöhten Anforderungen an das Verhandlungsverfahren und steigert die Projektrisiken. Sehr komplexe Projekte treffen zudem oft auf einen spezialisierten und damit limitierten Markt. Vgl. dazu Reppenhausen/ Dittfurth (2005), S. 18.

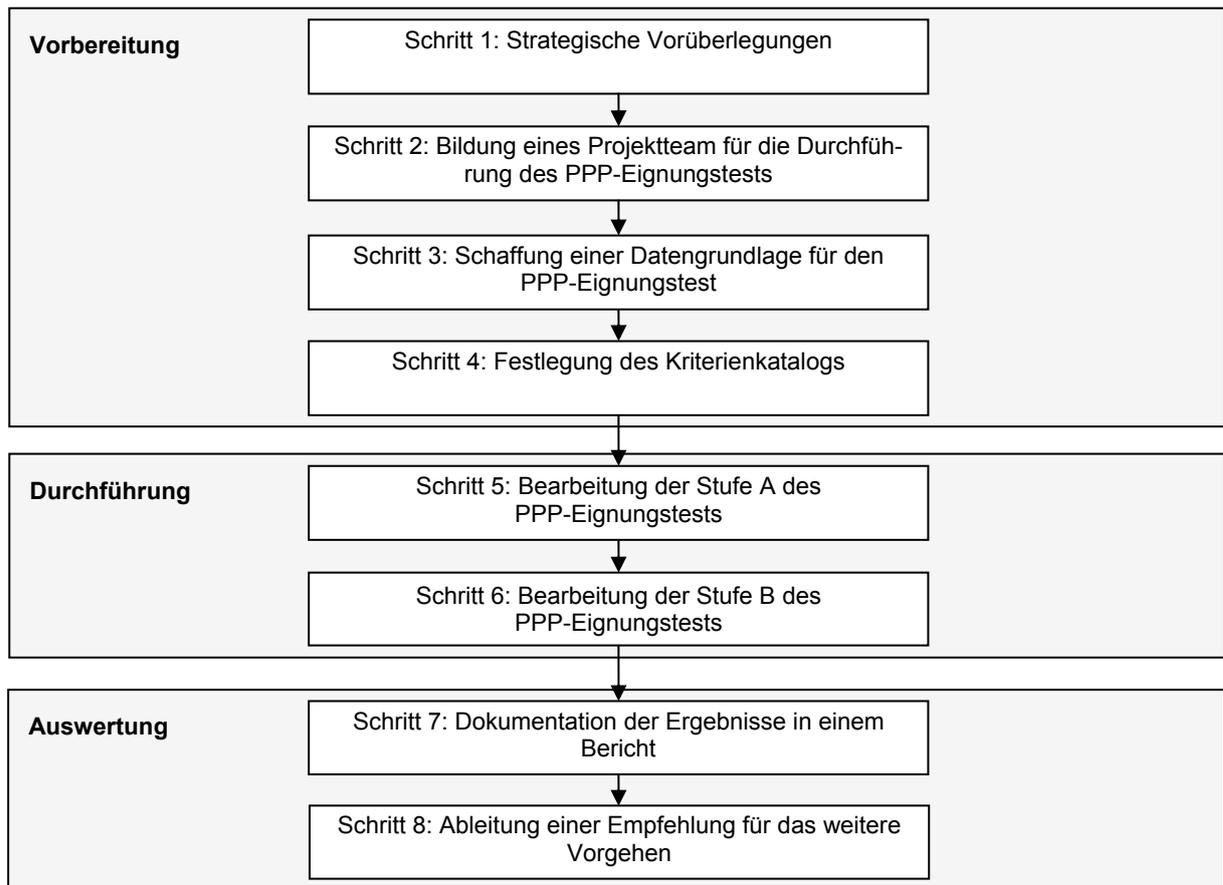
<sup>975</sup> Es ist z.B. vorstellbar, dass ein weiteres eigentlich später geplantes Projekt vorgezogen wird.

<sup>976</sup> Vgl. zu möglichen Sicherheiten den Abschnitt 5.1.6.

### 5.3 Ablauf des PPP-Eignungstests

Mit dem nachstehenden Prüfschema sollen insbesondere Entscheidungsträger in Krankenhäusern, die PPP als Realisierungsvariante in Erwägung ziehen, in die Lage versetzt werden, eine frühzeitige indikative Einschätzung zur Machbarkeit vornehmen zu können.

Der Ablauf eines PPP-Eignungstests kann in drei Phasen untergliedert werden. In Abbildung 54 werden die darin zusammengefassten Schritte aufgezeigt und in den nachfolgenden Abschnitten näher erläutert.<sup>977</sup>



**Abbildung 54: Ablauf des PPP-Eignungstests.**

Quelle: Eigene Darstellung.

#### 5.3.1 Vorbereitung

Um einen PPP-Eignungstest durchführen zu können, ist eine gründliche Vorbereitung erforderlich. Diese kann in vier Schritte untergliedert werden, die ineinander greifen und teilweise auch parallel ablaufen können.<sup>978</sup>

<sup>977</sup> Vgl. einen Vorschlag zum Ablauf eines PPP-Eignungstests bei Schulen in BMVBS (2006b), S. 18.

<sup>978</sup> Bolz et al. (2006), S. 48.

#### 5.3.1.1 Strategische Vorüberlegungen

Bevor ein PPP-Eignungstest erstellt werden kann, sollte das Vorhaben in seinen Grundzügen feststehen, die Bedarfsfeststellung<sup>979</sup> erfolgt und die Untersuchung der Maßnahmenwirtschaftlichkeit abgeschlossen sein.

Auf der Basis der grundsätzlichen Entscheidung zur Durchführung einer Krankenhausbaumaßnahme als PPP<sup>980</sup> sollten auch konkrete **Ziele** festgelegt worden sein, die mit der Umsetzung als PPP angestrebt werden. Beispielhaft hierfür sind die in den Fallstudienprojekten mit PPP als Beschaffungsvariante verfolgten Ziele.<sup>981</sup> Besondere Bedeutung wurde darin u.a. dem Finanzierungsaspekt von PPP,<sup>982</sup> der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit<sup>983</sup> und der Bauzeitverkürzung<sup>984</sup> beigemessen.<sup>985</sup> Daneben stellte gerade in den PPP-Projekten, bei denen Hochtechnologie integriert wurde, der Technologie- und Wissenstransfer von dem privaten Partner ein wichtiges Ziel dar.<sup>986</sup> Die Zielvorgaben dienen als Eckpunkte der weiteren Projektplanung und sind auch im PPP-Eignungstest zu berücksichtigen.<sup>987</sup>

---

<sup>979</sup> Der Beschaffungsbedarf ist mit den zuständigen Ministerien abzustimmen. Im Rahmen eines iterativen Prozesses ist für das PPP-Vorhaben eine geeignete Planung des Raum- und Funktionsbedarfs zu erstellen. In dieser Phase ist noch keine Detailplanung erforderlich. In der späteren vorläufigen Wirtschaftlichkeitsuntersuchung ist die vorläufige Bedarfsprüfung zu aktualisieren und zu konkretisieren.

<sup>980</sup> Die Initiierung eines PPP-Projektes erfolgt i.d.R. durch die Vertreter des Krankenhausträgers. Diese haben zu entscheiden, dass und wie ein geplanter Krankenhausbau als PPP konzipiert und durchgeführt werden soll. Vgl. BMVBS (2006b), S.19.

<sup>981</sup> Vgl. hierzu auch das Beispiel strategischer Projektziele einer Kommune für ein PPP-Schulprojekt in BMVBS (2006b), S. 27 ff.

<sup>982</sup> Aus der Auswertung der Fallstudienanalyse geht hervor, dass der Finanzierungseffekt von PPP, verbunden mit einem privaten Kapitaleinsatz, einen wichtigsten Grund dafür darstellte, PPP einzusetzen. Die besondere Bedeutung des Finanzierungsaspekts ist insbesondere mit der finanziellen Notlagen vieler öffentlicher Krankenhäuser zu begründen. So wurde im AKH Viersen keine Möglichkeit gesehen, in den nächsten Jahren Fördermittel zur Investitionsförderung zu erhalten, u.a. da gerade eine größere Baumaßnahme gefördert wurde. PPP wurde als Möglichkeiten angesehen, zusätzliche Projekte zu realisieren, auch ohne dass das Land sich mit Investitionsfördermitteln beteiligt.

<sup>983</sup> Ebenso wie der Finanzierungseffekt von PPP stellte die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit in allen Fallstudienprojekten ein elementares Ziel des Einsatzes von PPP dar.

<sup>984</sup> In der Umfrage zu den Fallstudien wurde auch das Streben nach einer Bauzeitverkürzung als elementares Ziel der Umsetzung als PPP angegeben. In den Interviews kam zum Ausdruck, dass alle Projektverantwortlichen eine möglichst schnelle Umsetzung ihrer jeweiligen Vorhaben anstrebten. Die erwarteten Vorteile und Verbesserungen sollten möglichst frühzeitig genutzt werden können. Daneben wurde auch die Vermeidung der meist langen Bewilligungsfristen bei Beantragung von Investitionsfördermitteln angestrebt. So hatte beim Neubau des U/B West am Kölner Universitätsklinikum die zeitnahe Errichtung oberste Priorität. Denn die Fertigstellung dieses Vorhabens ist Voraussetzung für die Realisierung eines weiteren Projektes, des Neubaus/der Sanierung des Bettenhauses. Für dieses Projekt wurden bereits Fördermittel des Landes NRW genehmigt, die möglichst schnell abgerufen werden sollen. Erst mit Fertigstellung des U/B West werden Flächen in dem (alten) Bettenhaus frei. Diese wurden bisher provisorisch für Untersuchung, Behandlung (U/B) und als OP-Bereich genutzt. Nach dem Abriss soll auf dieser Fläche der Neubau des Bettenhauses errichtet werden. Das Projekt hätte auch durch die eigene Bauabteilung des UK Köln umgesetzt werden können. Mit dem Ziel einer möglichst schnellen Realisierung wurde aber die Umsetzung als PPP favorisiert.

<sup>985</sup> Die drei Ziele: Einsatz privaten Kapitals, Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und Beschleunigte Projektrealisierung stellen sektorübergreifend wichtige Gründe für die Realisierung von PPP dar. Vgl. hierzu die sektorübergreifenden Umfrageergebnisse in DIFU (2005), S. 22.

<sup>986</sup> Bei dem Protonentherapiezentrum am UK Essen war von vornherein klar, dass zur Realisierung des Vorhabens die Kooperation mit einem technischen Spezialanbieter erforderlich war. Erstellung und Betrieb der geplanten Protonentherapieanlage beinhaltete aufgrund der Komplexität und Neuartigkeit der Technologie hohe technische Risiken, die das UK Essen nicht selbst tragen konnte und wollte. Insofern wurde die Kooperation mit einem privaten Spezialisten als originäres Ziel von vornherein angestrebt.

<sup>987</sup> Wird z.B. ein bestimmtes PPP-Vertragsmodell favorisiert, ist die Umsetzbarkeit dieser Vorgabe im Rahmen des PPP-Eignungstests zu prüfen. Für das gewählte Beispiel wären insbesondere die Eigentumsverhältnisse am beplanten Grundstück und die dafür bestehenden Möglichkeit der Eigentumsübertragung zu untersuchen.

Um die Umsetzbarkeit von PPP als Beschaffungsvariante beurteilen zu können, ist es zudem erforderlich, dass die mit der Durchführung der PPP-Eignungstests betrauten Mitarbeiter des Krankenhauses über einen angemessenen Kenntnisstand bezüglich der Beschaffungsvariante und ihrer Besonderheiten verfügen. Nur so können sie die notwendigen Schritte einleiten. Ein Grundverständnis von PPP hilft dabei, die PPP-gerechte Ausgestaltung eines Projektes vornehmen zu können. Es ist auch nötig, um die Interessen und Argumentationen der privaten Bieter in den späteren Verhandlungen nachvollziehen und einordnen zu können. Um die **Vorbildung des eigenen Personals** in Sachen PPP zu verbessern, stehen grundsätzlich verschiedene Informationsquellen und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung, z.B.:<sup>988</sup>

- Selbstständige Literaturrecherche,
- Interne Schulung der eigenen Mitarbeiter
- Teilnahme an PPP-Veranstaltungen und Workshops,
- Kontaktaufnahme zu Krankenhausträgern, die bereits über Erfahrungen mit der Umsetzung eines PPP-Projektes haben,
- Kontaktaufnahme zu PPP-Kompetenzzentren, Beratern oder auch Kompetenzträgern aus der Wissenschaft.

### 5.3.1.2 Bildung eines Projektteams

Vom Krankenhausträger ist festzulegen, **wer** den PPP-Eignungstest durchführen soll. Hier ist zu entscheiden, ob die Untersuchung vollständig durch eigenes Personal abgedeckt werden kann oder ob externe Unterstützung einzuschalten ist. Die PPP-Kompetenzzentren der Länder als auch die Partnerschaften Deutschland bieten kostenlos eine Frühphasenberatung an. Oftmals wird darüber hinaus eine professionelle Unterstützung durch ein Beraterteam nötig.

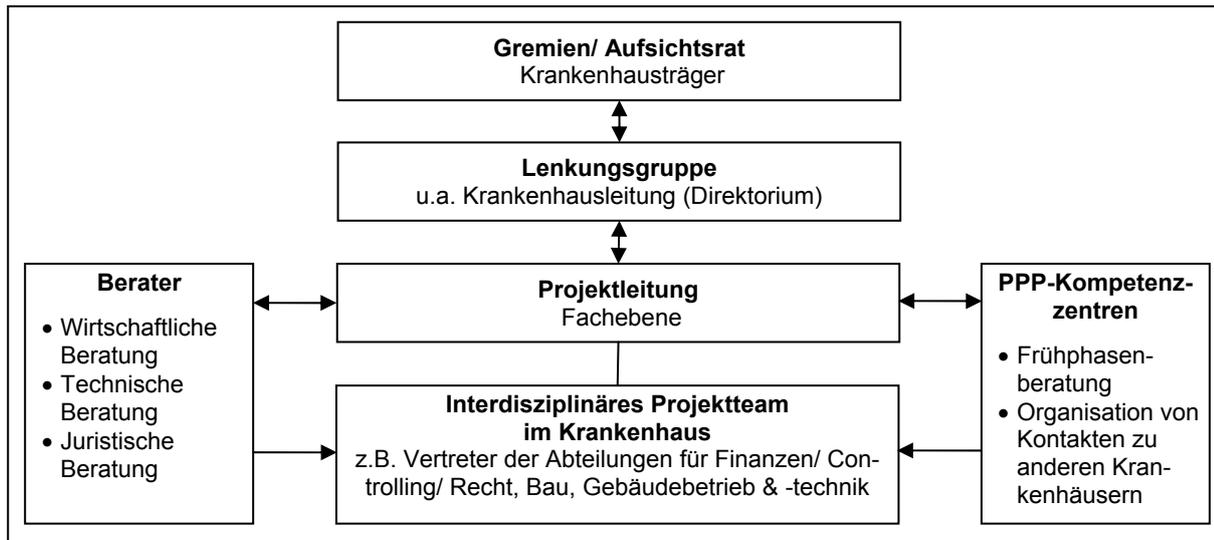
Die **Projektorganisation** zur Vorbereitung des PPP-Vorhabens sollte vor Erstellung eines PPP-Eignungstests bereits bestehen, um die Arbeiten koordiniert angehen zu können. Bei der Zusammenstellung des Projektteams ist darauf zu achten, dass dieses entsprechend den in das PPP-Projekt zu integrierenden Leistungen interdisziplinär aufgebaut ist. In Abbildung 55 ist hierfür ein Vorschlag dargestellt.

---

<sup>988</sup> Vgl. BMVBS (2006b), S. 20.

## 5. Entwicklung eines PPP-Eignungstests für Immobilienprojekte öffentlicher Krankenhäuser

### Ablauf des PPP-Eignungstests



**Abbildung 55: Projektorganisation für ein PPP-Projekt eines öffentlichen Krankenhauses.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Durch die Projektorganisation sind klare Verantwortlichkeiten festzulegen. In der vorgeschlagenen Struktur agiert die Lenkungsgruppe als strategischer Richtungsgeber und oberste Entscheidungsinstanz auf Projektebene. Sie trägt die Gesamtverantwortung für das Projekt<sup>989</sup> und vertritt Entscheidungen gegenüber dem Gremium des Krankenhausträgers.<sup>990</sup> Die Lenkungsgruppe für ein vorzubereitendes PPP-Projekt wird vorzugsweise durch Vertreter der Krankenhausleitung gebildet.<sup>991</sup> Um u.a. einen reibungslosen Informationsfluss zu gewährleisten, ist zu empfehlen, dass zudem auch ein Vertreter des Krankenhausträgers und ggf. auch ein Landesvertreter<sup>992</sup> der Lenkungsgruppe angehören.

Die Projektleitung ist verantwortlich für die Steuerung und Koordination des Projektes und wird bei der Projektarbeit durch das Projektteam unterstützt, das sich aus fachlich verantwortlichen Mitarbeitern eines Krankenhauses zusammensetzt.<sup>993</sup> Eine der wichtigsten Aufgaben der Projektleitung ist die Kommunikation des Vorhabens nach innen und außen. Die Fallstudienanalyse hat gezeigt, dass diesem Aspekt bei PPP-Projekten im Krankenhausbereich eine hohe Bedeutung zukommt, um Missverständnisse bei den eigenen Mitarbeitern wie auch der Öffentlichkeit zu vermeiden. Aufgrund dessen ist zu empfehlen, die Projektlei-

<sup>989</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 25 ff.

<sup>990</sup> Der klassische Krankenhausträger ist in drei Kompetenzebenen unterteilt. Das oberste Leistungsorgan ist der Stadtrat, der Kreistag, die Stadtverordnetenversammlung und/ oder der Gemeinderat. Diese sind für die Aufgaben zuständig, die laut Gemeindeordnung nicht übertragen werden kann (z.B. die Feststellung des Wirtschaftsplans und des Jahresabschlusses). Auf der zweiten Ebene agiert der Krankenhausausschuss, der den Gemeinderat zu entscheidenden Angelegenheiten berät. Es ist auch eine Aufgliederung in Verwaltungs-, Personal-, und Bauausschüsse möglich. Die unterste Ebene des Krankenhausträgers nehmen Oberbürgermeister, Oberstadtdirektoren oder Landräte wahr. Sie sind insbesondere als oberster Dienstherr für das im Krankenhaus beschäftigte Personal zuständig und hat die Aufgabenerfüllung des Krankenhauses zu sichern. Vgl. Ennemann (2003), S. 93 ff. und Funke (2005), S. 46.

<sup>991</sup> Die klassische Organisationsstruktur der Krankenhausleitung sieht eine Dreiteilung vor. Das Krankenhausdirektorium setzt sich demnach aus der ärztlichen Leitung, der Pflegedienstleitung und der Verwaltungsleitung zusammen. Die Aufgabe des Direktoriums ist die Geschäftsführung eines Krankenhauses. Vgl. Ennemann (2003), S. 93 ff. und Funke (2005), S. 46.

<sup>992</sup> Die Einbindung des Landes bietet sich insbesondere dann an, wenn für das PPP-Projekt ein Fördermittelverfahren zur Investitionskostenförderung initiiert wurde.

<sup>993</sup> Vgl. Andree/ Wenz (2009), S. 9 ff.

tung mit einem Vertreter der obersten Führungsebene eines Krankenhauses zu besetzen, z.B. dem kaufmännischen bzw. Verwaltungsdirektor.

Die Projektleitung wird i.d.R. zusammen mit dem Projektteam die Erstellung des PPP-Eignungstests übernehmen und mögliche Zuarbeiten von Beratern, PPP-Kompetenzzentren oder auch weiteren einzubeziehenden Abteilungen des Krankenhauses oder des Trägers (z.B. Hochbauamt) aufzunehmen und zu integrieren. Es ist darauf zu achten, dass ausreichend **personelle Kapazitäten** für die notwendigen Untersuchungen eingeplant werden und die mit dem Eignungstest betrauten Personen über den notwendigen **Sachverstand** verfügen.<sup>994</sup>

Neben der Abstimmung der Zuständigkeiten sind für ein funktionierendes Projektmanagement weitere Festlegungen zu treffen. Es sind die Informationsflüsse zwischen den Verantwortlichen zu definieren und auf diese Weise ein Berichtswesen zu installieren. Es sind Aufgabenlisten zu entwickeln und Verantwortliche für deren Ausführung zu benennen. Alle geplanten Maßnahmen sind in einem Projekt- bzw. Zeitplan zu erfassen und zu koordinieren.<sup>995</sup>

### 5.3.1.3 Zusammenstellung der Datengrundlage

Um einen PPP-Eignungstest durchführen zu können, müssen die Eckpunkte des geplanten Projektes feststehen. Auch die Untersuchung der Maßnahmenwirtschaftlichkeit sollte abgeschlossen sein.

Die Zusammenstellung von Projektinformationen und den bestehenden Rahmenbedingungen bildet eine wichtige Grundlage für die Durchführung des PPP-Eignungstests und für die weitere Vorbereitung der Projektumsetzung insgesamt. Sollen externe Experten hinzugezogen werden, sind diese ebenfalls auf strukturierte Projektinformationen zum Vorhaben angewiesen.

Es sollten bereits möglichst konkrete Projektdaten zur Verfügung stehen. Je besser aufbereitet die Datenbasis ist, desto belastbarer und zügiger können die Einschätzungen vorgenommen werden. Bei der Zusammenstellung der Projektgrundlagen kann die nachstehende beispielhafte Übersicht als Orientierungshilfe dienen. Die Liste kann als Ausgangspunkt für projektspezifische Ergänzungen bzw. Kürzungen Verwendung finden.

#### Projektrahmendaten

- Geplanter Umfang an Investitionen inkl. benötigte Anschaffungen von Medizintechnik
- Geplante Vertragslaufzeit
- Geplanter Leistungsumfang, den Private übernehmen sollen
- Planungen zur Übertragung von Risiken
- Finanzierungskonzept inkl. Möglichkeiten zur Stellung von Sicherheiten durch den Krankenhausträger

<sup>994</sup> Vgl. BMVBW (2003a), S. 25.

<sup>995</sup> Vgl. BMVBS (2006b), S. 31.

## 5. Entwicklung eines PPP-Eignungstests für Immobilienprojekte öffentlicher Krankenhäuser

### Ablauf des PPP-Eignungstests

---

- Möglichkeiten zur Einbindung von Fördermitteln, insbes. Investitionskostenförderung durch die Länder
- Vorgesehenes PPP-Vertragsmodell
- Vorgaben eines Masterplan des Klinikums sowie eines vergleichbaren Konzeptes zur Zukunftsplanung soweit ein solches vorhanden ist, inklusive.<sup>996</sup>
  - Medizinisches Konzept mit strategischer Leistungsplanung
  - Betriebs- und Personalkonzept mit einem Überblick zu outgesoursten Dienstleistungen, bestehenden Servicegesellschaften, ausgegründeten eigenen Tochtergesellschaften, Haustarifvertrag, Stellenplan
  - Investitions- und Instandhaltungskonzept mit Überblick zu bestehendem Investitionsstau, erforderlichen Ersatzneubauten bzw. Erweiterungen aufgrund von Änderungen des medizinischen Konzeptes, Art der Investitionsplanung (z.B. Budgetierung, inhaltliche Festlegungen), zeitlicher Staffelung geplanter Investitionsvorhaben
  - Finanzkonzept auf der Basis der Jahresabschlüsse der letzten Jahre, Kosten- Erlösberechnungen unter Berücksichtigung der Auswirkungen der obigen Konzepte

### Angaben zum Grundstück

- Städteplanerische Vorgaben
- Eigentümerverhältnisse
- Planungsvorgaben des Projektträgers sowie des Landes bzw. der Kommune
- Angaben zu Altlasten/ Kontaminierung des Baugrundes, ggf. Boden-Gutachten
- Lageplan, Planungsrahmendaten, Baurecht
- Angaben zur vorhandenen und geplanten öff. Erschließung (Ver- und Entsorgung, Straßen, Wege, Parkflächen) sowie wichtige Wegebeziehungen auf dem Grundstück
- Angaben und Pläne zum Gebäudebestand, u.a.
  - Gebäudebezeichnung, Funktion innerhalb des Klinikums, Baujahr, Gebäudetyp, Grundrisse, BGF, NGF
  - Baulicher Zustand, vorhandene Gutachten über Bauschäden oder Baumängel, Investitionen der letzten Jahre
  - Bestehende Auflagen z.B. Denkmalschutz, Brandschutz, Hygiene, Unfallschutz
- Für das zu bebauende Grundstück bzw. das Bestandsgebäude relevante bestehende Vertragsverhältnisse z.B. bezüglich Energielieferung, Bewirtschaftung, Wartung, Vermietung

---

<sup>996</sup> Vgl. weiterführend Bönsch (2009), S. 33 ff.

### Angaben zur Nutzung

- Nutzeranforderungen an die räumlichen Verhältnisse, Raum- und Funktionsplan, soweit bereits erstellt
- Konzept für Betriebsprozesse und Arbeitsabläufe (Schnittstellen)
- Betriebliche Rahmenbedingungen zur Nutzung des Gebäudes (z.B. Öffnungszeiten)
- Planungen zur Übergabe vorhandener Geräte an den privaten Partner und zur Anschaffung neuer Geräte und Technik
- Planungen zum Personal, das durch den privaten Partner übernommen werden soll
- Regelungen zu zukünftigen Investitionen (Ergänzung, Modernisierung, Erneuerung)

#### 5.3.1.4 Festlegung des Kriterienkatalogs

Als weiterer wichtiger Schritt zur Vorbereitung eines PPP-Eignungstests sind die zu prüfenden Kriterien festzulegen. Diese Festlegung sollte gemeinsam von der Projektleitung und dem Krankenhausträger getroffen werden und etwaige projektspezifische Besonderheiten berücksichtigen.

In den Abschnitten 5.1 und 5.2 wurden Prüfkriterien hergeleitet, die als Basis einer projektspezifischen Kriterienliste dienen können. Tabelle 22 und Tabelle 23 zeigen die Prüfkriterien im Überblick.

<b>Stufe A:</b> Prüfung der <b>Realisierbarkeit</b> eines PPP-Projektes im Krankenhausbereich:		
<b>Prüfkriterium</b>	<b>Empfehlung zur Bedeutung</b> (K.O.-Kriterium ja/nein)	<b>Weitere Informationen</b> (Kapitel)
A-1. Rechtliche Zulässigkeit	ja	5.1.1
A-2. Vereinbarkeit mit den Bedingungen der Investitionskostenförderung	ja*	5.1.2
A-3. Politische Unterstützung	ja	5.1.3
A-4. Vereinbarkeit mit strategischer Ausrichtung des Klinikums	ja	5.1.4
A-5. Bestandssicherheit des Krankenhauses	nein	5.1.5
A-6. Rechtsformadäquates Sicherheitskonzept	ja	5.1.6
A-7. Abgrenzbarkeit des PPP-Projektes	ja	5.1.7
A-8. Vereinbarkeit des PPP-Vertragsmodells mit bestehender Grundstückseigentümerschaft	ja	5.1.8
A-9. Vereinbarkeit mit bestehenden Vertragsbeziehungen	ja	5.1.9

\* Unter der Voraussetzung, dass die Finanzierung eines Projektes mit Fördermitteln der Investitionskostenfinanzierung vorgesehen ist.

**Tabelle 22: Prüfkriterien der Stufe A des PPP-Eignungstests im Überblick.**

Quelle: Eigene Darstellung.

## 5. Entwicklung eines PPP-Eignungstests für Immobilienprojekte öffentlicher Krankenhäuser

### Ablauf des PPP-Eignungstests

<b>Stufe B:</b> Prüfung des zu erwartenden <b>Effizienzpotenzials</b> eines PPP-Projektes im Krankenhausbereich:		
<b>Prüfkriterium</b>	<b>Empfehlung zur Bedeutung</b> (K.O.-Kriterium ja/nein)	<b>Weitere Informationen</b> (Kapitel)
B-1. Höhe des Projektvolumens	nein	5.2.1
B-2. Dauer der Vertragslaufzeit	nein	5.2.2
B-3. Umfang der Leistungsübertragung	ja	5.2.3
B-4. Sachgerechte Risikoverteilung	ja	5.2.4
B-5. Einsatz outputorientierter Leistungsbeschreibung	ja	5.2.5
B-6. Einsatz leistungsorientierter Vergütung	ja	5.2.6
B-7. Sicherstellung des Marktinteresses	ja	5.2.7

**Tabelle 23: Prüfkriterien der Stufe B des PPP-Eignungstests im Überblick.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Bei der Festlegung der projektspezifischen Prüfkriterien sind Unterschiede in Abhängigkeit der Trägerschaft zu beachten. So kann bei Universitätsklinika im Gegensatz zu kommunalen Krankenhäusern i.d.R. auf die Untersuchung der Bestandssicherheit verzichtet werden, da aufgrund der überregionalen Bedeutung von einer langfristigen Notwendigkeit auszugehen ist. Wird eines der vorgeschlagenen Kriterien für ein zu prüfendes Projekt als nicht relevant eingeschätzt und nicht in die Prüfung einbezogen, sollte diese Entscheidung zur Wahrung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit begründet werden.

Neben der Festlegung der Prüfkriterien an sich ist auch die **Bedeutung** dieser zu bestimmen. Das heißt, es sind die Folgen einer Nichterfüllung zu spezifizieren. Die hierzu im Vorfeld entwickelten Einschätzungen zur Bedeutung der Prüfkriterien sind ebenfalls in den nachstehenden beiden Tabellenübersichten vermerkt. In der jeweils zweiten Spalte wird angegeben, ob eine Behandlung als K.O.- oder Kann-Kriterien empfohlen wird.<sup>997</sup>

Darüber hinaus wäre eine **Gewichtung** der Prüfkriterien entsprechend ihrer Bedeutung für das Ergebnis des PPP-Eignungstests prinzipiell denkbar. Es wäre aber kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn bezüglich der Eignung des untersuchten Projektes für PPP damit verbunden. Eine Gewichtung wäre insbesondere bei einem Vergleich mehrerer Alternativen sinnvoll.<sup>998</sup> Dieser liegt hier nicht vor, da allein die Umsetzbarkeit der Beschaffungsvariante PPP untersucht wird. Im Ansatz dieser Arbeit wird daher auf eine Gewichtung verzichtet. Mit dem bewusst einfach gehaltenen Bewertungssystem und dessen qualitativem Charakter wird der frühen Phase einer Projektentwicklung Rechnung getragen, in der ein PPP-Eignungstest Anwendung findet.

<sup>997</sup> Darüber hinaus wäre eine Gewichtung der Prüfkriterien entsprechend ihrer Bedeutung für das Ergebnis des PPP-Eignungstests prinzipiell denkbar. Es wäre aber kein Erkenntnisgewinn bezüglich der Eignung des untersuchten Projektes für PPP damit verbunden. Eine Gewichtung wäre insbesondere bei einem Vergleich mehrerer Alternativen sinnvoll, der hier nicht vorliegt. Vgl. weiterführend zur Gewichtung von Kriterien in der Immobilien-Projektentwicklung Pommer (2007).

<sup>998</sup> Vgl. weiterführend zur Gewichtung von Kriterien in der Immobilien-Projektentwicklung Pommer (2007).

Weitere Informationen zu den Prüfkriterien sind in den Abschnitten dieser Arbeit zu finden, auf die in der dritten Spalte der beiden Tabellen verwiesen wird. Dort sind auch die Projekterfahrungen in den Fallstudien und die abgeleiteten Vorschläge und Empfehlungen zur Erfüllung der Anforderung angegeben.

Sind die Prüfkriterien benannt und ihre Bedeutung für den Projekterfolg geklärt, ist zu hinterfragen, ob zu ihrer Einschätzung die benötigten Informationen vorliegen oder ob zusätzliches Material erforderlich ist.<sup>999</sup> Darüber hinaus sollten sich die Entscheidungsträger gemeinsam mit dem Projektteam zum angestrebten **Umfang** der Untersuchungen, der Prüfungen und des Ergebnisberichtes abstimmen. Ziel sollte es hierbei sein, einen Ausgleich zwischen Aufarbeitungsumfang und Detaillierungsgrad zu finden. Die Absprachen können z.B. auch vorsehen einzelne Kriterien tiefergründiger zu untersuchen, z.B. wenn diesen Kriterien im Gegensatz zu anderen ein entscheidender Einfluss auf die Umsetzbarkeit des PPP-Projektes beigemessen wird.

### 5.3.2 Durchführung des PPP-Eignungstests

Sind die vorstehenden Schritte abgeschlossen, kann der PPP-Eignungstest durchgeführt werden. Wie bereits aus den beiden vorstehenden Tabellen deutlich wird, können zwei Stufen der Prüfung unterschieden werden. Zunächst ist zu untersuchen, ob die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Realisierbarkeit des geplanten PPP-Projektes erfüllt sind. In dieser ersten **Stufe A** werden die Rahmenbedingungen des als Projektträger agierenden öffentlichen Krankenhauses analysiert, die weitgehend unabhängig von projektspezifischen Besonderheiten relevant sind.

Können K.O.-Anforderungen nicht erfüllt werden, ist zu entscheiden, ob die bisherigen Planungen so abgeändert werden können, dass die Kompatibilität mit dem PPP-Ansatz nachträglich hergestellt werden kann. Ist das nicht möglich, führt dies zum Abbruch der bisherigen Planung und die Projektentwicklung ist gegebenenfalls als konventionelle Beschaffung fortzuführen.

Bei den Prüfkriterien, die erfüllt sein sollten, es aber nicht müssen, um den PPP-Eignungstest zu bestehen, handelt es sich um Kann-Kriterien. Diese stellen zwar keine Grundbedingung dar, deren möglichst umfangreiche Erfüllung trägt aber unmittelbar zur Verbesserung der Erfolgchancen des geplanten PPP-Projektes bei.

Die Erfüllung zumindest der K.O.-Kriterien der Stufe A ist sicherzustellen, bevor in der zweiten **Stufe B** des PPP-Eignungstests das konkrete Effizienzpotenzial eines Projektes untersucht wird. Für die Kriterien der Stufe B wurden Grenzwerte erarbeitet, ab denen die Anforderungen als erfüllt gelten. Diese Mindestbedingungen stellen die K.O.-Anforderungen dar, deren Nichterfüllung eine Projektüberarbeitung bzw. einen Abbruch notwendig macht.

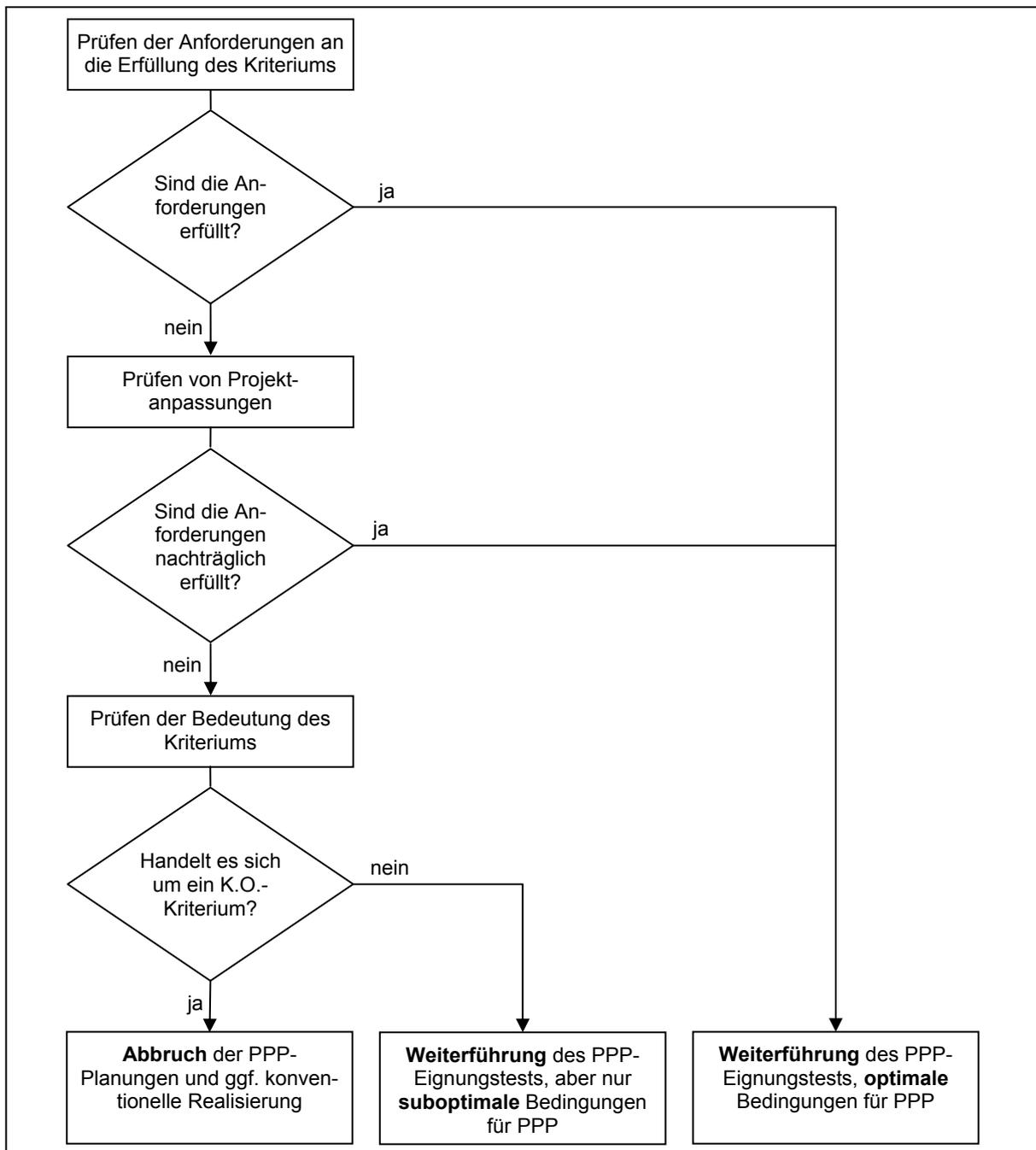
Das prinzipielle Vorgehen zur Prüfung eines einzelnen Kriteriums ist in der Abbildung 56 dargestellt. Der angegebene Prüfalgorithmus kann auf alle Prüfkriterien der Tabelle 22 und der Tabelle 23 angewendet werden. Sind die für ein Kriterium definierten Anforderungen erfüllt, erfolgt die Weiterführung mit dem nächsten Kriterium, bis alle Anforderungen untersucht wurden.

---

<sup>999</sup> Vgl. BMVBS (2006b), S. 35.

## 5. Entwicklung eines PPP-Eignungstests für Immobilienprojekte öffentlicher Krankenhäuser

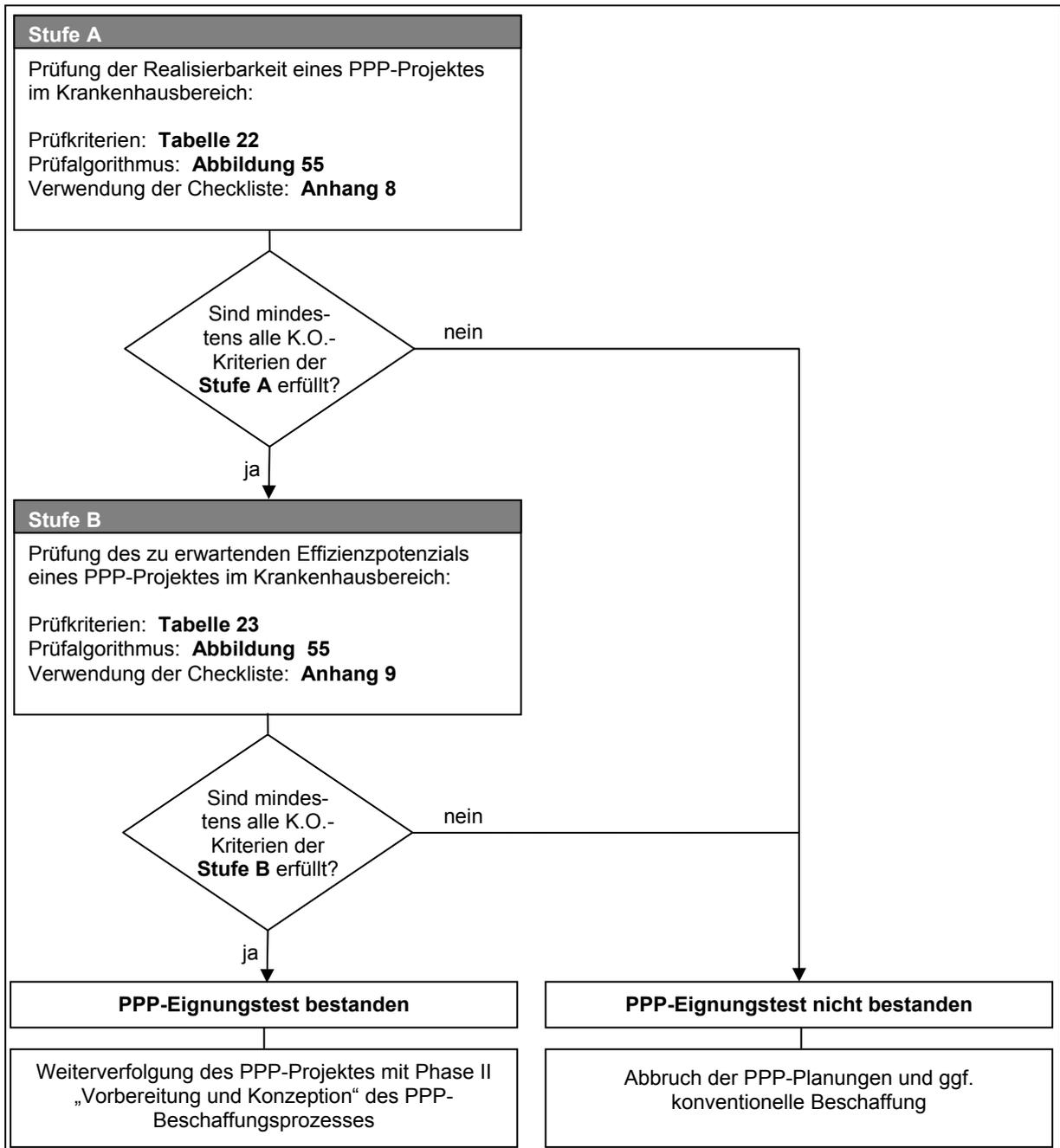
### Ablauf des PPP-Eignungstests



**Abbildung 56: Prüfalgorithmus für ein einzelnes Prüfkriterium.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Für die Untersuchung der Prüfkriterien wurden **Checklisten** erarbeitet, die in Anhang 8 und 9 enthalten sind. Diese Arbeitsmaterialien dienen der Unterstützung der Entscheidungsträger bei der Durchführung eines PPP-Eignungstests. Sie ermöglichen eine übersichtliche schrittweise Vorgehensweise. Zu allen Prüfkriterien sind die jeweiligen Bedingungen angegeben, die es zu erfüllen gilt. Bei den Kriterien der Stufe B sind zusätzlich **Vorschläge für Projektanpassungen** enthalten, falls eine Projektplanung Schwachstellen aufzeigt, die einer erfolgreichen Umsetzung entgegen stehen.



**Abbildung 57: Übersicht zum zweistufigen Ablauf des PPP-Eignungstests.**

Quelle: Eigene Darstellung.

Das Zusammenwirken der einzelnen Teile des Prüfschemas ist in der Abbildung 57 dargestellt. Gegliedert in die Stufen A und B ist mit Verweisen angegeben, welche Prüfkriterien heranzuziehen sind und welche entsprechende Checkliste hierfür zur Verfügung steht. Der oben vorgestellte Prüfalgorithmus ist dabei für alle Prüfkriterien gleichermaßen gültig.

### 5.3.3 Auswertung der Ergebnisse des PPP-Eignungstests

Nachdem der PPP-Eignungstest auf ein zu begutachtendes Projekt angewendet wurde, sind die Ergebnisse zusammenzustellen. Dies sollte in Form eines **Berichts** geschehen. Aufbau-

end auf den festgelegten Kriterien ist für das geplante Vorhaben zu jedem Aspekten eine Einschätzung abzugeben.

Nur wenn alle K.O.-Kriterien erfüllt werden, gilt der PPP-Eignungstest als bestanden. Können die Anforderungen des PPP-Eignungstests auch nach Projektanpassungen nicht erfüllt werden (vgl. Abbildung 56), ist festzustellen, dass eine Umsetzung als PPP nicht möglich bzw. als nicht wirtschaftlich durchführbar anzusehen ist. Die Projektentwicklung ist abzubrechen bzw. durch einen konventionellen Ansatz fortzuführen.

Entsprechend hat der Projektleiter am Ende des Berichts eine **Empfehlung** zum weiteren Vorgehen abzuleiten (vgl. Schritt 8 in Abbildung 54). Um Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsprozesses zu gewährleisten, sind die getroffenen Annahmen wie auch die Ableitung der Ergebnisse nachvollziehbar darzustellen und zu dokumentieren (Vgl. Schritt 7 in Abbildung 54).<sup>1000</sup>

Der Bericht liefert dem Lenkungsausschuss die notwendigen Informationen, um über die weitere Projektentwicklung entscheiden zu können, und begründet im Falle einer PPP-Eignung den Einsatz der erforderlichen Ressourcen zur Weiterentwicklung des Projektes. Er bildet die **Entscheidungsgrundlage** für die Erstellung einer vorläufigen Wirtschaftlichkeitsuntersuchung.<sup>1001</sup> Führt der PPP-Eignungstest zu keinen eindeutigen Ergebnissen, empfiehlt es sich, die kritischen Sachverhalte einer erneuten Prüfung zu unterziehen. Ggf. mit zusätzlichem externen Sachverstand sollte untersucht werden, ob durch Modifikation der Projektplanung ein sichereres Ergebnis erzielt werden kann.

## 5.4 Verifizierung des entwickelten PPP-Eignungstests

Um deutlich zu machen, dass mittels des entwickelten Prüfschemas und der darin enthaltenen Prüfkriterien die Schwachstellen einer PPP-Projektplanung aufgezeigt werden können, werden die Ergebnisse für die Fallstudienprojekte noch einmal zusammengefasst dargestellt. Im Anschluss daran wird die Funktionsfähigkeit des PPP-Eignungstests nachgewiesen, indem dieser auf das geplante PPP-Projekt der Hochtaunus-Kliniken Anwendung findet.

### 5.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse für die Fallstudien-Projekte

Die kriterienbezogenen Ergebnisse für die in Fallstudien untersuchten Praxisbeispiele werden in den folgenden beiden Tabellen im Überblick dargestellt. Dabei symbolisiert ein „+“ eine Anforderung, die erfüllt wurde bzw. zu der keine gegensätzlichen Informationen vorlagen. Währenddessen gibt ein „P“ den Hinweis darauf, dass diese Voraussetzung in dem jeweiligen Projekt nicht erfüllt wurde bzw. als problematisch einzuschätzen war.

Die Übersicht der Tabelle 24 gibt die **Ergebnisse der Stufe A** des PPP-Eignungstests wieder. Sie zeigt, dass bei den zwei Projekten am Klinikum Bremen-Mitte und am AKH Viersen schwierige Projektumstände vorlagen. Bei beiden Projekten führte letztendlich ein aus Biersicht nicht ausreichendes Sicherheitskonzept dazu, dass die Vorhaben nicht als PPP realisiert werden konnten.<sup>1002</sup> Darüber hinaus blieb dem Projekt in Bremen nach dem Regie-

---

<sup>1000</sup> Vgl. BMVBW (2003e), S. 12.

<sup>1001</sup> Vgl. zu den Stufen der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung Abschnitt 2.3.3.1.

<sup>1002</sup> Vgl. Abschnitt 5.1.6.1.

rungswechsel die politische Unterstützung versagt.<sup>1003</sup> In Viersen ist zusätzlich die langfristige Notwendigkeit des Klinikums kritisch zu beurteilen, stellte aber keinen entscheidenden Grund für den PPP-Abbruch dar.<sup>1004</sup>

	Klinikum Dortmund	UK Düsseldorf	UK Essen	UK S-H	KBM	UK Köln	AKH Viersen
A-1.Rechtliche Zulässigkeit	+	+	+	+	+	+	+
A-2.Vereinbarkeit mit Inv. kostenförderung	+	+	+	+	+	+	+
A-3.Politische Unterstützung	+	+	+	+	<b>P</b>	+	+
A-4.Vereinbarkeit mit strategischer Ausrichtung	+	+	+	+	+	+	+
A-5.Bestandssicherheit	+	+	+	+	+	+	<b>P</b>
A-6.Ausreichendes Sicherheitskonzept	+	+	+	+	<b>P</b>	+	<b>P</b>
A-7.Abgrenzbarkeit des PPP-Projektes	+	+	+	+	+	+	+
A-8.Umsetzbarkeit des PPP-Vertragsmodells	+	+	+	+	+	+	+
A-9.Vereinbarkeit mit bestehend. Verträgen	+	+	+	+	+	+	+

**Tabelle 24: Ergebnisse der Stufe A des PPP-Eignungstests für die Fallstudienprojekte.**

Quelle: Eigene Darstellung.

	Klinikum Dortmund	UK Düsseldorf	UK Essen	UK S-H	KBM	UK Köln	AKH Viersen
B-1.Höhe des Projektvolumen	+	<b>P</b>	+	+	+	+	+
B-2.Dauer der Vertragslaufzeit	+	+	+	+	+	+	+
B-3.Umfang der Leistungsübertragung	+	+	+	+	+	+	+
B-4.Sachgerechte Risikoverteilung	+	+	+	+	<b>P</b>	+	<b>P</b>
B-5.Outputorientierte Leistungsbeschreibung	<b>P</b>	+	+	+	+	+	+
B-6.Leistungsorientierte Vergütung	+	+	+	+	+	+	+
B-7.Marktinteresse	+	+	+	+	+	+	+

**Tabelle 25: Ergebnisse der Stufe B des PPP-Eignungstests für die Fallstudienprojekte.**

Quelle: Eigene Darstellung.

<sup>1003</sup> Vgl. Abschnitt 5.1.3.

<sup>1004</sup> Vgl. Abschnitt 5.1.5.

Die **Ergebnisse** der Anwendung von **Stufe B** des PPP-Eignungstests auf die Fallstudienprojekte werden in der Tabelle 25 zusammengefasst. In insgesamt vier Fallstudien-Projekten sind demnach die Bedingungen für einen Effizienzbeitrag durch die Realisierung als PPP als suboptimal einzuschätzen. In zwei der Projekte wurde die gewählte Risikoverteilung als Hindernis identifiziert. Das unzureichende Sicherheitskonzept der beiden Projekte des Klinikums Bremen-Mitte und des AKH Viersens führt dazu, dass im Rahmen der Stufe B des Prüfschemas auch die Risikoverteilung als nicht sachgerecht einzuschätzen war. So sollten die privaten Bieter in Bremen und Viersen infolge der vorgeschlagenen Sicherheitskonzepte am Auslastungs- bzw. Marktrisiko des Klinikums beteiligt werden.<sup>1005</sup> Da dies der Forderung nach einer sachgerechten Risikoverteilung widerspricht, hätte der PPP-Eignungstest hier signalisiert, dass der Abbruch der PPP-Planungen droht und Anpassungen notwendig sind.

Bei dem PPP-Projekt am Klinikum Dortmund erfolgte die Ausschreibung mittels einer klassischen inputorientierten Leistungsbeschreibung.<sup>1006</sup> Bei Anwendung des PPP-Eignungstests im Vorfeld des Projektes wäre dieses Projektmerkmal kritisch zu beurteilen gewesen und hätte zum Nichtbestehen des PPP-Eignungstest geführt. Das Projekt wurde dennoch erfolgreich zur Umsetzung gebracht.<sup>1007</sup> Es ist zumindest von einer Schmälerung des möglichen PPP-Effizienzvorteils auszugehen. Da die outputorientierte Leistungsbeschreibung eine elementare Grundlage von PPP und der damit erwarteten Effizienzwirkung darstellt, ist trotz der Dortmunder Projekterfahrung für zukünftige Projekte eine solche Anwendung dringend zu empfehlen, worauf sich der Status als K.O.-Kriterium begründet.<sup>1008</sup>

Das Projekt am UK Düsseldorf erreichte das definierte Mindestinvestitionsvolumen nicht, stellt aber aufgrund der Konzeption als PPP-Konzessionsmodell eine Besonderheit dar.<sup>1009</sup> Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass bei entsprechend höherem Projektvolumen ein größerer PPP-Effizienzvorteil hätte realisiert werden können. Auf die Erfüllung des PPP-Eignungstests wirkte sich dieser Sachverhalt aufgrund des Kann-Status des Projektvolumens nicht negativ aus.<sup>1010</sup>

Die **Ergebnisübersicht** zeigt, dass allein bei den drei Projekten an UK Essen, UK S-H und UK Köln alle der untersuchten Prüfkriterien positiv bewertet wurden. Diese Projekte sind auch allesamt erfolgreich gestartet.

Bei frühzeitiger Anwendung des Prüfschemas hätten die bestehenden Hemmnisse für eine Umsetzung von PPP offengelegt werden können. Für diesen Fall hätten Anpassungen der Projekte vorgenommen werden können. Wären Anpassungen nicht möglich gewesen, hätte zumindest ein früherer Abbruch der PPP-Bemühungen eingeleitet werden können, der sowohl dem jeweiligen Klinikum als auch den beteiligten Bietern deutliche Kosteneinsparungen ermöglicht hätte.

Auch wenn mit der Anwendung des PPP-Eignungstests die Umsetzbarkeit von PPP frühzeitig eingeschätzt werden kann, unterliegt diese Einschätzung aufgrund des prognostischen

---

<sup>1005</sup> Vgl. Abschnitt 5.2.4.1.

<sup>1006</sup> Vgl. Abschnitt 5.2.5.2. Dieser Umstand ist u.a. auf die frühe Phase der PPP-Entwicklung zurückzuführen.

<sup>1007</sup> Vgl. weiterführend Abschnitt 5.2.3.1.

<sup>1008</sup> Vgl. zum Prüfkriterium outputorientierte Leistungsbeschreibung Abschnitt 5.2.5.

<sup>1009</sup> Vgl. Abschnitt 5.2.1.3.

<sup>1010</sup> Vgl. zum Prüfkriterium Projektvolumen Abschnitt 5.2.1.

Charakters Unsicherheiten. So sind z.B. durch die Veränderlichkeit von Projektbedingungen der Aussagekraft des Tests **Grenzen** gesetzt. Ein Beispiel dafür stellt die Entwicklung des PPP-Projektes des Klinikum Bremen-Mitte dar. Dabei besteht die Besonderheit, dass zum Ausschreibungsbeginn das Kriterium der politischen Unterstützung erfüllt war und dieses erst durch den Regierungswechsel zu einem späteren Zeitpunkt zum Hemmnis wurde. Bei Durchführung des PPP-Eignungstests zum Zeitpunkt der Ausschreibung wäre keine kritische Projektkonstellation bezüglich dieses Kriteriums feststellbar gewesen.

Dennoch ist festzustellen, dass problematische Projektmerkmale gerade in den Projekten festgestellt werden konnten, die abgebrochen wurden. Auch wenn es sich hier um eine nachträgliche Anwendung des PPP-Eignungstests handelt, kann dieser Zusammenhang als ein Indiz dafür gewertet werden, dass die Anwendung dieses Instrumentes zu belastbaren Ergebnissen führt. Als zusätzlicher Beleg für die **Praktikabilität** des krankenhausspezifischen PPP-Eignungstests wird dieser auf eine PPP-Projektplanung angewendet, das sich in der Ausschreibungsphase befindet.

### 5.4.2 Anwendung des PPP-Eignungstests auf das PPP-Projekt der Hochtaunus-Kliniken

Zur weiteren Verifizierung des entwickelten PPP-Eignungstests wird dieser auf das PPP-Projekt der Hochtaunus-Kliniken angewendet. Zu diesem Praxisbeispiel wurden bereits an anderer Stelle dieser Arbeit Angaben gemacht.<sup>1011</sup> Am 16.12.2009 wurden die Ausschreibungsunterlagen an die fünf zuvor ausgewählten Bieter versendet. Mit einem Vertragsabschluss wird im Frühjahr 2011 und mit der Inbetriebnahme Ende 2013 gerechnet.

Zur Einschätzung des Projektes wird auf die im Anhang enthaltenen Checklisten zurückgegriffen.<sup>1012</sup> Die Anwendung des PPP-Eignungstests erfolgte gemeinsam mit dem Technischen Leiter und Baubeauftragten der Hochtaunus-Kliniken gGmbH, der das PPP-Vorhaben betreut.<sup>1013</sup> Für die beiden Untersuchungsstufen A und B werden die Ergebnisse jeweils zunächst in einer Übersicht dargestellt. Anschließend wird in Kurzform auf die einzelnen Prüfungskriterien eingegangen.

---

<sup>1011</sup> Vgl. Abschnitt 3.3.2.7 und 4.3. Da der Ausschreibungsbeginn nach dem gewählten Betrachtungszeitraum der Untersuchung lag, wurde das Projekt in dieser Arbeit nicht als Fallstudie berücksichtigt.

<sup>1012</sup> Auf die Aufzählung der in den Checklisten enthaltenen Anhaltspunkte zur Einschätzung der Prüfungskriterien wird hier zur Wahrung der Übersichtlichkeit verzichtet. Zudem steht an dieser Stelle die Durchführung des PPP-Eignungstests im Mittelunkt.

<sup>1013</sup> Vgl. die Angaben zum Interview mit Herrn Valentin in Anhang 2.

## 5. Entwicklung eines PPP-Eignungstests für Immobilienprojekte öffentlicher Krankenhäuser

Verifizierung des entwickelten PPP-Eignungstests

### Ergebnisübersicht, Stufe A

zur Prüfung des PPP-Projektes der Hochtaunus-Kliniken gGmbH:

Prüfkriterium	Bedeutung		Beurteilung (erfüllt/ erfüllbar/ nicht erfüllt)
	Empfehlung	Zugewiesen (K.O./ Kann)	
A-1. Rechtliche Zulässigkeit	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
A-2. Vereinbarkeit mit den Bedingungen der Investitionskostenförderung	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
A-3. Politische Unterstützung	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
A-4. Vereinbarkeit mit strategischer Ausrichtung des Klinikums	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
A-5. Bestandssicherheit des Krankenhauses	Kann-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
A-6. Rechtsformadäquates Sicherheitskonzept	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
A-7. Abgrenzbarkeit des PPP-Projektes	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
A-8. Vereinbarkeit des PPP-Vertragsmodells mit bestehender Grundstückseigentümerschaft	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
A-9. Vereinbarkeit mit bestehenden Vertragsbeziehungen	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
<b>Gesamtergebnis des PPP-Eignungstestes, Stufe 1:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Bestanden</b> <input type="checkbox"/> <b>Nicht bestanden</b>		

Einzelbetrachtung der Prüfkriterien der Stufe A für das PPP-Projekt der Hochtaunus-Kliniken gGmbH:

A-1. Rechtliche Zulässigkeit
<p><b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass dem Projekt keine rechtlichen Beschränkungen entgegen stehen.</p> <p><b>Notizen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Übertragung von primären Leistungen auf den Privaten ist im Rahmen des PPP-Projektes nicht geplant.</li> <li>• Eventuelle kommunalrechtliche Restriktionen und die Konformität zum EU-Beihilferecht wurden frühzeitig, schon vor der Ausschreibung, durch einen externen Rechtsberater geprüft und damit Rechtsicherheit für die weiteren Planungen geschaffen.</li> </ul> <p><b>Beurteilung:</b></p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> <b>erfüllt</b>                                  <input type="checkbox"/> <b>noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar</b>                                  <input type="checkbox"/> <b>nicht erfüllbar</b> </p>

<b>A-2. Vereinbarkeit mit den Bedingungen der Investitionskostenförderung</b>		
<b>Prüfkriterium:</b> Sollen Fördermittel der Investitionskostenfinanzierung in ein PPP-Projekt einbezogen werden, ist sicherzustellen, dass die Planungen mit den spezifischen Rahmenbedingungen vereinbar sind.		
<b>Notizen:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPP ist in Hessen mit den landesspezifischen Anforderungen an die Bewilligung von Fördermitteln der Investitionskostenfinanzierung vereinbar.</li> <li>• Die Inanspruchnahme von länderspezifischen PPP-Fördermöglichkeiten ist möglich über die Förderung alternativer Beschaffungsvarianten nach § 35a HKHG.</li> <li>• Dass das PPP-Projekt mit Investitionsfördermitteln in Höhe von 70 Mio. Euro gefördert wird, weist auf die Kompatibilität des Projektes mit den Förderbedingungen hin.</li> </ul>		
<b>Beurteilung:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> erfüllt	<input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar	<input type="checkbox"/> nicht erfüllbar

<b>A-3. Politische Unterstützung</b>		
<b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass das PPP-Projekt politisch unterstützt bzw. zumindest nicht abgelehnt oder blockiert wird.		
<b>Notizen:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurde eine aktive Öffentlichkeitsarbeit betrieben und der Bevölkerung die Projektplanungen transparent und offen vorgestellt.</li> <li>• Auf Landesebene wurde das Projekt von vornherein unterstützt. Dies zeigt sich an der Zusage der Landesregierung für die Realisierung des PPP-Vorhabens eine Investitionskostenförderung in Höhe von 70 Mio. EUR bereit zu stellen.</li> <li>• Auf kommunaler Ebene wurde im Rahmen des Bauleitverfahrens und des Baugenehmigungsverfahrens eine Abstimmung mit dem Landrat und weiteren Vertretern des Landkreises vorgenommen. Die Abstimmungen im Rahmen des Bauleitverfahrens erstreckten sich über einen Zeitraum von 1 ½ Jahren, was dessen Komplexität deutlich macht. In den Verhandlungen forderten die städtischen Vertreter ein Mitspracherecht insbesondere bei der architektonischen Gestaltung des zu errichtenden Klinikums. Argumentiert wurde damit, dass das Klinikum das Stadtbild maßgeblich prägen wird. Es wurden Lösungen gefunden, die die Vertreter des Kreises und der beiden Städte Bad Homburg und Usingen zufriedenstellten und gleichzeitig genügend Freiheiten bei der architektonischen Gestaltung durch die privaten Bieter sicherstellten.</li> </ul>		
<b>Beurteilung:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> erfüllt	<input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar	<input type="checkbox"/> nicht erfüllbar

<b>A-4. Vereinbarkeit mit strategischer Ausrichtung des Klinikums</b>		
<b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass die strategische Ausrichtung des Klinikums dem PPP-Projekt nicht entgegensteht.		
<b>Notizen:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seitens des Klinikums liegen keine konkreten Planungen für eine materielle Privatisierung oder Fusionen mit anderen Krankenhäusern vor.</li> <li>• Die strategische Neuausrichtung des Klinikums, wie die Zentrenbildung und der Ausbau von Privatklinikbetten, wurden im Rahmen des PPP-Projektes berücksichtigt.</li> </ul>		
<b>Beurteilung:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> erfüllt	<input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar	<input type="checkbox"/> nicht erfüllbar

## 5. Entwicklung eines PPP-Eignungstests für Immobilienprojekte öffentlicher Krankenhäuser

Verifizierung des entwickelten PPP-Eignungstests

A-5. Bestandssicherheit des Krankenhauses
<p><b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass der Krankenhausstandort langfristig zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung benötigt wird.</p> <p><b>Notizen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Die Hochtaunus-Kliniken sind in den Krankenhausplan von Hessen aufgenommen.</li><li>• Für die Hochtaunus-Kliniken sind 495 Planbetten vorgesehen: 395 Planbetten am Standort Bad Homburg und 100 Planbetten am Standort Usingen</li><li>• Es handelt sich bei beiden Standorten um Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung.</li><li>• Die beiden Kliniken liegen im Ballungsraum Rhein-Main, der über mehr als 10 Krankenhäuser verfügt. Diese hohe Anzahl von Krankenhäusern wird aufgrund der Bevölkerungsdichte zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung benötigt. Die Hochtaunus-Kliniken decken speziell die medizinische Versorgung im Hochtaunus-Kreis ab - hier gibt es keine weiteren Kliniken. Es besteht damit keine akute Konkurrenzsituation vor Ort, die eine Verdrängung der Hochtaunus-Kliniken durch andere Krankenhäuser erwarten lässt.</li></ul> <p><b>Beurteilung:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> erfüllt                      <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                      <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar</p>

A-6. Rechtsformadäquates Sicherheitskonzept
<p><b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass zur Absicherung der Finanzierung ein ausreichendes Sicherheitskonzept vom Krankenhausträger vorgelegt werden kann.</p> <p><b>Notizen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Die Hochtaunus-Kliniken sind in der Rechtsform einer gGmbH organisiert. Somit besteht grundsätzlich Insolvenzfähigkeit.</li><li>• Die gemeinnützige Gesellschaft steht zu 100 % im Eigentum des Hochtaunus-Kreises.</li><li>• Zur Absicherung der Finanzierung hat der Kreis eine Patronatserklärung für die Hochtaunus-Kliniken gGmbH abgegeben.</li><li>• Durch die Abgabe einer Patronatserklärung des Kreises ist die Finanzierung des PPP-Projektes in einem geeigneten Maß abgesichert.</li></ul> <p><b>Beurteilung:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> erfüllt                      <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                      <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar</p>

**A-7. Abgrenzbarkeit des PPP-Projektes**

**Prüfkriterium:** Es ist sicherzustellen, dass in geeigneter Weise Schnittstellen definiert werden können zwischen dem Krankenhaus und den Leistungsbereich des privaten Partners, sodass eine klare Abgrenzung der Verantwortungsbereiche möglich ist.

**Notizen:**

- Es handelt sich um eine Neubaumaßnahme auf bisher unbebauten Grundstücken.
- Da es sich bei dem PPP-Projekt um einen vollständigen Neubau handelt, dessen Errichtung in vollem Umfang durch den private Partner erfolgt, bestehen sehr gute Bedingungen, den Verantwortungsbereich des Privaten klar abzugrenzen.
- An beiden Standorten wird jeweils der Gesamtcampus neu entwickelt. So ist beispielsweise am Standort Bad Homburg auch die bauliche Errichtung der Magistrale des neuen Gesundheitscampus Teil des PPP-Projektes. Die daran angesiedelten Parzellen wurden teilweise als Investorenmodelle konzipiert, die nicht Teil des PPP-Projektes sind (z.B. Laborgebäude, Parkhaus). Auch am Standort Usingen ist ein Investorenmodell geplant. Es handelt sich dabei um ein Ärztehaus. Da im Rahmen der Investorenmodelle separate Gebäude errichtet werden, grenzen sich diese in geeigneter Weise von dem PPP-Projekt ab.
- Da der private Partner die ihm in der Betriebsphase übertragenen Leistungen jeweils für das gesamte Klinikum (außer der Investorenmodelle) erbringen soll, bestehen gute Voraussetzungen zur Definition von geeigneten Schnittstellen zu den vom Klinikum erbrachten Leistungen.

**Beurteilung:**

erfüllt                       noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                       nicht erfüllbar

**A-8. Vereinbarkeit des PPP-Vertragsmodells mit bestehender Grundstückseigentümerschaft**

**Prüfkriterium:** Es ist sicherzustellen, dass die notwendigen Bedingungen für den Einsatz des geplanten PPP-Vertragsmodells gegeben sind.

**Notizen:**

- Die Hochtaunus-Kliniken haben die benötigten Flächen (vormals Ackerland) aufgekauft.
- Das Hochtaunusklinikum ist an beiden Standorten Grundstückseigentümer. Das Eigentum an den Grundstücken wird im Rahmen des PPP-Projektes nicht an die privaten Partner übertragen.
- Mit dem privaten Partner soll im Rahmen eines PPP-Inhabermodells ein Pachtvertrag für die Dauer der Vertragslaufzeit geschlossen werden.
- Die Übertragung des Grundstückseigentums an den Privaten ist nicht vorgesehen, sodass das geplante PPP-Inhabermodell zur Realisierung eignet ist.

**Beurteilung:**

erfüllt                       noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                       nicht erfüllbar

## 5. Entwicklung eines PPP-Eignungstests für Immobilienprojekte öffentlicher Krankenhäuser

Verifizierung des entwickelten PPP-Eignungstests

### A-9. Vereinbarkeit mit bestehenden Vertragsbeziehungen

**Prüfkriterium:** Es ist sicherzustellen, dass dem PPP-Projekt keine bestehenden Vertragsbeziehungen des Klinikums entgegenstehen, sodass dessen Wirtschaftlichkeit bzw. Umsetzbarkeit gefährdet ist.

**Notizen:**

- Es besteht ein Vertrag der Hochtaunus-Klinken mit einer Tochtergesellschaft des Kreises, die das Catering für die Kliniken erbringt. Darüber hinaus besteht ein Vertrag mit einem externen Dienstleister, der die Wäschereidienstleistungen für die Kliniken übernommen hat.
- Diese Verträge bleiben bestehen, die Leistungen werden nicht Teil des PPP-Projektes. Es werden aber genügend andere Leistungen während der Betriebsphase an den Privaten übertragen (z.B. technischer Betrieb, Reinigung, Hausmeisterdienste etc.), sodass der Lebenszyklusansatz umsetzbar ist. Trotz der Beibehaltung von Verträgen bestehen gute Bedingungen, mit dem PPP-Projekt Wirtschaftlichkeitsvorteile gegenüber einer konventionellen Realisierung zu erzielen.
- Im Zuge des PPP-Projektes wird eine Servicegesellschaft der Hochtaunus-Kliniken aufgelöst, an der die Hochtaunus-Kliniken 51 % und ein privater Partner 49 % hält. Die Gesellschaft erbringt bisher die Reinigungsleistungen für beide Kliniken, die nun Bestandteil des PPP-Projektes werden sollen.
- Es ist geplant, dass die Mitarbeiter der technischen Abteilung vom privaten Partner übernommen werden. Inwieweit dies möglich ist, soll während der Verhandlungen mit den Bietern besprochen werden.
- Durch die bestehend bleibenden Verträge wird das PPP-Projekt nicht verhindert und es ist dadurch keine Unwirtschaftlichkeit des PPP-Projektes zu befürchten. Durch die Auflösung einer Servicegesellschaft und die geplante weitgehende Auflösung der eigenen Technischen Abteilung des Klinikums werden gute Voraussetzungen geschaffen, dem Privaten Partner umfangreiche Leistungen in der Betriebsphase übertragen zu können.

**Beurteilung:**

erfüllt

noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar

nicht erfüllbar

### Ergebnisübersicht, Stufe B

zur Prüfung des PPP-Projektes der Hochtaunus-Kliniken gGmbH:

Prüfkriterium	Bedeutung		Beurteilung (erfüllt/ erfüllbar/ nicht erfüllt)
	Empfehlung	Zugewiesen (K.O./ Kann)	
B-1. Höhe des Projektvolumens	Kann-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
B-2. Dauer der Vertragslaufzeit	Kann-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
B-3. Umfang der Leistungsübertragung	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
B-4. Sachgerechte Risikoverteilung	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
B-5. Einsatz outputorientierter Leistungsbeschreibung	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
B-6. Einsatz leistungsorientierter Vergütung	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
B-7. Sicherstellung des Marktinteresses	K.O.-Kriterium	Empfehlung übernommen	erfüllt
<b>Gesamtergebnis des PPP-Eignungstestes, Stufe 2:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Bestanden</b> <input type="checkbox"/> <b>Nicht bestanden</b>		

Einzelbetrachtung der Prüfkriterien der Stufe B für das PPP-Projekt der Hochtaunus-Kliniken gGmbH:

B-1. Höhe des Projektvolumens
<p><b>Prüfkriterium:</b> Es ist das Projektvolumen für eine Kompensation von Transaktionskosten ausreichend?</p> <p><b>Notizen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Investitionsvolumen beträgt 168 Mio. Euro und liegt damit weit über dem geforderten Mindestwert von 15 Mio. Euro.</li> <li>• Der Anteil der Betriebskosten im PPP-Projekt beträgt über die 25-jährige Vertragslaufzeit über 50 % an den Projektgesamtkosten.</li> </ul> <p><b>Beurteilung:</b></p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> erfüllt                 <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                 <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar             </p>

B-2. Dauer der Vertragslaufzeit
<p><b>Prüfkriterium:</b> Ist die Vertragsdauer ausreichend lang, damit langfristige Investitionen refinanziert werden können?</p> <p><b>Notizen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für das Projekt ist eine Vertragsdauer (ab Baufertigstellung und Gebäudeübergabe) von 25 Jahren geplant.</li> <li>• Der Baubeginn ist im Sommer 2011 geplant, nach einer 2,5-jährigen Bauzeit. Der Probebetrieb soll Ende 2013 beginnen, sodass Anfang 2014 der reguläre Betrieb aufgenommen werden kann.</li> </ul> <p><b>Beurteilung:</b></p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> erfüllt                 <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                 <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar             </p>

## 5. Entwicklung eines PPP-Eignungstests für Immobilienprojekte öffentlicher Krankenhäuser

Verifizierung des entwickelten PPP-Eignungstests

<b>B-3. Umfang der Leistungsübertragung</b>		
<b>Prüfkriterium:</b>	Ist eine Integration von Planungs-, Bau- und Betreiberleistungen im Rahmen eines Lebenszyklusansatzes möglich?	
<b>Notizen:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• In der Betriebsphase sind nur tertiäre Unterstützungsleistungen zur Übertragung auf den privaten Partner vorgesehen. Eine Übertragung von Primär- und Sekundärleistungen ist nicht geplant.</li><li>• Der Umfang der Leistungsübertragung erstreckt sich über die vier Lebenszyklusphasen Planung, Bau, Finanzierung und Betrieb, sodass der Lebenszyklusansatz umsetzbar ist (siehe die nachstehende Übersicht).</li><li>• Neben den Planungs-, Bau-, und Finanzierungsleistungen wird der Private Partner den gesamten Technischen Betrieb (TGM) sowie ausgewählte Leistungen des Infrastrukturellen Facility Managements übernehmen. Dazu zählen: Hausmeisterdienst, Reinigungsdienst, Außenanlagenpflege, Winterdienst. Nicht übertragen werden hingegen Catering und Wäschereidienste.</li></ul>	
Welche Leistungen wurden auf private Partner übertragen?	ja	nein
a) Planung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bau	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Finanzierung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Diagnostisch-therapeutische Dienstleistungen (z.B. Labor, Radiologie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e) Medizinisch-technische Ver- und Entsorgungs-Dienstleistungen (z.B. Sterilisation, Stationsverpflegung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
f) Instandhaltung und Wartung medizin-technischer Anlagen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Technisches Facility Management (z.B. Wartung & Instandhaltung der Gebäudetechnik)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Infrastrukturelles Facility Management (inkl. Zentrale Gebäudedienste)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Kaufmännisches Facility Management	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> erfüllt	<input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar	<input type="checkbox"/> nicht erfüllbar

<b>B-4. Sachgerechte Risikoverteilung</b>		
<b>Prüfkriterium:</b>	Ist ein optimaler Risikotransfer möglich und gewollt?	
<b>Notizen:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seitens des Klinikums besteht die Bereitschaft zu einer sachgerechten Risikoverteilung.</li><li>• Die Übertragung des Auslastungsrisikos (Marktrisikos) sowie des Risikos der Insolvenz des öffentlichen Krankenhauses wird nicht auf den privaten Partner übertragen.</li><li>• Das Verfügbarkeitsrisiko wird auf den privaten Partner übertragen, sodass die damit verbundenen Anreizmechanismen aktiviert werden.</li><li>• Der durch das Krankenhaus in die Ausschreibung vorgegebenen Risikoverteilung liegt der Grundsatz zugrunde, dass dem Privaten nur die Risiken übertragen werden, die er beeinflussen kann.</li><li>• Beispiel Vandalismusrisiko: In der Ausschreibung ist ein Schadensbetrag pro Periode ausgewiesen, bis zu dem die privaten Bieter die Gesamtkosten durch Vandalismus zu tragen hat. Übersteigen die tatsächlich anfallenden Kosten durch Vandalismus diesen Betrag, übernimmt das Klinikum die Mehrkosten. Durch diese Abschichtung des Risikos erhält der private Partner Kalkulationssicherheit, wobei der Anreiz zur Kostenminimierung weiterhin besteht. Wird ein zu bildendes Budget nicht zur Beseitigung von Vandalismusschäden benötigt, wird gemeinsam über deren Verwendung im Projekt entschieden.</li></ul>	
<b>Beurteilung:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> erfüllt	<input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar	<input type="checkbox"/> nicht erfüllbar

**B-5. Einsatz outputorientierter Leistungsbeschreibungen**

**Prüfkriterium:** Ist eine outputorientierte Leistungsbeschreibung umsetzbar und geeignet?

**Notizen:**

- Es wird eine outputorientierte Leistungsbeschreibung vorgenommen, der keine gesetzlichen Regelungen oder anderweitigen Vorschriften erkennbar entgegen stehen.
- Die umfangreichen Vorschriften des Krankenhausbereichs ergänzen die outputorientierte Ausschreibung als Vorgaben, die in jedem Fall einzuhalten sind.
- Die Erstellung der Ausschreibungsunterlagen erfolgte durch externe Berater, da dies mit eigenem Personal nicht in dem angestrebten Zeitraum zu schaffen gewesen wäre. Hierin besteht kein Unterschied zum Vorgehen beim konventionellen Verfahren. Es waren in ausreichendem Maße Kapazitäten, Sachverstand und Zeit verfügbar, um die outputorientierte Leistungsbeschreibung gewissenhaft zu erarbeiten.

**Beurteilung:**

erfüllt                       noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                       nicht erfüllbar

**B-6. Einsatz einer leistungsorientierten Vergütung**

**Prüfkriterium:** Ist die Vereinbarung und Durchsetzung anreizorientierter Vergütungsmechanismen möglich?

**Notizen:**

- Eine leistungsorientierte Vergütung ist für die vorgesehenen Leistungen zulässig und es besteht die Bereitschaft der Hochtaunus-Kliniken gGmbH, eine leistungsorientierte Vergütung zu implementieren.
- Es ist ein Vergütungssystem vorgesehen, dass neben Malusregelungen als Anreiz für den Privaten auch Bonus-Elemente enthalten soll.

**Beurteilung:**

erfüllt                       noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                       nicht erfüllbar

**B-7. Sicherstellung des Marktinteresses**

**Prüfkriterium:** Ist ein ausreichendes Interesse Privater an dem Projekt zu vermuten?

**Notizen:**

- Für das Projekt wurde kein Interessenbekundungsverfahren (IBK) durchgeführt, da aufgrund des kompletten Neubaus mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer starken Resonanz privater Bieter ausgegangen werden konnte.
- Im Rahmen des durchgeführten Teilnahmewettbewerbs wurden potenzielle Interessenten gebeten, ihr Interesse an dem Projekt zu bekunden. Die Unternehmen waren aufgerufen, basierend auf den zur Verfügung gestellten Projektinformationen, ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis zu stellen. Es beteiligten sich ca. 20 Unternehmen. Die große Resonanz privater Unternehmen verdeutlicht, dass das angenommene Marktinteresse in umfangreichem Maße gegeben ist und von mindestens 3 verbindlichen Angeboten qualifizierter Bieter auszugehen ist.

**Beurteilung:**

erfüllt                       noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                       nicht erfüllbar

Die PPP-Projektplanungen der Hochtaunus-Kliniken erfüllen vollständig den PPP-Eignungstest. Es ist von einer Realisierbarkeit des Projektes und von einem Effizienzvorteil gegenüber einer konventionellen Lösung auszugehen.

### 5.4.3 Abschließende Würdigung der Anwendung an Praxisbeispielen

Sowohl die als Fallstudien untersuchten Praxisbeispiele als auch das zusätzlich untersuchte PPP-Projekt der Hochtaunus-Kliniken konnten mit Hilfe des PPP-Eignungstests untersucht und eingeschätzt werden. Mit diesem Instrument konnten die vorliegenden Projektinformationen zu einer Entscheidungshilfe aufbereitet werden.

Schwachstellen der Projekte, durch welche die Gefahr eines späteren Abbruchs bestand oder die ein nicht ausgereiztes Effizienzpotenzial erwarten ließen, konnten identifiziert werden. Damit wurde die Voraussetzung zu deren Behebung geschaffen.

Mit der Untersuchung des geplanten PPP-Projektes am Hochtaunus-Klinikum wurde die Anwendbarkeit und **Funktionsfähigkeit** des entwickelten krankenhausspezifischen PPP-Eignungstests als Entscheidungsinstrument an einem Projekt **bestätigt**, das nicht schon als Fallstudie untersucht wurde.

Bezüglich der Annahme, dass damit eine Anwendbarkeit bei zukünftigen Projekten belegt ist, ist auf eine **Einschränkung** der bisherigen Untersuchungen hinzuweisen. Im Rahmen des PPP-Beschaffungsprozesses ist der PPP-Eignungstest in einem Projektstadium anzuwenden, bei dem die Ausschreibung noch nicht erfolgt ist. Dementgegen lag für alle der untersuchten Projekte eine Ausschreibung als PPP-Projekt vor. Diese Bedingung wurde als Voraussetzung definiert, um von einer Ernsthaftigkeit der Projektplanung ausgehen zu können. Es ist damit zu rechnen, dass aufgrund des geringeren Entwicklungsstandes eines PPP-Projektes dann weniger konkrete Informationen vorliegen als in den Fallstudien verwendet, wodurch eine Anwendung des PPP-Eignungstest ggf. erschwert werden könnte.

## 5.5 Zusammenfassung des fünften Kapitels

Im vorangegangenen fünften Kapitel wurde ein PPP-Eignungstest für Immobilienprojektentwicklungen im Krankenhausbereich entwickelt. Dieser setzt Entscheidungsträger in öffentlichen Krankenhäusern in die Lage einzuschätzen, ob PPP eine umsetzbare und geeignete Beschaffungsvariante für ein Bauvorhaben darstellt.

Damit wird den Entscheidungsträgern in öffentlichen Krankenhäusern eine strukturierte Entscheidungshilfe zur Verfügung gestellt, ihr Projekt hinsichtlich der Eignung für PPP zu untersuchen. Bisher existierten nur allgemeine Empfehlungen für den öffentlichen Hochbau, die nun durch eine sektorspezifische Herangehensweise ergänzt werden, in der die Besonderheiten des Krankenhausbereichs berücksichtigt sind. Die Verifizierung des PPP-Eignungstests hat deutlich gemacht, dass der Prüfende damit Hemmnisse und potenzielle Komplikationen mit dem PPP-Ansatz identifizieren kann.

Insbesondere die Fallstudie des Klinikums Bremen-Mitte hat aber auch deutlich gemacht, wo die Grenzen des PPP-Eignungstests liegen. Mit diesem Instrument kann nicht verhindert werden, dass nach dessen Anwendung die Projektkonstellationen geändert werden und die zunächst vorliegende Erfüllung eines Prüfkriteriums nicht mehr gegeben ist. Gleichfalls ist es nicht möglich, mit einem bestandenen PPP-Eignungstest das Ergebnis einer sich anschließenden vorläufigen Wirtschaftlichkeitsuntersuchung vorwegzunehmen. Mit der Erfüllung der Prüfkriterien des PPP-Eignungstests ist es demnach nicht ausgeschlossen, dass eine PPP-

Projektplanung noch scheitert und abgebrochen werden muss. Diese Einschränkungen sind bei der Anwendung des PPP-Eignungstest zu beachten.

Für den Ablauf des PPP-Eignungstests wurde eine schrittweise Vorgehensweise entwickelt, die den Entscheidungsträgern eine Leitlinie für die Untersuchung des eigenen Projektes anbietet (vgl. Abbildung 57). Im Ergebnis zeigt die Anwendung des Verfahrens, ob der PPP-Eignungstest bestanden wurde oder nicht. Auf dem Weg dahin ermöglicht die Zweistufigkeit des Verfahrens ein effizientes Vorgehen, da in der ersten Stufe zunächst die Grundbedingungen eruiert werden. Sind diese bereits nicht erfüllbar, kann der Anwender auf die Untersuchungen im Rahmen der zweiten Stufe verzichten und damit seinen Aufwand begrenzen.

Auch die erarbeiteten Hilfsmittel: die Kriterienübersicht (Tabelle 22 und Tabelle 23), der Prüfalgorithmus (Abbildung 56) und die Checklisten (Anhang 8 und 9) wurden in die Verfahrensübersicht einbezogen, sodass deren Einsatz bei der Anwendung des PPP-Eignungstest zielgerichtet erfolgen kann. Die entwickelten Hilfsmittel sollen dem Prüfenden die Anwendung des PPP-Eignungstests erleichtern und ein pragmatisches Vorgehen ermöglichen. Sie stiften jeweils einen konkreten Nutzen, der erläutert werden soll.

Steht ein öffentliches Krankenhaus vor einer „make or buy“- Entscheidung und wird auch PPP als privatwirtschaftliche Kooperationsform in Betracht gezogen, müssen die Voraussetzungen bekannt sein, die eine solche Projektrealisierung erfordert, um eine fundierte Entscheidung treffen zu können. Nur dann kann ein Krankenhausträger überhaupt untersuchen, ob PPP eine durchführbare Beschaffungsvariante mit einer zu erwartenden erhöhten Effizienz darstellt. Als Grundlage hierfür wurde die Prüfkriterienübersicht entwickelt, die den Anwender bei der Auswahl der für sein Krankenhausbau-Projekt maßgeblichen Prüfkriterien unterstützt. Durch die Verweise auf die in der Arbeit durchgeführten tiefgründigen Untersuchungen der Prüfkriterien werden dem Prüfenden zudem gezielt zusätzliche Informationen angeboten.

Der erstellte Prüfalgorithmus stellt ein weiteres Hilfsmittel für den Anwender dar. Dieser kann einheitlich auf alle Untersuchungskriterien angewendet werden. Er zeigt dem Anwender transparent die aus der Kriterienbewertung zu ziehenden Schlussfolgerungen auf und gibt die sich daraus ableitenden nächsten Schritte an. Es wird daraus unmittelbar deutlich, ob Anpassungen der Projektentwicklung oder sogar ein Abbruch notwendig sind oder ob bei dem Projekt bereits geeignete Bedingungen für eine Realisierung als PPP vorliegen.

Gerade für den Einsatz in der täglichen Praxis wurden die Checklisten konzipiert. Darin sind Anhaltspunkte enthalten, mit denen sich die Erfüllung der einzelnen Prüfkriterien feststellen lässt. Für die Stufe B sind darüber hinaus Empfehlungen enthalten, wie eine möglichst optimale Erfüllung der Prüfkriterien erreicht werden kann. Diese Gestaltungsvorschläge sollen die Konzeption eines umsetzungsfähigen Projektes unterstützen, dass Effizienzvorteile für den öffentlichen Krankenhausträger erwarten lässt.

### 6 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND AUSBLICK

Die vorliegende Arbeit leistet einen wissenschaftlichen Beitrag zur Erforschung der Einsatzmöglichkeiten von Public Private Partnership (PPP). Speziell für den Krankenhausbereich wird eine Methode entwickelt, mit der die Anwendbarkeit von PPP zu einem frühen Zeitpunkt der Projektentwicklung untersucht werden kann. Dazu wird das etablierte Instrument des PPP-Eignungstests auf den Krankenhaussektor übertragen, um die eruierten Einflüsse aus den sektorspezifischen Rahmenbedingungen erweitert und für den Einsatz in der Praxis aufbereitet.

PPP hat sich in anderen Bereichen des öffentlichen Hochbaus in Deutschland bereits als alternative Beschaffungsvariante etabliert. Im Krankenhausbereich wurde dies noch nicht erreicht, trotz enormen Investitionsstaus und stetig zurückgehender Investitionsförderung der Länder. Der Handlungsdruck zu baulichen Neustrukturierungen wird durch die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRG-Pauschalen und den sich damit weiter verschärfenden Wettbewerb unter den Krankenhäusern noch verstärkt.

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, wie PPP ausgestaltet werden muss, um im deutschen Krankenhaussektor erfolgreich als Beschaffungsvariante eingesetzt werden zu können. Im Ergebnis werden die Voraussetzungen für die Realisierbarkeit und Effizienzwirkung einer PPP-Projektentwicklung ermittelt. Es werden zudem Anhaltspunkte aufgezeigt, mit denen die Erfüllung dieser Voraussetzungen geprüft werden kann. Zusätzlich werden zur Unterstützung der Projektträger Empfehlungen abgeleitet, mit denen ein PPP-Projekt hinsichtlich seiner Effizienzwirkung optimiert werden kann. Damit werden Grundlagen dafür gelegt, PPP auch im Krankenhausbereich nachhaltig zu etablieren.

Als Grundlage der Untersuchungen werden im **zweiten Kapitel** zentrale Begriffe und Sachverhalte der Arbeit dargelegt. Zunächst wird ein Grundverständnis von PPP entwickelt, das allen folgenden Untersuchungen zugrunde liegt. Als weitere Basis werden öffentliche Krankenhäuser als Untersuchungsgegenstand der Arbeit charakterisiert und von anderen Trägerarten abgegrenzt. Es wird deutlich gemacht, dass die Untersuchung der Wirtschaftlichkeit bei Krankenhausbaumaßnahmen notwendig ist und dies auch für eine Realisierung als PPP gilt. Dabei zeigt sich, dass das etablierte Untersuchungsinstrument des PPP-Eignungstests verwendet werden kann, aber für den Einsatz im Krankenhausbereich Anpassungen nötig sind.

Es kann herausgearbeitet werden, dass für den bisher geringen Einsatz von PPP sowohl die Besonderheiten des deutschen Krankenhauswesens als auch die hohen baulichen und betrieblichen Anforderungen an Krankenhaus-Immobilien maßgeblich mit verantwortlich sind. Daraus wird geschlussfolgert, dass der Kenntnis und Beachtung dieser krankenhausspezifischen Rahmenbedingungen eine hohe Bedeutung für den Projekterfolg zukommt. Im Rahmen des **dritten Kapitels** werden daher die sektorspezifischen Bedingungen für PPP gezielt untersucht und die zu beachtenden Einflüsse aufgezeigt.

Dabei wird zunächst auf die rechtlichen Rahmenbedingungen eingegangen, auf deren Basis öffentliche Krankenhäuser private Unternehmen einsetzen dürfen. Es wird erläutert, wie weit diese Unterstützung gehen darf. Es zeigt sich, dass Private bereits heute auf vielfältige Weise von öffentlichen Krankenhäusern einbezogen werden, bei PPP die Intensität der Partnerschaft aber über die etablierten Ansätze hinausgeht. Dies wird durch eine vergleichende Un-

tersuchung belegt, aus der die Unterschiede gegenüber bisherigen Kooperationsmodellen, wie gemischtwirtschaftlichen Servicegesellschaften, Betriebsführungsmodellen etc. hervorgehen. In keinem der bisherigen privatwirtschaftlichen Ansätze wurde eine ganzheitliche lebenszyklusübergreifende Herangehensweise verfolgt, wie sie für PPP typisch ist. Dass PPP eine echte Alternative zur materiellen Privatisierung darstellt, geht aus der Abgrenzung beider Privatisierungsformen hervor. Es wird herausgearbeitet, dass im Gegensatz zur materiellen Privatisierung bei PPP die öffentliche Trägerschaft des Krankenhauses erhalten bleibt.

Nach der Klärung der rechtlichen Grundlagen für den Einsatz Privater in öffentlichen Krankenhäusern rückt die Krankenhaus-Immobilie in den Mittelpunkt der Untersuchung. Es wird dargelegt, dass sich Krankenhäuser als Sonderimmobilien in vielfältigen Aspekten von anderen Immobilienarten unterscheiden. Viele Gebäude eines Krankenhauses sind durch hohe technische Komplexität sowohl der baulichen Struktur als auch der im Gebäude ablaufenden Leistungsprozesse gekennzeichnet und weisen eine kurze wirtschaftliche Lebensdauer auf. Außerdem zeigt sich, dass die in einem Krankenhaus ablaufenden Leistungsprozesse oft speziell darauf ausgerichtete Gebäudestrukturen erfordern, wodurch viele Gebäude eine geringe Drittverwendungsfähigkeit aufweisen.

Als weitere wesentliche Rahmenbedingung für die Anwendung von PPP wird die Finanzierung öffentlicher Krankenhäuser beleuchtet, wobei die Unterschiede zwischen kommunalen Häusern und Universitätsklinika Beachtung finden. Es werden die Besonderheiten der dualistischen Finanzierung infolge der Trennung von Investitions- und Betriebskostenfinanzierung dargestellt, die neuesten Gesetzesinitiativen in den Ländern vorgestellt und die daraus resultierenden Auswirkungen auf PPP-Vorhaben diskutiert.

Um konkrete Projekterfahrungen in die Untersuchungen einbeziehen zu können, wird eine Fallstudienanalyse durchgeführt. Im **vierten Kapitel** wird auf die dafür genutzte wissenschaftliche Methodik eingegangen und verdeutlicht, dass die ausgewählten Projekte hierfür eine geeignete Datengrundlage darstellen. In die Untersuchung wurden alle der sieben ersten PPP-Projekte einbezogen, die beginnend in 2003 von öffentlichen Krankenhäusern ausgeschrieben wurden. Mit den zusammengestellten Projektinformationen wird eine Datenbasis geschaffen, die zukünftigen Forschungen als Grundlage dienen kann.

Die Auswertung der Fallstudienanalyse erfolgt im Rahmen des **fünften Kapitels**. Bereits die Tatsache, dass in der Umsetzung befindliche Projekte existieren, zeigt, dass PPP als Beschaffungsvariante im Krankenhausbereich eingesetzt werden kann. Als Ergebnis der Untersuchungen wird aber auch deutlich, dass dafür die Einhaltung grundlegender Anforderungen sowie eine geeignete Ausgestaltung der Projekte notwendig ist. Ansonsten drohen Projektabbrüche, die sowohl auf öffentlicher als auch auf privater Seite zu vermeidbaren Kosten führen.

Zur Unterstützung öffentlicher Krankenhausträger, die den Einsatz von PPP als Beschaffungsvariante planen, wird ein krankenhausspezifischer PPP-Eignungstest entwickelt. Dieser versetzt die Entscheidungsträger in die Lage einzuschätzen, ob PPP für ihre Projektentwicklung eine umsetzbare und geeignete Beschaffungsvariante darstellt. Darin sind auch Gestaltungsempfehlungen enthalten, wie das Optimum eines umsetzungsfähigen und effizienten PPP-Projektes erreicht werden kann. Um den Einsatz des PPP-Eignungstests in der Praxis zu erleichtern, werden darüber hinaus u.a. Checklisten als Hilfsmittel zur Verfügung gestellt.

Die Methodik des entwickelten PPP-Eignungstest enthält neue Ansätze, deren Anwendung sektorübergreifend zur Verbesserung der Vorbereitung von PPP-Projekten beitragen kann. So stellt die zeit- und kapitalsparende zweistufige Prüfung ein innovatives Vorgehen dar, das auf andere Bereiche des öffentlichen Hochbaus übertragbar ist.

Abschließend wird der entwickelte PPP-Eignungstest verifiziert, indem er auf ein weiteres in der Ausschreibung befindliches PPP-Krankenhausprojekt angewendet wird. Zusammen mit der Anwendung auf die Fallstudienprojekte kann gezeigt werden, dass mit diesem Instrument die Schwachstellen einer PPP-Projektplanung sowie potenzielle Komplikationen mit dem PPP-Ansatz aufgezeigt werden können. Um eine Beurteilung der tatsächlichen Praxis-tauglichkeit und Anwendungsfreundlichkeit dieser Entscheidungshilfe vornehmen zu können, bedarf es allerdings der Anwendung des Instrumentes bei weiteren Projektplanungen.

Nach der bisher geringen Anzahl an Pilotprojekten im Krankenhausbereich ist in den nächsten Jahren mit einer stetig steigenden Anzahl an PPP-Projekten zu rechnen. Konkrete Projektplanungen in vielen Krankenhäusern deuten dies an. Durch die in dieser Arbeit vorgelegten Auswertungen können die Projektverantwortlichen neuer Projekte die Ergebnisse und Erfahrungswerte bisheriger Projekte in ihre Überlegungen einbeziehen und ihre Projektplanungen optimieren.

**Anknüpfungspunkte für weitere Forschungen** ergeben sich aus der bisher noch geringen Vertragslaufzeit der untersuchten Projekte. Liegen für die Fallstudienprojekte vermehrt auch Erfahrungen in der Betriebsphase vor, könnte diese mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit in Beziehung gesetzt werden. Zudem könnten die Empfehlungen zur Konzeption von PPP-Projekten im Krankenhausbereich erweitert werden.

Auch eine Ausweitung der Untersuchung auf nachfolgende Stufen der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung ist denkbar. Nachdem der PPP-Eignungstest für Krankenhaus-Projektentwicklungen im Fokus der vorliegenden Arbeit steht, lassen Untersuchungen zur monetären Bewertung, die im Rahmen der vorläufigen und abschließenden Wirtschaftlichkeitsuntersuchung durchgeführt werden, weitergehende Erkenntnisse erwarten.

Eine vertiefende Untersuchung einzelner Prüfkriterien verspricht ebenfalls zusätzlichen Erkenntnisgewinn. Hier bieten sich z.B. weitergehende Forschungen zur Sicherheitenstrukturierung für Finanzierungen im Rahmen von Krankenhaus-PPP an. Ein weiteres potenzielles Forschungsthema stellen die Schnittstellen zwischen den Projektpartnern dar. Hier steht die Frage im Raum, wie sich die Leistungsbereiche der Partner innerhalb des komplexen Gesamtgefüges eines Krankenhauses nachhaltig und eindeutig abgrenzen lassen.

Weitere Forschungen sind auch bezüglich der Vertragsstrukturen notwendig, insbesondere da die Leistungserbringung in den Krankenhäusern durch vielfältige Veränderungsprozesse geprägt ist. Hinsichtlich der Frage, welche Auswirkungen durch Gesetzesänderungen, den medizinischen und technischen Fortschritt, neue Patientenbedürfnisse etc. auf die Partnerschaft bestehen und wie diese in den Verträgen nachhaltig über die langfristige Vertragsdauer geregelt werden können, besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.

## Anhang 1: Strukturierter Fragebogen

### Fallstudie

#### Untersuchung des PPP-Krankenhaus-Projektes ... am Klinikum ...

- Vorbemerkungen -

#### **Ziel der Fallstudie:**

Mit meiner Dissertation „Public Private Partnership (PPP) für öffentliche Krankenhäuser“ verfolge ich das Ziel, Gestaltungsempfehlungen für zukünftige lebenszyklusorientierte PPP-Projekte in öffentlichen Krankenhäusern abzuleiten. Dazu soll im Rahmen der vorliegenden Befragung ausgewählte, in der Planung bzw. Realisierung befindliche PPP-Krankenhaus-Projekte in der BRD untersucht werden, um die bestehenden Praxiserfahrungen in die Arbeit einfließen zu lassen.

Ziel der Fallstudienuntersuchung ist es, Informationen zum konkreten Projektinhalt, der Finanzierung sowie der gewählten Risiko- und Vertragsstrukturen zu sammeln. Die Projektinformationen werden im Rahmen der Dissertation ausgewertet und dienen als Grundlage für die Ableitung von Handlungsempfehlungen für eine erfolgreiche Gestaltung von PPP-Projekten im Krankenhausbereich.

#### **Wissenschaftliche Betreuung der Dissertation:**

Prof. Dr.-Ing. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Hans Wilhelm Alfen  
Professur Betriebswirtschaftslehre im Bauwesen  
Bauhaus-Universität Weimar

#### **Hinweis zur Vertraulichkeit:**

Der Autor der Untersuchung verpflichtet sich gegenüber den Teilnehmern an der Fallstudienuntersuchung zur strikten Einhaltung des Datenschutzes. Die besprochenen Sachverhalte werden nach Abschluss der Gespräche in Protokollform festgehalten und dem Projektleiter zur Freigabe vorgelegt.

#### **Kontakt:**

Für Fragen und Anregungen zu der Fallstudienuntersuchung stehe ich Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Dipl.-Wirtsch.-Ing. Dirk Daube  
Bauhaus-Universität Weimar  
Professur BWL im Bauwesen  
Marienstraße 7A  
99423 Weimar

Tel.: 03643-584380

Fax: 03643-584565

E-Mail: dirk.daube@uni-weimar.de

**Fallstudie**  
**Untersuchung des PPP-Krankenhaus-Projektes ... am Klinikum ...**  
 - Fragestellungen -

**Bereich A - Projektinhalt**

A1. Welche Leistungen wurden auf private Partner übertragen?	ja	nein	Konkrete Leistungen
a) Planung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bitte eintragen
b) Bau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bitte eintragen
c) Finanzierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bitte eintragen
d) Diagnostisch-therapeutische Dienstleistungen (z.B. Labor, Radiologie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bitte eintragen
e) Medizinisch-technische Ver- und Entsorgungs-Dienstleistungen (z.B. Sterilisation, Stationsverpflegung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bitte eintragen
f) Instandhaltung und Wartung medizin-technischer Anlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bitte eintragen
g) Technisches Facility Management (z.B. Wartung & Instandhaltung der Gebäudetechnik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bitte eintragen
h) Infrastrukturelles Facility Management (inkl. Zentrale Gebäudedienste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bitte eintragen
i) Kaufmännisches Facility Management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bitte eintragen

A2. Welche Leistungen werden im Rahmen des PPP-Projektes vom öffentlichen Auftraggeber übernommen?

bitte eintragen

**Bereich B - Ziele**

B.1 Welche Ziele verfolgte der öffentliche Auftraggeber mit der Initiierung des PPP-Projektes?

Bitte nehmen Sie eine Bewertung der für das Projekt maßgebenden Ziele hinsichtlich deren Relevanz bei der Planung des Projektes vor!

	nicht	(relevant)			sehr
	0	1	2	3	4
a) Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung	<input type="checkbox"/>				
b) Zufriedenheit der Patienten als Kunden	<input type="checkbox"/>				
c) Erhöhung der Wirtschaftlichkeit/ Kostenreduzierung	<input type="checkbox"/>				
d) Wettbewerbsfähigkeit des Klinikums	<input type="checkbox"/>				
e) Technologie- und Wissenstransfer von privaten Partnern	<input type="checkbox"/>				
f) Bauzeiteinsparung	<input type="checkbox"/>				
g) Nutzung von privatem Kapital	<input type="checkbox"/>				
h) Konzentration auf die Kernkompetenzen des Klinikums	<input type="checkbox"/>				

**Bereich C - Entscheidungsvorbereitung**

C.1 In welchen Bereichen gab und gibt es in den fünf Jahren vor Initiierung des PPP-Projektes privatwirtschaftliche Kooperationen in Ihrem Klinikum?

bitte eintragen

C.2 Wurde im Vorfeld für das PPP-Vorhaben eine Wirtschaftlichkeitsuntersuchung durchgeführt? Wenn ja, wo wurden Vorteile und Nachteile für die Beschaffungsvariante PPP gegenüber anderen Beschaffungsvarianten (i.d.R. konventionelle Beschaffung) erwartet?

	ja	nein
Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung vor Entscheidung für PPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bitte eintragen

C.3 Welche Methoden setzen Sie i.d.R. ein, um über die mögliche Einbeziehung eines privaten Partners zu entscheiden?

	ja	nein
a) Nutzwertanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) statische monetäre Untersuchung der Wirtschaftlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) dynamische monetäre Untersuchung (Barwertmethode)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kosten-Nutzen-Analyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) weitere bitte eintragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bereich D - Projektstruktur**

D.1 Wer ist der öffentliche Auftraggeber des PPP-Projektes und wie ist dieser strukturiert (Rechtsform, Gesellschafter)?

bitte eintragen

D.2 Wer sind die privaten Vertragspartner des PPP-Projekts?

bitte eintragen

D.3 Welche Verträge wurden zwischen den Vertragspartnern geschlossen?

bitte eintragen

D.4 Über welchen Zeitraum erstrecken sich die Teilphasen des Projektes?

a) Dauer der Planungsphase	bitte eintragen
b) Dauer der Bauphase	bitte eintragen
c) Vertragliche Dauer der Betriebszeit	bitte eintragen
d) Beginn der Vertragslaufzeit für betriebliche Leistungen	bitte eintragen
e) Verlängerungsoption bei Betriebslaufzeit vorgesehen?	ja/ nein

D.5 Bestehen besondere Eintrittsrechte oder Exit-Optionen für den öffentlichen Auftraggeber im Rahmen des PPP-Vertragswerkes (z.B. bei Insolvenz des Privaten, Schlechtleistung etc.)

bitte eintragen

**Bereich E - Finanzierung**

E.1 Welches Investitionsvolumen weißt das Projekt auf?

a) Baukosten:	bitte eintragen
b) Betriebskosten pro Jahr:	bitte eintragen
c) Barwert der Betriebskosten über die gesamte Vertragsdauer:	bitte eintragen
d) Kosten der Erstausrüstung	bitte eintragen
e) Höhe des gesamten Investitionsvolumens	bitte eintragen

E.2 Wie wurde das Projekt finanziert?

	ja	nein
a) Projektfinanzierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Forfaitierung mit Einredeverzicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Forfaitierung ohne Einredeverzicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.3 Welche Eigenmittel wurden für das Projekt eingesetzt?

	ja	nein
a) Fördermittel des Landes (Investitionsförderung) bzw. Bundes (HBFVG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eigenkapital durch Beteiligung eines privaten Dritten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verwertung nicht mehr benötigter Grundstücken bzw. Übertragung der Grundstücke auf Investor mit dem Recht zur Verwertung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <input type="text" value="weitere bitte eintragen"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.4 Welche Sicherheiten wurden seitens des öffentlichen AG gegenüber den privaten Partnern gewährt, und umgekehrt?

bitte eintragen

E.5 Wurden Reservekonten angelegt? Wenn ja, für welchen Zweck wurden diese angelegt? (z.B. Instandhaltungsmaßnahmen) Welche Zugriffsrechte bestehen? Wie erfolgen die Entscheidungen über deren Verwendung?

	ja	nein
Reservekonten angelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bitte eintragen		

**Bereich F - Risikoverteilung**

F.1 Welche Risiken wurden als die wesentlichen in dem PPP-Projekt identifiziert?

Risiko 1	Risiko benennen	Risikowirkung beschreiben	
Risiko 2	Risiko benennen	Risikowirkung beschreiben	
Risiko 3	Risiko benennen	Risikowirkung beschreiben	
Risiko 4	Risiko benennen	Risikowirkung beschreiben	
Risiko 5	Risiko benennen	Risikowirkung beschreiben	
Risiko 6	Risiko benennen	Risikowirkung beschreiben	
Risiko 7	Risiko benennen	Risikowirkung beschreiben	
Risiko 8	Risiko benennen	Risikowirkung beschreiben	
Risiko 9	Risiko benennen	Risikowirkung beschreiben	
Risiko 10	Risiko benennen	Risikowirkung beschreiben	

F.2 Wurden die identifizierten Risiken bewertet und Schadenshöhe sowie Eintrittswahrscheinlichkeit eingeschätzt?

	ja	nein
Risiken bewertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Frage F.2 mit "ja" beantwortet wurde, bitte weiter mit "Risikoliste" auf gesondertem Ausfüllblatt. [hier nicht abgedruckt]

**Bereich G - Vertragsmechanismen**

G.1 Wie wird mit dem Eigentum an dem Grundstück verfahren?

bitte eintragen

G.2 Wurde eine outputorientierte Leistungsbeschreibung vorgenommen? Wenn nicht durchgehend, für welche Leistungen ja, für welche nein?

bitte eintragen

G.3 Welche Servicelevels wurden für die auf den Privaten übertragenen Leistungen vereinbart?

bitte eintragen

G.4 Wurden für zukünftige Investitions- und Instandhaltungsmaßnahmen Budgets vereinbart? Wird deren Einsatz jährlich zwischen den Partnern verhandelt?

bitte eintragen

G.5 Welche Vergütungsmechanismen wurden eingesetzt?

	ja	nein
a) Leistungsunabhängige Grundvergütung des Privaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vergütung des Privaten ist von der Nachfrage abhängig (z.B. Anzahl Patienten pro Jahr; Anzahl Nutzer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wurde ein Malus-System eingesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wenn c) zutrifft, welche Abzüge vom Entgelt wurden bei welchen Schlecht- oder Nichtleistungen d.h. Nichterreichen der Servicelevel, vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

zu d) bitte eintragen

G.6 Wurden zyklische Projektbesprechungen zwischen öffentlichen und privaten Partnern vereinbart, z.B um den Stand des Projektes, die Verwendung von Investitions- bzw. Instandhaltungsbudgets oder notwendige Vertragsanpassungen zu besprechen?

bitte eintragen

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

---

## Anhang 2: Interviewpartner

Für die Fallstudienanalyse wurden Interviews mit Projektverantwortlichen geführt, die im Folgenden aufgeführt sind.

**Herr Dr. Volker Wendel**, Stellvertretender Verwaltungsdirektor, Leiter Unternehmensentwicklung, Universitätsklinikum Esse, Persönliches Gespräch am 19.6.2007 in den Räumen des Universitätsklinikums.

**Herr Jens Rauber**, Projektleiter, medfacilities Entwicklung - Bau - Betrieb, ein Unternehmen der Uniklinik Köln, Persönliches Gespräch am 4.7.2007 in den Räumen des Kölner Universitätsklinikums.

**Frau Mechthild Greive**, Hauptgeschäftsführerin des Klinikums Dortmund und **Herr Jacoby**, Persönliches Gespräch am 4.7.2007 in den Räumen des Klinikums Dortmund.

**Herr Frederik Buscher**, Leiter des Referats Landesangelegenheiten Krankenhauswesen, Planung, Förderung, Pflegesatzrecht, c/o Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen, Persönliches Gespräch am 29.7.2008 in Bremen.

**Herr Gerold Eckardt**, Geschäftsführer und **Herr Dr. Thomas Axer**, Stellvertretender Geschäftsführer, Persönliches Gespräch am 30.7.2007 in den Räumen der Allgemeinen Klinikum Viersen GmbH.

**Herr Dr. Mark Wähling**, Bauherrenvertretung, Universitätsklinikum Düsseldorf, Persönliches Gespräch u.a. am 9.9.2008.

**Herr Ralf Kampf**, Projektleiter, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, u.a. Gespräch am 9.12.2008 im Rahmen des Euroforum-Kongress „Public Private Partnership - Die Krankenhausfinanzierung der Zukunft?!“, Berlin.

**Herr Karsten Valentin**, Technischer Leiter und Baubeauftragter der Hochtaunus-Kliniken gGmbH, Persönliches Gespräch am 18.3.2010 in Weimar.

Darüber hinaus wurden in einem Zeitraum von 2007 bis 2010 auf Fachtagungen mit zahlreichen Experten Gespräche geführt, deren Ergebnisse ebenso in die Arbeit eingeflossen sind.

**Anhang 3: Gliederung des Krankenhauses nach DIN 13080**

Quelle: DIN 13080, S. 3.

Schlüsselnummer	Benennung <sup>a</sup>	Schlüsselnummer	Benennung <sup>a</sup>
<b>1.00</b>	<b>Untersuchung und Behandlung</b>	3.03	Information und Dokumentation
1.01	Aufnahme und Notfallversorgung	3.04	Bibliothek
1.02	Arztdienst	<b>4.00</b>	<b>Soziale Dienste</b>
1.03	Funktionsdiagnostik	4.01	Serviceeinrichtungen
1.04	Endoskopie	4.02	Seelsorge und Sozialdienst
1.05	Laboratoriumsmedizin	4.03	Personalumkleiden
1.06	Prosektur/Pathologie <sup>b</sup>	4.04	Personalspeisenversorgung
1.07	Radiologische Diagnostik	<b>5.00</b>	<b>Ver- und Entsorgung</b>
1.08	Nuklearmedizinische Diagnostik	5.01	Arzneimittelversorgung
1.09	Operation	5.02	Sterilgutversorgung
1.10	Entbindung	5.03	Geräteversorgung
1.11	Strahlentherapie	5.04	Bettenaufbereitung
1.12	Nuklearmedizinische Therapie	5.05	Speisenversorgung
1.13	Physikalische Therapie	5.06	Wäscheversorgung
1.14	Ergotherapie	5.07	Lagerhaltung und Güterumschlag
1.15	Bereitschaftsdienst	5.08	Wartung und Reparatur
<b>2.00</b>	<b>Pflege</b>	5.09	Abfallbeseitigung
2.01	Allgemeinpflege	5.10	Haus- und Transportdienst
2.02	Wöchnerinnen- und Neugeborenenpflege	<b>6.00</b>	<b>Forschung und Lehre</b>
2.03	Intensivmedizin	6.01	Forschung
2.04	Dialyse	6.02	Lehre
2.05	Säuglings- und Kinderkrankenpflege	6.03	Ausbildung und Schulung
2.06	Infektionskrankenpflege	<b>7.00</b>	<b>Sonstiges</b>
2.07	Pflege psychisch Kranker	7.01	Rettungsdienst
2.08	Pflege — Nuklearmedizin	7.02	Limited Care Dialyse
2.09	Aufnahmepflege	7.03	Kinderbetreuung
2.10	Pflege — Geriatrie	7.04	Dienstleistungen nach außen
2.11	Tagesklinik	7.05	Dienstleistungen von außen
<b>3.00</b>	<b>Verwaltung</b>	7.06	Wohnen
3.01	Leitung und Verwaltung		
3.02	Archivierung		
<sup>a</sup>	Funktionsbereiche sind fett gedruckt. Funktionsstellen sind mager gedruckt.		
<sup>b</sup>	Die Benennungen der Funktionsstelle mit der Schlüsselnummer 1.06 ist „Prosektur“, wenn keine Pathologie vorhanden ist.		

## Anhang 4: Sicherungsinstrumente

Es können verschiedene Sicherungsinstrumente unterschieden werden, die zur Abdeckung des Insolvenzrisikos der Krankenhausträgergesellschaft in Betracht kommen. Zunächst wird näher auf die Formen der **Personalsicherheit** eingegangen:

- Im Rahmen einer **Bürgschaft** verpflichtet sich der Bürge gegenüber dem Gläubiger eines Dritten, dem Hauptschuldner für die Erfüllung der Verbindlichkeiten dieses Dritten einzustehen. Das heißt der Krankenhausträger, also die Kommune bzw. das Land, verpflichten sich gegenüber der privaten Projektgesellschaft, für die Erfüllung der Verbindlichkeiten der privatrechtlich organisierten Krankenhausgesellschaft einzustehen.<sup>1014</sup> Um das Risiko und die Absicherungskosten zu minimieren, können Höhe und Laufzeit der Bürgschaft begrenzt werden,<sup>1015</sup> d.h. auf die Bedingungen des konkreten PPP-Projektes abgestimmt werden.
- Bei einer **Garantie** verpflichtet sich der Garantgeber (Garant), für einen bestimmten zukünftigen Erfolg einzustehen und die Gefahr eines zukünftigen Schadens zu übernehmen. Mit dieser Sicherheit kann sich der Krankenhausträger im Falle der Insolvenz der privaten Krankenhausgesellschaft zur Weiterzahlung des Leistungsentgelts bei vertragsgemäßer Leistung des Privaten verpflichten. Gleichfalls würden damit etwaige Schäden des Privaten durch die Insolvenz übernommen.<sup>1016</sup>

Dabei muss der Krankenhausträger den garantierten Erfolg nicht selbst herbeiführen, sondern im Falle des Nichteintritts den wirtschaftlichen Ausfall des privaten Partners als Garantieberechtigten decken. Auch bei der Garantie ist zur Reduzierung der Bereitstellungskosten eine Begrenzung der Höhe und der Zeit (entsprechend den Erfordernissen des konkreten PPP-Projektes) vorzunehmen.<sup>1017</sup>

- Der Begriff der **Patronatserklärung** wird sehr weitläufig verwendet. Im Kern dient eine solche Erklärung von Muttergesellschaften gegenüber deren Töchtern dazu, das Zutrauen in die Erfüllungsfähigkeit der betreffenden Gesellschaft zu erhöhen.<sup>1018</sup> Dabei ist zwischen „weichen“ und „harten“ Patronatserklärung zu unterscheiden. Während die erstere keinen Sicherungswert für den Gläubiger bietet,<sup>1019</sup> übernimmt im zweiten Fall die Muttergesellschaft die Gewähr für die zukünftige Leistungsfähigkeit der Tochter.

Diese „harte“ **Patronatserklärung** wird ebenso wie die Bürgschaft und die Garantie in der Bilanz der Muttergesellschaft vermerkt. Als Besonderheit wird i.d.R. zunächst ein Vorgehen gegen den Hauptschuldner (die privatrechtlich organisierte Krankenhausträ-

<sup>1014</sup> Bei der Bürgschaft handelt es sich um eine akzessorische Sicherheit. Damit bestimmt sich die Höhe der Haftung entsprechend der Höhe der (verbleibenden) Hauptschuld. Zudem haftet der Bürge bei einer Bürgschaft nur subsidiär, d.h. er muss nur zahlen, wenn der Hauptschuldner keine Zahlung leistet.

<sup>1015</sup> Vgl. §§ 765 ff. BGB; Miksch (2007), S. 92

<sup>1016</sup> Im Gegensatz zur Bürgschaft ist die Garantie eine nicht akzessorische Sicherheit. Sie stellt ein selbstständiges Versprechen dar und ist nicht an das Grundgeschäft gebunden, sodass es hierbei nicht auf den Bestand der Hauptschuld ankommt.

<sup>1017</sup> Vgl. Peridon/ Steiner (2002), S. 388; Miksch (2007), S. 92 ff.

<sup>1018</sup> Vgl. Miksch (2007), S. 93.

<sup>1019</sup> Eine „weiche“ Patronatserklärung hat für die Muttergesellschaft den Vorteil, dass die Bilanzausweispflicht bzw. die Angabe im Geschäftsbericht vermieden wird, da keine rechtlich bindenden Verpflichtungen für die Muttergesellschaft damit verbunden sind.

gergesellschaft) verlangt, ehe der Patron (der/die Gesellschafter der Krankenhausträgergesellschaft) in Anspruch genommen wird. Durch diese Regelung stellt die Patronatserklärung für den privaten Partner als Gläubiger eine deutlich schlechtere Sicherheit dar als die gesetzlich geregelte Bürgschaft.<sup>1020</sup>

- Eine weitere Form der Personalsicherheit ist der **Schuldbeitritt**, auch Schuldmitübernahme genannt. Dabei tritt zum bisherigen Schuldner ein weiterer kumulativ hinzu, der neben dem bisherigen Schuldner als Gesamtschuldner für eine eigene Schuld haftet. Er hat dabei zu leisten, ohne dass der bisherige Schuldner ausgefallen ist.<sup>1021</sup> Der Gläubiger hat beim Schuldbeitritt zwei Hauptschuldner, von denen er nach freier Wahl Erfüllung verlangen kann. Damit geht die Verpflichtung des Gläubigers bei einem Schuldbeitritt noch über die Sicherung im Rahmen einer Bürgschaft, Garantie oder harten Patronatserklärung hinaus.

Von den Personalsicherheiten sind die **Realsicherheiten** zu unterscheiden, die auch als Grundpfandrechte bezeichnet werden. Diese stellen eine klassische Kreditsicherheit dar, mit denen dingliche Rechte an einem Grundstück erworben werden, die unabhängig von dessen jeweiligen Eigentümer bestehen können.<sup>1022</sup> Sie bieten dem Berechtigten die Gewähr, sich entsprechend der Rangfolge seines Grundpfandrechts Befriedigung zu verschaffen. Die Rechte werden im Grundbuch ausgewiesen und können nur im Zuge eines streng formalisierten Verfahrens geändert werden. Unter anderem deshalb stellen Grundpfandrechte das bevorzugte Sicherungsmittel für langfristige und größere Kredite dar, insbesondere im Rahmen der Immobilienfinanzierung.<sup>1023</sup> Es werden im Wesentlichen zwei Arten von Grundpfandrechten unterschieden, die Hypothek und die Grundschuld.<sup>1024</sup>

- Mit einer **Hypothek**<sup>1025</sup> wird eine persönliche Forderung gegen den Eigentümer oder einen Dritten besichert. Dabei besteht eine direkte Abhängigkeit von der dazugehörigen Geldforderung (akzessorisch). Sinkt die zugrunde liegende Geldforderung (z.B. durch getätigte Rückzahlungen), ändert sich dementsprechend auch die Höhe der Hypothek. Die Rechtslage kommt der einer Bürgschaft nahe.<sup>1026</sup>
- Im Unterschied zur Hypothek setzt die **Grundschuld**<sup>1027</sup> keine persönliche Förderung des Gläubigers voraus. Unabhängig von einer Forderung liegt die Grundschuld als Belastung auf einem Grundstück und räumt dem Berechtigten das Recht ein, eine bestimmte Geldsumme aus dem Grundstück zu erhalten (nicht akzessorisch). Die Höhe der Grundschuld bleibt erhalten, auch wenn der Kredit teilweise oder vollständig zurückgezahlt wurde. Damit wird eine Unabhängigkeit vom Fortbestand der besicherten Forderung erreicht.

---

<sup>1020</sup> Vgl. Miksch (2007), S. 94 ff.

<sup>1021</sup> Der Schuldbeitritt ist demnach nicht subsidiär. Vgl. dazu die Bürgschaft als subsidiäre Sicherheit.

<sup>1022</sup> Vgl. Peridon/ Steiner (2002), S. 392.

<sup>1023</sup> Vgl. Peridon/ Steiner (2002), S. 392.

<sup>1024</sup> Die Verpfändung unbeweglicher Sachen kann auch im Rahmen einer Rentenschuld erfolgen. Dieses Grundpfandrecht hat aber für diese Arbeit keine Bedeutung, weshalb auf eine eingehende Erläuterung verzichtet wird. Vgl. weiterführend Peridon/ Steiner (2002), S. 392.

<sup>1025</sup> Vgl. §§ 1113 ff. BGB.

<sup>1026</sup> Vgl. Miksch (2007), S. 96.

<sup>1027</sup> Vgl. §§ 1191 ff. BGB.

Aufgrund der dadurch bedingten flexiblen Einsatzfähigkeit wird die Grundschuld häufig gegenüber der Hypothek bevorzugt.<sup>1028</sup>

Zu den Sicherungsinstrumenten kann auch die Standortsicherheitserklärung gezählt werden:

- Mit der Vorlage einer **Standortsicherheitserklärung** kann der Krankenhausträger gewährleisten, dass z.B. mindestens für die Dauer des PPP-Projektes ein Krankenhaus der aktuellen Leistungskategorie bestehen wird. In dieser Erklärung ist weiterhin festzuschreiben, welche Konsequenzen sich aus einer eventuellen Insolvenz der privatrechtlich organisierten Krankenhausgesellschaft ergeben.

---

<sup>1028</sup> Vgl. Miksch (2007), S. 96.

**Anhang 5: Verteilung ausgewählter Risiken im Fallstudienprojekt WPE am UK Essen.**

Quelle: Eigene Erhebung. Beschreibung der Risiken in Anlehnung an BMVBW (2003d), S. 32 ff.

Risikobezeichnung	Risikobeschreibung	Risikoträger	
		Privater Partner: STRIBA GmbH	Öffentlicher Auftraggeber: WPE gGmbH
Baugrundrisiko	Risiko, dass der Baugrund Eigenschaften aufweist, die den geplanten Bauablauf verzögern oder unmöglich machen	X (vorher erkennbar)	X (vorher nicht erkennbar)
Bausubstanzrisiko	Risiko von Abweichungen der Annahmen bzgl. Art, Beschaffenheit oder Zustand vorhandener Bauwerke oder -teile, die zu zusätzlichen Auflagen, zeitlichen Verzögerungen und/ oder Mehrkosten führen	X	
Planungsrisiko	Risiko, dass die anforderungsgerechte Nutzung eines Gebäudes aufgrund von inhaltlichen, Ablauf- und/oder verfahrenstechnischen Planungsfehlern verzögert oder nicht erreicht wird	X	
Planänderungsrisiko	Risiko, dass sich Leistungsanforderungen des öffentlichen Auftraggebers in der Planungsphase ändern		X
Genehmigungsrisiko	Risiko, dass notwendige Genehmigungen nicht, nicht ausreichend bzw. nur in Verbindung mit erhöhten Auflagen erteilt werden oder die Genehmigungen erst verspätet erteilt werden	X (wenn verschuldet)	X (wenn nicht von STRIBA verschuldet)
Inputrisiko	Risiko, dass die benötigten Einsatzfaktoren teurer als erwartet, von minderer Qualität oder in den benötigten Mengen nicht vorhanden sind	X	
Beschwerde- und Protestrisiko	Risiko, dass Dritte Maßnahmen ergreifen, um gegen die geplante Maßnahme bzw. die Art und Weise der Durchführung zu protestieren oder diese zu verhindern	X (wenn verschuldet)	X (wenn nicht von STRIBA verschuldet)
Schnittstellenrisiko	Risiko von Störungen im Leistungserstellungsprozess infolge des gemeinsamen Nebeneinanders öffentlich zu erbringender Kernleistungen und Leistungen der privaten Partner	X	
Technisches Bauausführungsrisiko	Risiko einer fehlerhaften Umsetzung der Bauplanung	X	
Organisatorisches Bauausführungsrisiko	Risiko mangelhafter Terminplanung und ungenügender Koordination	X	
Risiko der Inbetriebnahme	Risiko, dass die Inbetriebnahme nicht im geplanten Zeitrahmen und/oder Zustand erfolgen kann	X	

Risikobezeichnung	Risikobeschreibung	Risikoträger	
		Privater Partner: STRIBA GmbH	Öffentlicher Auftraggeber: WPE gGmbH
Verfügbarkeitsrisiko (Risiko des betrieblichen Stillstands)	Risiko, dass betrieblicher Stillstand, Betriebsstörungen und/oder Qualitätsprobleme zu Leistungsstörungen führen und definierte Leistungsstandards nicht erreicht werden	X	
Betriebsrisiken aufgrund veränderter Leistungsanforderungen	Risiko, dass Veränderungen der Leistungsanforderungen durch den öffentlichen Auftraggeber Anpassungen bei der Leistungserstellung erfordern		X
Verbrauchsmengenrisiko	Risiko, dass aufgrund des Nutzerverhaltens höhere Verbräuche als prognostiziert entstehen		X
Instandhaltungsrisiko	Risiko, dass verspätete oder unterlassene Instandhaltungsmaßnahmen Folgeschäden hervorrufen und einen erhöhten Instandhaltungsaufwand nach sich ziehen	X	
Überalterungsrisiko	Risiko der Veralterung der technischen Anlagen und Ausstattungsgegenstände	X	
Vandalismusrisiko	Risiko, dass durch vorsätzlich verursachte Schäden zusätzliche, bisher nicht eingeplante Kosten entstehen		X
Finanzierungsrisiko	Risiko, dass das benötigte Kapital nicht zu den geplanten Konditionen zur Verfügung steht	X	
Inflationsrisiko	Risiko, dass sich die tatsächlichen Kosten aufgrund der Inflation gegenüber den geplanten Kosten verändern	X (Bauphase)	X (Betriebsphase)
Risiko der Veränderung der Mehrwertsteuer	Risiko der Veränderung des Umsatzsteuersatzes		X
Insolvenzrisiko der privaten Projektgesellschaft	Risiko der Insolvenz oder des sonstigen Leistungsausfalls der privaten Projektgesellschaft	X	
Auslastungsrisiko (Marktrisiko)	Risiko, dass die Auslastung einer Anlage oder eines Gebäudes von den prognostizierten Werten abweicht		X
Gesetzesänderungsrisiko	Risiko der Veränderung gesetzlicher Bestimmungen und Rahmenbedingungen, die zu Veränderungen der Leistungsanforderungen führen und/oder Auswirkungen auf die Leistungserstellung haben.	X (vorher erkennbar)	X (vorher nicht erkennbar)
Höhere Gewalt	Risiko von Schäden an Gebäuden und Anlagen aufgrund höherer Gewalt (Unwetter, Sturm, Krieg)	x (Bauphase)	x (Betriebsphase)

## Anhang 6: Vorschlag zur Risikoallokation bei PPP-Krankenhaus-Projekten

Quelle: Littwin (2008), S. 9 - 12.

Risiko- bezeichnung	Risikobeschreibung	Risikoträger		Risikoregelung
		Auftrag- nehmer	Auftrag- geber	
<b>1. Grundstücksrisiken</b>				
1.1 Eignung des Grundstücks	Risiko, dass das Grundstück für das Projekt grds. ungeeignet ist (z.B. aufgrund Zuschnitt, Erschließungsmöglichkeit, geotechn. Beschaffenheit)		X	I.d.R. trägt der Auftraggeber das Risiko, es wird auch im Regelfall nicht übertragbar sein
1.2 Baugrundrisiko	Risiko, dass der Baugrund durch Altlasten etc. nur unter erhöhten Kosten bebaut werden kann	X soweit vorab erkennbar	X soweit vorab <u>nicht</u> erkennbar	I.d.R. trägt der Auftraggeber das Risiko, es wird auch im Regelfall nicht übertragbar sein
<b>2. Planungsrisiken</b>				
2.1 Dimensionierungsrisiko	Risiko, dass die Projektanforderungen dem späteren Betrieb nicht gerecht werden	X	X	Übertragbar, soweit für den Auftragnehmer planbar. Prüfung der wirtschaftlichen Grundlagen bzw. Anforderungen (Businessplanung) verbleibt beim Auftraggeber
2.2 Baugenehmigungsrisiko	Risiko, dass eine Baugenehmigung nicht erteilt wird	X	x (soweit vorab <u>nicht</u> erkennbar)	I.d.R. trägt der Auftraggeber das Risiko, es wird auch im Regelfall nicht übertragbar sein
2.3 Fehlplanungsrisiko	Risiko, dass die Planung nicht dem Bedarf bzw. nicht den Qualitätsstandards entspricht	x Grds. Verantwortlichkeit		I.d.R. trägt der Auftraggeber das Risiko, es wird auch im Regelfall nicht übertragbar sein
<b>3. Rechtliche Risiken</b>				
<b>3.1 Allgemeines Gesetzesänderungsrisiko</b>				
Gesetzesänderungsrisiko	Risiko der Änderung von Gesetzen und anderen Vorschriften während der Vertragslaufzeit	X soweit vorab vorhersehbar	X soweit vorher <u>nicht</u> vorhersehbar	Die Abgrenzung erfolgt anhand objektiver Kriterien wie der Veröffentlichung von Gesetzesentwürfen, Gelbdrucken von DIN-Vorschriften etc.
<b>3.2 Risiko der Einhaltung gesetzlicher Vorgaben</b>				
3.2.1 Konformität der Planung mit rechtlichen Vorschriften	Risiko, dass die Planungen nicht vorschriftenkonform erfolgen	X		I.d.R. auf den Auftragnehmer übertragbar
3.2.2 Einhaltung der rechtl. Vorschriften während Bau und Betrieb	Risiko, dass Verstoß gegen Vorschriften die Kosten erhöht oder Projekt (zeitweise) blockiert	X		I.d.R. auf den Auftragnehmer übertragbar

Risiko- bezeichnung	Risikobeschreibung	Risikoträger		Risikoregelung
		Auftrag- nehmer	Auftrag- geber	
3.3 Steuerände- rungsrisiko (insbes. Um- satzsteuer)	Risiko der Kostenerhöhung durch Steuererhöhungen		X	I.d.R.nicht übertragbar, Weiterreichung der Erhö- hung an den Auftraggeber
<b>4. Bau/ Errichtung</b>				
<b>4.1 Fertigstellungsrisiko</b>				
4.1.1 -Gebäude	Risiko, dass das Gebäude nicht an- forderungsgerecht fertiggestellt wer- den kann	X		Risikoverteilung hängt von der Vertragsgestaltung ab, i.d.R. auf den Auftrag- nehmer übertragbar
4.1.2 -Medizin- technik, Sonstiges	Risiko, dass die Medizintechnik und sonstige Ausstattung nicht den An- forderungen entspricht	X		
4.1.3 Gebäude, Ausstattung, etc.	Risiko, dass Gebäude und deren Ausstattung dem Anforderungsprofil - insbes. über die Vertragslaufzeit - nicht mehr genügen		X	Veränderte Anforderungen in baulicher und ausstat- tungs-techn. Hinsicht sind i.d.R. nicht übertragbar, weil nicht vorherseh- und kalkulierbar
<b>4.2 Baukostenrisiko</b>				
4.2.1 -Gebäude	Risiko, dass die Baukosten über der Angebotskalkulation liegen	X		Risikoverteilung hängt von der Vertragsgestaltung ab, i.d.R. auf den Auftrag- nehmer übertragbar
4.2.2 -Medizin- technik, Sonstiges	Risiko, dass die Kaufpreise der Medi- zintechnik und sonstiger Ausstattung über der Angebotskalkulation liegen	X		
4.3 Nachtrags- risiko	Risiko der Kostenerhöhung durch Nachträge		X	Risikoverteilung hängt von der Vertragsgestaltung ab, wird im Regelfall beim Auftraggeber verbleiben, Modifikationen durch Bud- getregelungen und Preis- fortschreibungs- & -findungsklauseln möglich
4.4 Gewähr- leistungs- risiko	Risiko der Kostenerhöhung durch Gewährleistungspflichten	X		Gewährleistungsrisiken trägt der Auftragnehmer
4.5 Streikrisiko	Risiko der Kostenerhöhung durch Streiks in der Bauphase	X	X	Ggf. übertragbar, nicht je- doch generell Risiken Hö- herer Gewalt
<b>5. Betrieb</b>				
5.1 Genehmi- gungsrisiko	Risiko, dass Betriebsgenehmigungen nicht erteilt werden	X		I.d.R. auf den Auftrag- nehmer übertragbar
5.2 Instand- haltungs- u. Wartungs- risiko (z.B. Gebäude)	Risiko, dass Instandhaltungs- und Wartungskosten über der Kalkulation liegen	X		I.d.R. kann dieses Risiko auf Auftragnehmer über- tragen werden. Über Preisgleitklauseln kann die Teilung des Risikos für zukünftige Preisentwick- lungen erfolgen

Risiko- bezeichnung	Risikobeschreibung	Risikoträger		Risikoregelung
		Auftrag- nehmer	Auftrag- geber	
5.3 Verfügbar- keitsrisiko	Risiko, das Gebäude und seine technischen Anlagen über die Laufzeit den technischen Vorgaben der Ausschreibung entsprechend verfügbar sind	X		Abhängig von der Vertragsgestaltung; Auftragnehmer kann Verfügbarkeitsgarantien übernehmen
<b>5.4 Betriebskostenrisiko</b>				
5.4.1 -z.B. Facility Management	Risiko, dass die Betriebskosten über der Kalkulation liegen	X		Abhängig von der Vertragsgestaltung; Risiko kann sinnvoll übertragen werden
5.4.2 -Medizintechnik, Sonstiges	Risiko, dass die Betriebskosten über der Kalkulation liegen	X		Verbrauchsrisiko i.d.R. übertragbar
5.4.3 -klinische Behandlung	Risiko, dass die Betriebskosten über der Kalkulation liegen		X	Originäres Risiko des Auftraggebers
5.5 Energiekostenö- risiko	Risiko, dass die Energiemengen und Energiepreise über der Kalkulation liegen	X (bzgl. Mengen)	X (bzgl. Preise)	Bsp. für vertragliche Gestaltung: Fixierung der Mengen und Indexierung der Preise im Mietvertrag
5.6 Abnahmearisiko (Marktrisiko)	Risiko, dass der Abnehmer für die medizinische Leistung ausfällt		X	I.d.R. trägt der Auftraggeber das Risiko; es wird auch im Regelfall nicht übertragbar sein
5.7 Veränderter Bedarf	Risiko, dass sich der Bedarf ändert und sich dies auf die baulichen Voraussetzungen bzw. auf die erforderlichen Dienstleistungen auswirkt		X	Grundsätzlich trägt der Auftraggeber das Risiko: Eine Verteilung kann mittels Budgetlösungen und Festlegungen von Leistungs- und Preisstandards erfolgen
5.8 Technische Entwicklung, Innovation	Risiko, dass sich der Leistungsinhalt durch technische Entwicklung ändert bzw. Anpassungen notwendig werden	(X)	X	Grundsätzlich trägt der Auftraggeber das Risiko: Eine Verteilung kann mittels Budgetlösungen und Festlegungen von Leistungs- und Preisstandards erfolgen
5.9 Preisrisiko, Änderung des Abrechnungssystems	Risiko, dass medizinische Leistungen abweichend von den Gegebenheiten bei Vertragsschluss abgerechnet werden		X	Abrechnungsfragen sind im Regelfall nicht auf den Auftraggeber übertragbar
5.10 Inflationsrisiko	Risiko, dass durch Inflation bei den Kosten die Kalkulation gefährdet ist		X	I.d.R. nicht übertragbar; Indexierung der inflationsabhängigen Preise
5.11 Versicherungspflicht	Versicherungspflicht bzw. Risiko des Schadensausgleichs bei Unterversicherung	X bzgl. Bestand/ Betrieb des Gebäudes	X bzgl. med.-klinischer Leistungen	Abhängig von der vertraglichen Gestaltung

Risiko- bezeichnung	Risikobeschreibung	Risikoträger		Risikoregelung
		Auftrag- nehmer	Auftrag- geber	
5.12 Schnittstellenrisiko	Risiko, dass sich Zuständigkeitsbereiche verschiedener Leistungen nicht eindeutig abgrenzen lassen und Reibungsverluste eintreten	X	X bei unrichtigen/ unvollständigen Vorgaben	Teilbar, der Auftraggeber trägt i.d.R. das Risiko unvollständiger oder unrichtiger Vorgaben
5.13 Sollzustand bei Rückgabe des Objekts	Risiko, dass bei Übergabe nach Ablauf der Vertragslaufzeit das Objekt dem vereinbarten Soll-Zustand entspricht	X		Übernahme durch den Auftragnehmer
<b>6. Finanzierung</b>				
6.1 Zinsänderungsrisiko während der Laufzeit	Risiko der Kostenerhöhung durch Änderungen des Zinsniveaus	X nach Zuschlag	X während Angebotsphase	Risikoteilung zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer möglich
<b>7. Sonstige Risiken</b>				
7.1 Vandalismusrisiko	Risiko der Kostenüberschreitung infolge Vandalismus	X		Abhängig von vertraglicher Regelung; ggf. auf den Auftragnehmer übertragbar
7.2 Höhere Gewalt	Risiko der Nichtverfügbarkeit des Gebäudes bzw. der Kostenerhöhung gegenüber der Kalkulation infolge Höherer Gewalt		X	Grundsätzlich nicht auf den Auftragnehmer übertragbar; Einbindung in Gesamtversicherungskonzept
7.3 Politisches Risiko	Risiko der Aufhebung/ Änderung des Projektumfangs aufgrund politischer Erwägungen		X	Nicht übertragbar; i.d.R. Kündigungsrechte mit Entschädigungspflicht
7.4 Privatisierungsrisiko (materielle Privatisierung)	Risiko der materiellen Privatisierung eines Krankenhauses während der Vertragslaufzeit; Änderung der Vertragsparteien		X	Nicht übertragbar; i.d.R. Kündigungsrechte mit Entschädigungspflicht
7.5 Insolvenz des Auftragnehmers	Risiko, dass der Auftragnehmer bzw. die Projektgesellschaft insolvent wird		X	Tragung durch den Auftraggeber, jedoch Absicherung durch geeignete Sicherungsinstrumente

**Anhang 7: Fragebogen zur Markterkundung für das PPP-Projekt am AKH Viersen**

Quelle: AKH Viersen GmbH.

<b>Allgemeines</b>	
1	Besteht seitens Ihres Unternehmens Interesse, ggf. als Teil einer Bietergemeinschaft, an einer Ausschreibung für das in der Vorinformation kurz dargestellte PPP-Projekt „Teilneubau und -betrieb des Allgemeinen Krankenhauses in Viersen“ teilzunehmen?  Wenn ihrerseits Interesse besteht, bitten wir Sie, Aussagen zu weiteren Rahmenbedingungen zu treffen. Hierfür haben wir die unten stehenden Fragen vorbereitet. Falls kein Interesse an einer Teilnahme besteht, bitten wir Sie, uns kurz Ihre Gründe mitzuteilen.
2	Besitzt Ihr Unternehmen Erfahrungen in der Durchführung von Projekten, die mit dem „Teilneubau und -betrieb des Allgemeinen Krankenhauses in Viersen“ vergleichbar sind? Falls dies der Fall ist, können Sie uns Beispiele benennen?
<b>Rechtliche Grundlagen</b>	
3	Welche Mindestlaufzeit sollte ein Vertrag haben, der die Leistungen Planung, Bau, Finanzierung und Erstausrüstung sowie die Gebäudeinstandhaltung zum Inhalt hat?
4	Welche Mindestlaufzeit sollte ein Vertrag haben, der die Leistungen Planung, Bau, Finanzierung, Erstausrüstung und Gebäudeinstandhaltung sowie die zusätzlichen gebäudenahe Dienstleistungen wie die Gebäudereinigung, die Energieversorgung, die Entsorgung und die Instandhaltung der Ausstattung zum Inhalt hat?
5	Welche Mindestlaufzeit sollte ein Vertrag haben, der die Leistungen Wäschereinigung und medizintechnische Ausstattung und Instandhaltung zum Inhalt hat?
6	Halten Sie als Vergabeverfahren für dieses Projekt das Verhandlungsverfahren oder den wettbewerblichen Dialog besser geeignet? Bitte begründen Sie kurz.
7	Welche rechtlichen Vorgaben werden aus Ihrer Sicht im Rahmen einer Ausschreibung zwingend benötigt?
<b>Planung / Bau</b>	
8	Wie viele Monate sind für die Planungs- und Bauphase des Neubaus zu kalkulieren? Bitte tragen Sie ihre grobe Schätzung in den beigegefügteten Terminplan (Excel-Datei) ein.
9	Welche Leistungen (Planen, Bauen) würden Sie mit Ihrem Unternehmen bei diesem Projekt erbringen?
10	Welche Leistungen (Planen, Bauen) erbringen kompetente Partner, mit denen Sie bei diesem Projekt zusammenarbeiten würden?
11	Wie sollte die Aufgabenverteilung zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor in der Planungs- und Bauphase aussehen? Bitte tragen Sie Ihren Vorschlag in die beigegefügte Matrix ein.
12	Welche Angaben für Planung und Bau werden aus Ihrer Sicht im Rahmen einer Ausschreibung zwingend benötigt?

Finanzierung	
13	Ist das Finanzierungsmodell Projektfinanzierung für das in der Vorinformation dargestellte Projekt geeignet?
14	Gibt es aus Ihrer Sicht einen Schwellenwert im Hinblick auf das Projektvolumen, bei dessen Unterschreitung eine Projektfinanzierung keinen Sinn macht?
15	Mit welchen Konditionen würden Sie derzeit kalkulieren hinsichtlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigenkapitalanteil, Fremdkapitalanteil,</li> <li>• Mindesteigenkapitalverzinsung,</li> <li>• Finanzierungskonditionen Fremdkapital,</li> <li>• Laufzeit des Kredites,</li> <li>• Tilgungsmodalitäten?</li> </ul>
16	Die AKH Viersen GmbH ist nicht über eine Ausfallbürgschaft o.ä. durch die Gesellschafter (Stadt Viersen etc.) abgesichert. Die Möglichkeit eines Einredeverzichts durch die Stadt besteht aktuell nicht. Welche Sicherheiten (z.B. Grundschuld) sind aus Ihrer Sicht für die Bereitstellung einer Finanzierung erforderlich?
17	Die AKH Viersen GmbH plant, Eigenmittel in Höhe eines einstelligen Millionenbetrages in das Projekt einzubringen. Welche Form der Einbringung (Anschubfinanzierung, nach Übergabe, ratierlich) ist aus Ihrer Sicht am vorteilhaftesten?
18	Besteht aus Ihrer Sicht die Möglichkeit einer Tilgungsaussetzung über einen Zeitraum von ca. 6 Jahren nach Übergabe?
19	Können Ihrer Meinung nach durch das Einsetzen von Finanzierungsinstrumenten (Anleihen, Asset Backed Securities, etc.) günstigere Konditionen erlangt werden?
20	Welche Instrumente halten Sie in dem beschriebenen Projekt für sinnvoll?
21	Welche Angaben für die Finanzierung werden aus Ihrer Sicht im Rahmen einer Ausschreibung zwingend benötigt?

**Anhang 8: Checkliste für Stufe A des PPP-Eignungstests.**

Ergebnisübersicht PPP-Eignungstest, Stufe A:

Prüfung der **Realisierbarkeit** eines PPP-Projektes im Krankenhausbereich:

Prüfkriterium	Bedeutung		Beurteilung (erfüllt/ erfüllbar/ nicht erfüllt)
	Empfehlung	Zugewiesen (K.O./ Kann)	
A-1. Rechtliche Zulässigkeit	K.O.-Kriterium		
A-2. Vereinbarkeit mit den Bedingungen der Investitionskostenförderung	K.O.-Kriterium		
A-3. Politische Unterstützung	K.O.-Kriterium		
A-4. Vereinbarkeit mit strategischer Ausrichtung des Klinikums	K.O.-Kriterium		
A-5. Bestandssicherheit des Krankenhauses	Kann-Kriterium		
A-6. Rechtsformadäquates Sicherheitskonzept	K.O.-Kriterium		
A-7. Abgrenzbarkeit des PPP-Projektes	K.O.-Kriterium		
A-8. Vereinbarkeit des PPP-Vertragsmodells mit bestehender Grundstückseigentümerschaft	K.O.-Kriterium		
A-9. Vereinbarkeit mit bestehenden Vertragsbeziehungen	K.O.-Kriterium		
<b>Gesamtergebnis des PPP-Eignungstestes, Stufe 1:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Bestanden</b> <input type="checkbox"/> <b>Nicht bestanden</b>		

Einzelbetrachtung der Prüfkriterien der Stufe A:

<b>A-1. Rechtliche Zulässigkeit</b>
<p><b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass dem Projekt keine rechtlichen Beschränkungen entgegen stehen.</p> <p><b>Anhaltspunkte für die Beurteilung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formal juristische Zulässigkeit des Projektes ist gegeben</li> <li>• Einsatz des Privaten als Erfüllungsgehilfe liegt vor</li> <li>• Keine Übertragung von primären Leistungen des Krankenhauses geplant</li> <li>• Bei kommunalen Krankenhäusern: Keine kommunalrechtlichen Restriktionen, wie Haushaltsicherung, vorläufige Haushaltsführung, etc.</li> <li>• Kein Verstoß gegen EU-Beihilferecht</li> </ul> <p><b>Notizen:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Beurteilung:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> erfüllt                 <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                 <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar             </p>

<b>A-2. Vereinbarkeit mit den Bedingungen der Investitionskostenförderung</b>
<p><b>Prüfkriterium:</b> Sollen Fördermittel der Investitionskostenfinanzierung in ein PPP-Projekt einbezogen werden, ist sicherzustellen, dass die Planungen mit den spezifischen Rahmenbedingungen vereinbar sind.</p> <p><b>Anhaltspunkte für die Beurteilung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Universitätsklinika ist die Kompatibilität mit den Anforderungen der Investitionsförderung entsprechend den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau (KHG § 5 Abs. 1 Nr. 1) zu prüfen</li> </ul> <p>Anhaltspunkte bei kommunalen Krankenhäusern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinbarkeit von PPP mit den landesspezifischen Anforderungen an die Bewilligung von Fördermitteln der Investitionskostenfinanzierung ist gegeben</li> <li>• Ggf. ist die Inanspruchnahme von länderspezifischen PPP-Fördermöglichkeiten, wie z.B. der Förderung alternativer Beschaffungsvarianten nach § 35a HKHG in Hessen möglich</li> <li>• Vereinbarkeit der PPP-Projektplanungen mit dem zu erwartenden Zeitraum bis zur Bewilligung der beantragten Fördermittel ist gegeben</li> <li>• Ggf. besteht die Möglichkeit, in der Vergangenheit beantragte und nun bewilligte Fördermittel der Investitionskostenfinanzierung in ein PPP-Projekt zu integrieren</li> <li>• Keine Gefährdung der Anerkennung des öffentlichen Krankenhausträgers bei Übertragungen von Leistungen an den privaten Partner im Rahmen des PPP-Projektes</li> <li>• Zulässigkeit der Weiterleitung bewilligter Fördermittel an den privaten Vertragspartner des PPP-Projektes</li> </ul> <p><b>Notizen:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Beurteilung:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> erfüllt                                  <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                                  <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar       </p>

<b>A-3. Politische Unterstützung</b>
<b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass das PPP-Projekt politisch unterstützt bzw. zumindest nicht abgelehnt oder blockiert wird.
<b>Anhaltspunkte für die Beurteilung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Die politische Grundhaltung der Landesregierung bzw. der kommunalen Entscheidungsträger lässt keine ablehnende Grundhaltung gegenüber PPP im Krankenhausbereich erkennen.</li></ul> Anhaltspunkte für politische Unterstützung: <ul style="list-style-type: none"><li>• In dem Bundesland wurden bereits erfolgreich PPP-Projekte realisiert, idealerweise auch im Krankenhausbereich</li><li>• Unterstützung durch eine PPP-Task Force bzw. PPP-Kontaktstelle des Landes wird angeboten</li><li>• Politische (Gesetzes-) Initiativen zur Unterstützung von PPP bestehen</li><li>• Konkrete Projektunterstützung wird gewährt, z.B. durch finanzielle Zusagen des Landes, vgl. hierzu die Förderung alternativer Beschaffungsvarianten nach § 35a HKHG in Hessen</li></ul>
<b>Notizen:</b> ..... ..... ..... ..... .....
<b>Beurteilung:</b> <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar

<b>A-4. Vereinbarkeit mit strategischer Ausrichtung des Klinikums</b>
<b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass die strategische Ausrichtung des Klinikums dem PPP-Projekt nicht entgegen steht.
<b>Anhaltspunkte für die Beurteilung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Es liegen seitens des Klinikums keine konkreten Planungen zur Neuausrichtung des Klinikums vor, die dem PPP-Projekt entgegenstehen und dieses verhindern, wie z.B.<ul style="list-style-type: none"><li>○ eine materiellen Privatisierung des Klinikums,</li><li>○ eine Fusion mit anderen Krankenhäusern, oder</li><li>○ anderweitige strategischen Veränderungen,</li></ul></li><li>• Für den Fall einer strategischen Neuausrichtung des Klinikums während der Vertragslaufzeit des PPP-Projektes besteht die Bereitschaft, dem privaten Partner Zahlungsausfälle zu ersetzen, wenn diese durch strategische Veränderungen des Klinikums bedingt sind</li></ul>
<b>Notizen:</b> ..... ..... ..... ..... .....
<b>Beurteilung:</b> <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar

<b>A-5. Bestandssicherheit des Krankenhauses</b>
<p><b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass der Krankenhausstandort langfristig zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung benötigt wird.</p> <p><b>Anhaltspunkte für die Beurteilung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Universitätsklinika kann ohne Prüfung von einer Bestandssicherheit ausgegangen werden.</li> </ul> <p>Anhaltspunkte bei kommunalen Krankenhäusern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme in Krankenhausplan ist gegeben</li> <li>• Größe und Leistungsumfang des Krankenhauses entsprechen idealerweise mindestens Versorgungsstufe III</li> <li>• Die Notwendigkeit des Krankenhauses zur Versorgung der Bevölkerung ist durch die Konkurrenzsituation vor Ort nicht akut gefährdet</li> </ul> <p><b>Notizen:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Beurteilung:</b></p> <p><input type="checkbox"/> erfüllt                      <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                      <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar</p>

<b>A-6. Rechtsformadäquates Sicherheitenkonzept</b>
<p><b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass zur Absicherung der Finanzierung ein ausreichendes Sicherheitenkonzept vom Krankenhausträger vorgelegt werden kann.</p> <p><b>Anhaltspunkte für die Beurteilung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Krankenhausträgersgesellschaft in öffentlich-rechtlicher Rechtsform besteht keine Insolvenzfähigkeit, die Absicherung von Finanzierungen ist durch den öffentlichen Träger gegeben</li> <li>• Bei Insolvenzfähigkeit der Krankenhausträgersgesellschaft ist eine ausreichende Absicherung der Finanzierung durch die Gesellschafter gegeben, mittels Sicherungsinstrumenten:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personalsicherheit</li> <li>○ Zusätzlich ggf. Realsicherheit</li> <li>○ Zusätzlich ggf. Standortsicherheitserklärung</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Notizen:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Beurteilung:</b></p> <p><input type="checkbox"/> erfüllt                      <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                      <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar</p>

<b>A-7. Abgrenzbarkeit des PPP-Projektes</b>
<b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass in geeigneter Weise Schnittstellen definiert werden können zwischen dem Krankenhaus und den Leistungsbereich des privaten Partners, sodass eine klare Abgrenzung der Verantwortungsbereiche möglich ist.
<b>Anhaltspunkte für die Beurteilung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Eine räumliche Abgrenzung des Baukörpers, der vom Privaten zu verantworten ist, vom restlichen Krankenhauskomplex ist gegeben, wenn nicht das gesamte Klinikum den Vertragsgegenstand eines PPP-Projektes darstellt.</li><li>• Es handelt sich um ein Neubauprojekt oder um eine Totalsanierung.</li><li>• Für Schnittstellen zwischen den Leistungsbereichen des privaten Partners und des Krankenhauses bzw. Dritter in der Betriebsphase lassen sich Regelungen definieren, die Verantwortungsbereiche in geeigneter Weise abzugrenzen</li></ul>
<b>Notizen:</b> ..... ..... ..... .....
<b>Beurteilung:</b> <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar

<b>A-8. Vereinbarkeit des PPP-Vertragsmodells mit bestehender Grundstückseigentümerschaft</b>
<b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass die notwendigen Bedingungen für den Einsatz des geplanten PPP-Vertragsmodells gegeben sind.
<b>Anhaltspunkte für die Beurteilung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ist die Übertragung des Grundstückseigentums an den Privaten nicht möglich oder nicht angestrebt, ist das PPP-Inhabermodell vorgesehen</li><li>• Besteht die Möglichkeit zur Bestellung eines Erbbaurechtes zur zeitlich begrenzten Eigentumsübertragung, sind grundsätzlich alle PPP-Vertragsmodelle, insbesondere das PPP-Erwerbermodell, das PPP-FM Leasingmodell und das PPP-Vermietungsmodell einsetzbar</li><li>• Das vorgesehene PPP-Vertragsmodell eignet sich für die Art der Betriebsleistungen, die der private Partner über die Vertragslaufzeit übernehmen soll; soll z.B. das PPP-Konzessionsmodell eingesetzt werden, handelt es sich idealerweise um Tertiärleistungen</li></ul>
<b>Notizen:</b> ..... ..... ..... .....
<b>Beurteilung:</b> <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträgliche Erfüllung erfüllbar <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar

<b>A-9. Vereinbarkeit mit bestehenden Vertragsbeziehungen</b>
<b>Prüfkriterium:</b> Es ist sicherzustellen, dass dem PPP-Projekt keine bestehenden Vertragsbeziehungen des Klinikums entgegenstehen, sodass dessen Wirtschaftlichkeit bzw. Umsetzbarkeit gefährdet ist.
<b>Anhaltspunkte für die Beurteilung:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Keine Verhinderung des PPP-Projektes durch bestehende Verträge des Klinikums</li><li>• Keine Unwirtschaftlichkeit des PPP-Projektes durch bestehende Verträge, z.B. wegen der Verhinderung von Leistungsübertragungen an den Privaten</li><li>• Be- oder verhindern bestehende Vereinbarungen das PPP-Projekt, ist die Kündigung der bestehenden Verträge oder eine Umstrukturierung des Projektes möglich und vorgesehen</li></ul>
<b>Notizen:</b>
..... ..... ..... ..... .....
<b>Beurteilung:</b> <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar

**Anhang 9: Checkliste für Stufe B des PPP-Eignungstests.**

Ergebnisübersicht PPP-Eignungstest, Stufe B:

Prüfung des zu erwartenden **Effizienzpotenzials** eines PPP-Projektes im Krankenhausbereich:

Prüfkriterium	Bedeutung		Beurteilung (erfüllt/ erfüllbar/ nicht erfüllt)
	Empfehlung	Zugewiesen (K.O./ Kann)	
B-1. Höhe des Projektvolumens	Kann-Kriterium		
B-2. Dauer der Vertragslaufzeit	Kann-Kriterium		
B-3. Umfang der Leistungsübertragung	K.O.-Kriterium		
B-4. Sachgerechte Risikoverteilung	K.O.-Kriterium		
B-5. Einsatz outputorientierter Leistungsbeschreibung	K.O.-Kriterium		
B-6. Einsatz leistungsorientierter Vergütung	K.O.-Kriterium		
B-7. Sicherstellung des Marktinteresses	K.O.-Kriterium		
<b>Gesamtergebnis des PPP-Eignungstestes, Stufe 2:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Bestanden</b> <input type="checkbox"/> <b>Nicht bestanden</b>		

Einzelbetrachtung der Prüfkriterien der Stufe B:

<b>B-1. Höhe des Projektvolumens</b>	
<b>Prüfkriterium:</b> Ist das Projektvolumen für eine Kompensation von Transaktionskosten ausreichend?	
<b>Anhaltspunkte für die Beurteilung</b>	<b>Vorschläge zur Einhaltung der Anforderungen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Allgemeinen sollte das Investitionsvolumen 15 Mio. € nicht unterschreiten</li> <li>• Erbringt der private Partner während der Betriebsphase nur Tertiärleistungen, ist davon auszugehen, dass auch ein einstelliges Investitionsvolumen ausreichend ist, um Effizienzvorteile erzielen zu können</li> <li>• Der Anteil der Betriebskosten am Projektvolumen (Gesamtprojektkosten) sollte 50 % nicht unterschreiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senkung der Transaktionskosten, z.B. durch strukturierte Projektvorbereitung (Zeitaspekt), professionelle Beratung</li> <li>• Bündelung mit weiterer Projekten</li> <li>• Erhöhung der zu bewirtschaftenden Fläche</li> <li>• Erhöhung der Leistungsübertragung auf den privaten Partner</li> <li>• Verlängerung der Vertragslaufzeit zur Erhöhung des Betriebskostenanteils an den Gesamtprojektkosten</li> </ul>
<b>Notizen:</b> ..... ..... ..... .....	
<b>Beurteilung:</b>	
<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar	

<b>B-2. Dauer der Vertragslaufzeit</b>	
<b>Prüfkriterium:</b> Ist die Vertragsdauer ausreichend lang, damit langfristige Investitionen refinanziert werden können?	
<b>Anhaltspunkte für die Beurteilung</b>	<b>Vorschläge zur Einhaltung der Anforderungen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Vertragsdauer unterschreitet einen Mindestwert von 15 Jahren nicht, auch nicht bei hochtechnisierten Gebäuden</li> <li>• Die Vertragsdauer beträgt idealerweise 25 bis 30 Jahre, sodass der Lebenszyklus genutzt werden kann und ein ausreichender Zeitraum zur Refinanzierung der getätigten Investitionen gegeben ist.</li> <li>• Die Vertragsdauer überschreitet einen Maximalwert von 30 Jahren nicht, da sonst rechtlich zwingend ein Kündigungsrecht besteht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufteilung des Gesamtprojektes z.B. nach Einzelgebäuden und Abschluss von Teilverträgen mit verschiedenen Laufzeiten, aber Abstimmung innerhalb eines Gesamtvertragswerkes</li> <li>• Ausschluss von Leistungen, die einer angemessenen langen Vertragslaufzeit entgegenstehen (z.B. Wartung &amp; Instandhaltung Medizintechnik)</li> <li>• Spezielle vertragliche Regelungen, um Investitionen, die eine kürzere wirtschaftliche Lebensdauer aufweisen (z.B. medizin-technische Großgeräte) in ein langfristiges Projekt zu integrieren (vgl. auch Abschnitt 5.2.3.5.2)</li> </ul>
<b>Notizen:</b> ..... ..... ..... ..... .....	
<b>Beurteilung:</b>	
<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar	

<b>B-3. Umfang der Leistungsübertragung</b>	
<b>Prüfkriterium:</b> Ist eine Integration von Planungs-, Bau- und Betreiberleistungen im Rahmen eines Lebenszyklusansatzes möglich?	
<b>Anhaltspunkte für die Beurteilung</b>	<b>Vorschläge zur Einhaltung der Anforderungen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zur Übertragung auf den privaten Partner in der Betriebsphase sind nur tertiäre und ggf. auch sekundäre Unterstützungsleistungen vorgesehen. Eine Übertragung von Primärleistungen ist ausgeschlossen</li> <li>• Neben den erforderlichen Planungs-, Bau-, und Finanzierungsleistungen wird mindestens die bauliche Instandhaltung in der Betriebsphase auf den privaten Partner übertragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übertragung von zusätzlichen Leistungen des technischen Gebäudemanagements (vgl. Abschnitt 5.2.3.3)</li> <li>• Übertragungen von Leistungen im Bereich des infrastrukturellen Gebäudemanagements (vgl. Abschnitt 5.2.3.4)</li> <li>• Ggf. Übertragung von sekundären Unterstützungsleistungen.</li> <li>• Ggf. Übertragung der Bereitstellung sowie Wartung und Instandhaltung von medizin-technischen Großgeräten auf den privaten Partner, sollte aber mit dem Gesamtprojekt abgestimmt sein (vgl. Abschnitt 5.2.3.5)</li> </ul>
<b>Notizen:</b> ..... ..... ..... ..... .....	
<b>Beurteilung:</b>	
<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträgliche Erfüllung möglich <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar	

<b>B-4. Sachgerechte Risikoverteilung</b>	
<b>Prüfkriterium:</b> Ist ein optimaler Risikotransfer möglich und gewollt?	
<b>Anhaltspunkte für die Beurteilung</b>	<b>Vorschläge zur Einhaltung der Anforderungen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Es besteht die Bereitschaft auf Seiten des öffentlichen Krankenhauses die Risikoverteilung offen zu diskutieren bzw. zu verhandeln und ggf. auch von eigenen Positionen abzurücken</li><li>• Die geplante Risikoverteilung entspricht dem Risikoverteilungsgrundsatz</li><li>• Die geplante Risikoverteilung orientiert sich an den Empfehlungen offizieller Stellen, wie PPP-Task Forces</li><li>• Die Übertragung des Auslastungsrisikos (Marktrisikos) sowie des Risikos der Insolvenz des öffentlichen Krankenhaus wird nicht auf den privaten Partner übertragen</li><li>• Das Verfügbarkeitsrisiko wird auf den privaten Partner übertragen, sodass die damit verbundenen Anreizmechanismen aktiviert werden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Frühzeitige Information und Know-how-Aufbau bei Vertretern des Krankenhauses zu den Risiken, die über die langfristige Vertragslaufzeit eines PPP-Projektes zu beachten (und zu verteilen) sind</li><li>• Um später zeitintensive Verhandlungen zu vermeiden, sollte die vorgeschlagene Risikoverteilung des öffentlichen Krankenhauses bereits möglichst marktkonform sein, d.h. die Interessen der potenziellen Bieter berücksichtigt werden</li><li>• Bereitstellung fundierter Informationen an die Bieter, sodass diese bestehende Risiken möglichst gut einschätzen können</li><li>• Einholung von Unterstützung durch PPP-Kompetenzzentren, erfahrene Vertreter anderer Krankenhäuser oder Berater</li></ul>
<b>Notizen:</b> ..... ..... ..... ..... .....	
<b>Beurteilung:</b>	
<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar	

<b>B-5. Einsatz outputorientierter Leistungsbeschreibungen</b>	
<b>Prüfkriterium:</b> Ist eine outputorientierte Leistungsbeschreibung umsetzbar und geeignet?	
<p><b>Anhaltspunkte für die Beurteilung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der geplanten outputorientierten Beschreibung von Leistungen ist zulässig. Es stehen dem keine gesetzliche Regelungen oder anderweitige Vorschriften entgegen</li> <li>• Eine outputorientierte Leistungsbeschreibung ist für einen möglichst umfangreichen Anteil der zu übertragenen Leistungen sinnvoll möglich</li> <li>• Es besteht die Bereitschaft des öffentlichen Krankenhausträgers da wo es möglich und gesetzlich zulässig ist, outputorientiert auszu-schreiben</li> <li>• Es sind in ausreichendem Maße personelle Kapazitäten, Sachverstand und Zeit vorgesehen und verfügbar, um die outputorientierte Leistungsbeschreibung zu erarbeiten</li> </ul>	<p><b>Vorschläge zur Einhaltung der Anforderungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soweit vorhanden, Nutzung von Standardisierungsvorschlägen zur Formulierung von outputorientierten Leistungsbeschreibungen</li> <li>• Einbeziehung der Erfahrungen anderer PPP-Projekte im Krankenhausbereich</li> <li>• Nutzung der Projekterfahrungen von Beratern bei der Erstellung von Leistungsbeschreibungen und Vergütungsstrukturen</li> <li>• Ggf. Prüfung der Umsetzbarkeit geplanter Leistungsbeschreibungen oder Teile daraus z.B. im Rahmen einer Markterkundung</li> </ul>
<p><b>Notizen:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>Beurteilung:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> erfüllt                 <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar                 <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar             </p>	

<b>B-6. Einsatz einer leistungsorientierten Vergütung</b>	
<b>Prüfkriterium:</b> Ist die Vereinbarung und Durchsetzung anreizorientierter Vergütungsmechanismen möglich?	
<b>Anhaltspunkte für die Beurteilung</b>	<b>Vorschläge zur Einhaltung der Anforderungen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Eine leistungsorientierte Vergütung ist für die vorgesehenen Leistungen zulässig</li><li>• Es besteht die Bereitschaft des öffentlichen Krankenhasträgers, eine leistungsorientierte Vergütung zu implementieren</li><li>• Es sind in ausreichendem Maße Kapazitäten und Sachverstand vorgesehen, um die Vergütungsregeln zu entwickeln sowie die Einhaltung der Leistungsvereinbarungen während der Betriebsphase zu prüfen und zu steuern</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soweit vorhanden Nutzung von Standardisierungsvorschlägen zur Formulierung von leistungsorientierten Vergütungsstrukturen</li><li>• Ansprache von Marktteilnehmern zur Akzeptanz und Attraktivität der geplanten Vergütungsstrukturen für potenzielle Bieter</li><li>• Einbeziehung der Erfahrungen in anderen durchgeführten PPP-Projekten im Krankenhausbereich</li><li>• Nutzung der Projekterfahrungen von Beratern bei der Erstellung von Vergütungsstrukturen</li></ul>
<b>Notizen:</b> ..... ..... ..... ..... .....	
<b>Beurteilung:</b>	
<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar	

<b>B-7. Sicherstellung des Marktinteresses</b>	
<b>Prüfkriterium:</b> Ist ein ausreichendes Interesse Privater an dem Projekt zu vermuten?	
<b>Anhaltspunkte für die Beurteilung</b>	<b>Vorschläge zur Erfüllung der Anforderungen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Es ist begründet davon auszugehen, dass mindestens 3 Bieter bei der Ausschreibung des Projektes ein Angebot abgeben werden</li><li>• Um eine möglichst ausgeprägte Konkurrenzsituation zu schaffen, sollte idealerweise davon ausgegangen werden können, dass von 5 oder mehr Bietern ein Angebot abgegeben wird</li><li>• Besteht ein limitierter Anbietermarkt, z.B. bei speziellen Anforderungen (z.B. Medizintechnik) oder besonders umfangreichen Anforderungen (z.B. großer Leistungsumfang bzw. großes Investitionsvolumen) oder sind neuartige Elemente enthalten (z.B. neue Technologien), wurde das Marktinteresse intensiv geprüft</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ergründung des Marktinteresses durch Markterkundungsverfahren oder das Führen von informellen Gesprächen mit potenziellen Bietern, insbesondere wenn ein Projekt neuartige Elemente aufweist</li><li>• Einbeziehung der Erfahrungen von PPP-Kompetenzzentren sowie Beratern</li><li>• Gespräche mit Verantwortlichen bereits erfolgreich durchgeführter PPP-Krankenhaus-Projekte</li><li>• Zur Erhöhung der Attraktivität eines Projektes für den Markt kann je nach erkannten Schwachstellen des Projektes z.B. die Erhöhung des Projektvolumens oder das Stellen zusätzlicher Sicherheiten beitragen</li></ul>
<b>Notizen:</b> ..... ..... ..... ..... .....	
<b>Beurteilung:</b>	
<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> noch nicht erfüllt, aber nachträglich erfüllbar <input type="checkbox"/> nicht erfüllbar	

---

## Quellenverzeichnis

### A

- Abel Jochen** (2007), Ein produktionsorientiertes Verrechnungssystem für Leistungen des Facility Management im Krankenhaus, Diss., Karlsruhe.
- Abel Jochen, Diez Karin, Lennerts Kunibert** (2007), Ist PPP ein Weg zur Auflösung des Investitionsstaus im Gesundheitswesen?, Karlsruhe.
- Abel Jochen, Lennerts Kunibert** (2006), A new method for the fast identification of saving potentials in FM in hospitals, Karlsruhe.
- AG Krankenhauswesen der AOLG** (2004), Bericht der Förder- und Finanzierungsreferenten an die AG Krankenhauswesen der AOLG zur Sitzung am 28./29. Okt. 2004 in Erfurt. Ergänzende/ alternative Finanzierungsformen zur Krankenhausfinanzierung der Länder, Bremen.
- AKH Viersen** (2008), PPP-Verfahren aufgehoben, Beitrag in der Mitarbeiterzeitschrift AKH aktuell, Nr. 26, Viersen.
- Akhlaghi Fari** (1996), Performance measures: relating facilities to business indicators, in: Facilities, Volume 14, Numbers 1/2, Jan./Febr. 1996, S. 26 - 33.
- Alfen Hans Wilhelm** (2007), Vorlesung Public Private Partnership, SS 2007, Bauhaus-Universität Weimar.
- Alfen Hans Wilhelm, Daube Dirk** (2005), Informationspapier zu Effizienzpotenzialen von PPP-Projekten, im Auftrag der PPP Task Force im BMVBW, Bauhaus-Universität Weimar, Professur Betriebswirtschaftslehre im Bauwesen, Weimar.
- Alfen Hans Wilhelm, Daube Dirk** (2006), 5. Kapitel: Wirtschaftlichkeitsvergleich, in: Littwin/ Schöne (Hrsg.): Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau, Stuttgart, S. 175 - 219 und S. 247 - 262.
- Alfen Hans Wilhelm, Daube Dirk, Leidel Katja, Riemann Alexander, Frank-Jungbecker Andrea et al.** (2009), Lebenszyklusorientiertes Risikomanagement für PPP-Projekte im öffentlichen Hochbau, Forschungsprojekt im Auftrag des BBSR/ BMBVS, Zwischenbericht, Weimar.
- Alfen Hans Wilhelm, Elbing Clemens** (2006), 5. Kapitel Wirtschaftlichkeitsvergleich, Abschnitt V Berücksichtigung von Risiken:, in: Littwin/ Schöne (Hrsg.): Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau, Stuttgart, S. 220 - 246.
- Alfen Hans Wilhelm, Fischer Katrin** (2006), 1. Teil: Der PPP-Beschaffungsprozess, in: Weber/ Schäfer/ Hausmann/ Alfen / Drömann (Hrsg.): Praxishandbuch Public Private Partnership - Rechtliche Rahmenbedingungen, Wirtschaftlichkeit, Finanzierung, München, S. 1 - 84.
- Alfen Hans Wilhelm, Fischer Katrin** (2006a), Public Private Partnership (PPP) als alternative Beschaffungsvariante der öffentlichen Hand, in Schulte et al. (Hrsg.), Köln, S. 323 - 344.
- Alfen Hans Wilhelm, Littwin Frank, Hammer-Frommann Marion, Wegner Hans-Joachim** (2009), Kapitel 2 Vorbereitung, in: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und Deutscher Sparkassen- und Giroverband (Hrsg.): PPP-Handbuch - Leitfaden für Öffentlich-Private Partnerschaften, 2. vollst. überarb. u. erw. Aufl., Berlin, S.33 - 64.

**Alfen Hans Wilhelm, Vollrath Susann** (2007), Overview of the PPP public real estate market in Germany, in: European Public Private Partnership Law Review (EPPPL), Berlin, Vol. 2 No. 2, 2/2007, S. 54.

**Alfen Wilhelm, Fischer Katrin, Schwank Anke, Kiesewetter Frank, Steinmetz Freia, Gürtler Volkhard** (2008), Lebenszyklusorientiertes Management öffentlicher Liegenschaften am Beispiel von Hochschulen und Wissenschaftseinrichtungen, Weimar.

**Andree Fred, Dreher Stephanie** (2008), Kapitel 11 Krankenhaussektor, in: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und Deutscher Sparkassen- und Giroverband (Hrsg.): PPP-Handbuch - Leitfaden für Öffentlich-Private Partnerschaften, 2. vollst. überarb. u. erw. Aufl., Berlin, S.421 - 442.

**Andree Fred, Wenz Stephanie** (2009), Praxisempfehlungen für die Durchführung von PPP-Machbarkeitsstudien im Krankenhausbau, Hennef.

**Arbeitsanleitung zum § 7 BHO** (2001), Arbeitsanleitung Einführung in Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen, RdSchr. d. BMF vom 31. August 1995 - II A 3 - H 1005 - 23/95 (GMBI 1995, S. 764), VV-BHO-Anhang zu § 7, Vorschriftensammlung Bundesfinanzverwaltung, H 05 05 vom 16. Mai 2001, Berlin.

**Arbeitsgruppe (AG) der Finanzministerkonferenz (FMK)** (2006), Leitfaden Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen bei PPP-Projekten, Gemeinschaftsarbeit der länderoffenen AG zum Thema „Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen bei PPP-Projekten (im Auftrag der FMK) und der gleichnamigen Bundes-AG, Düsseldorf.

**Arthur Andersen** (2000), Krankenhaus 2015 - Wege aus dem Paragraphendschungel, Institution, Frankfurt/Hamburg/Stuttgart.

**Arthur Andersen and Enterprise LSE** (2000), Value for Money Drivers in the Private Finance Initiative, London.

**Assad Basil** (2000), Krankenhäuser-spezifische Kosten- und Leistungsrechnung -aktuelle Anwendung in Deutschland und Aufbau- sowie Übertragungsmöglichkeiten in andere Länder (am Beispiel Syrien), Diss., Universität Göttingen, Göttingen.

## B

**Bading Doreen** (2005), Entwicklung von Outputspezifikationen zur Ausschreibung von PPP-Krankenhausprojekten, Diplomarbeit an der Bauhaus-Universität Weimar, Weimar.

**Banse Ute** (2006), Koalitions-Projektarbeitsgruppe ÖPP - Festbetragsförderung, Antwort für die Freie und Hansestadt Hamburg auf die Anfrage der Kompetenzgruppe (KG) Gesundheitswesen der Projektarbeitsgruppe Öffentlich Private Partnerschaft (PPP) der Fraktionen von CDU/CSU und SPD, Berlin.

**Bauer Günther** (2004), PPP-Modelle im Krankenhaus, in: Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ). 45.Jg., Heft 10, Wien, S. 30 - 31.

**Behörden Spiegel** (2008), Beim Klinikum klappte es nicht - Was aus der Bremer PPP-Panne zu lernen ist, in: Behörden Spiegel vom 11.4.2008, Bonn.

**Benz Thomas** (2000), Projektentwicklung von Fernstraßen durch private unter besonderer Berücksichtigung von Ingenieurbauwerken, In: Berner (Hrsg.): Schriftenreihe des Instituts für Baubetriebslehre der Universität Stuttgart, Band 41, Stuttgart.

**Béréhouc Christian** (2009), Fünf Jahre PPP-Erfahrung in französischen Krankenhäusern: eine erste Bilanz, in: Jacob (Hrsg.) Umstrukturierung und Erweiterung bestehender Krankenhausstandorte mit Hilfe von PPP, Deutsch-französische PPP-Konferenz

am 20.Nov. 2008, Berlin, S. 5 - 14.

- Berger Matthias** (2006), 3. Kapitel: Vergaberecht, in: Littwin/ Schöne (Hrsg.): Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau, Stuttgart, S. 119 - 152.
- Berschin Felix** (2000), Daseinsvorsorge durch Wettbewerb - der öffentliche Verkehr zu Lande im Markt, Diss., Heidelberg.
- Bertelsmann Stiftung** (2003), weitere Hrsg.: Clifford Chance Pünder, Initiative 21, Prozessleitfaden Public Private Partnership, Gütersloh.
- Bezirksregierung Köln** (2006), Krankenhausförderung im Regierungsbezirk Köln (Drucksache Nr.: KRS 149/2006) in: Ergebnisprotokoll der 2. Sitzung der Kommission für Regionalplanung und Strukturfragen in der 2. Sitzungsperiode am 18. November 2005 (Drucksache Nr.: KRS 24/2006), Köln.
- Biener Bernhard** (2008), Privater Partner soll neue Kreiskliniken bauen, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, FAZ.Net, 17.6.2008, Frankfurt.
- Bittrolff Petra** (2007), Steuerliche Konsequenzen von Privatisierungen bei öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern, Diss., Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf.
- Blanken Anneloes** (2008), Flexibility against Efficiency? An international study on Value for Money in hospital concessions, Diss., University of Twente, Amsterdam.
- Blum Karl, Offermanns Matthias, Perner Patricia** (2008), Krankenhaus Barometer - Umfrage 2008 des Deutschen Krankenhausinstitut e.V. (DKI), Düsseldorf.
- Blum Karl, Offermanns Matthias, Schilz Patricia** (2006), Krankenhaus Barometer - Umfrage 2006 des Deutschen Krankenhausinstitut e.V. (DKI), Düsseldorf.
- Blum Karl, Schilz Patricia** (2005), Krankenhaus Barometer - Umfrage 2005 des Deutschen Krankenhausinstitut e.V. (DKI), Düsseldorf.
- Blum Karl, Schilz Patricia** (2006), S.O.S.: Krankenhäuser benötigen dringend Fördermittel für notwendige Investitionen, in: Das Krankenhaus, Ausgabe 2/2006, Düsseldorf, S. 107 - 111.
- BMF (Bundesministerium der Finanzen)** (1995), Arbeitsanleitung „Einführung in die Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen“ (RdSchr. D. BMF vom 31.8.1995 – GMBI. S. 764).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit)** (2008a), Entwurf des Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz - KHRG), Stand 22.8.2008, Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit)** (2008b), Begründung des Entwurfs des Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009, Stand 22.8.2008, Berlin.
- BMVBS (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung)** (2006a), Gutachten „PPP und Förderrecht“, Berlin.
- BMVBS (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung)** (2007), Erfahrungsbericht Öffentlich-Private-Partnerschaften in Deutschland, Berlin.
- BMVBS (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung)** (2007a), PPP trägt zum Erhalt öffentlicher Krankenhäuser bei - Bundesweit erstes PPP-Pilotprojekt im Krankensektor, Pressemitteilung, 4.12.2007, Nr. 370/2007, Berlin.

- BMVBS (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung)** (2006b), Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Public Private Partnership Modellen im kommunalen Hoch- und Tiefbau, Arbeitspaket II: Kriterienkatalog PPP-Eignungstest Schulen, Berlin.
- BMVBW (Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen)** (2003a), Gutachten „PPP im öffentlichen Hochbau“, Band I - Leitfaden, Berlin.
- BMVBW (Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen)** (2003b), Gutachten „PPP im öffentlichen Hochbau“, Band II – Rechtliche Rahmenbedingungen Teil 1, Berlin.
- BMVBW (Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen)** (2003c), Gutachten „PPP im öffentlichen Hochbau“, Band IV – Sammlung und systematische Auswertung der Informationen zu PPP-Beispielen, Berlin.
- BMVBW (Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen)** (2003d), Gutachten „PPP im öffentlichen Hochbau“, Band III – Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen, Arbeitspapier Nr. 5 Risikomanagement, Berlin.
- BMVBW (Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen)** (2003e), Gutachten „PPP im öffentlichen Hochbau“, Band III – Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen, Arbeitspapier Nr. 4 Technik des Vergleichens, Berlin.
- Bocklet Reinhold** (2001), Leistungen der Daseinsvorsorge im Konflikt mit EU-Wettbewerbsrecht, in: Schader-Stiftung (Hrsg.) Die Zukunft der Daseinsvorsorge, Öffentliche Unternehmen im Wettbewerb, Darmstadt, S. 11 - 24.
- Boll Philip** (2007), Investitionen in Public Private Partnership-Projekte im öffentlichen Hochbau unter besonderer Berücksichtigung der Risikoverteilung, Eine theoretische und empirische Untersuchung, Diss., Köln.
- Bolz Urs, Summermatter Lukas, Strecker Daniel** (2006), Leitfaden PPP-Eignungstest für Schweizer Hochbauprojekte, Hrsg: Verein PPP Schweiz, Bern.
- Bönsch J. Dietmar** (2009), Sanierung und Privatisierung von Krankenhäusern - Kompakte Leitlinien aus der Praxis für die Praxis, 1.Aufl., Stuttgart.
- Braune Georg D.** (2006), 6. Kapitel: Finanzierung, in: Littwin Frank, Schöne Franz-Josef (Hrsg.): Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau, Stuttgart, S. 263 - 319.
- Brecht** (2007), Teilsystem Stationäre Versorgung, in der Vorlesungsreihe Institutionelle Strukturen des deutschen Gesundheitswesens, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Lehrstuhl für VWL insbes. Wirtschafts- u. Sozialpolitik.
- Brede Helmut** (2005), Grundzüge der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, 2. überarb. u. verbess. Aufl., München, Wien.
- Bremermann Walter; Buscher Frederik, Dodenhoff Harm, Nottbusch Claudia** (2006), ÖPP im Krankenhauswesen – Regelungsbedarf für die Novellierung des „Gesetzes zur Beschleunigung der Umsetzung von Öffentlich privaten Partnerschaften“, in Das Krankenhaus 5/2006, S. 365 - 572.
- Bremische Bürgerschaft** (2007), Antwort des Senats auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU vom 11.07.2007 „Umsetzung des Masterplans des Klinikums Bremen-Mitte gGmbH“, Drucksache 17/19 S, Bremen.
- Breu Barbara** (2008), Finanzierung von PPPs im Krankensektor - Sichtweise eines privaten Bieters, Vortrag am 12.03.2008 im Rahmen des 8. Betriebswirtschaftlichen

Symposiums Bau Weimar, Weimar.

- Broadbent Jane, Gill Jas, Laughlin Richard** (2004), The Private Finance Initiative in the National Health Service - Nature, Emergence and the Role of Management Accounting in Decision Making and Post-Decision Project Evaluation, London.
- Bruckenberg Ernst** (2002), Die Folgen des Fallpauschalengesetzes für die Krankenhausfinanzierung, Hannover.
- Bruckenberg Ernst** (2002), Investitionsoffensive für Krankenhäuser?, Hannover.
- Bruckenberg Ernst** (2002), Wettbewerb und Planung, Hannover.
- Bruckenberg Ernst** (2006), Privatisierung der Krankenhäuser, eine Alternative zum Investitionsstau: eine ergebnis- nicht ankündigungsorientierte Analyse, Hannover.
- Budäus Dietrich** (1998), Public Management – Konzepte und Verfahren zur Modernisierung öffentlicher Verwaltungen, Schriftenreihe Modernisierung des öffentlichen Sektors, Bd. 2, Berlin.
- Budäus Dietrich** (2004a), Public Private Partnership, Strukturierung eines nicht ganz neuen Problemfeldes, in: Zeitschrift Führung + Organisation ZfO, Stuttgart, Band 73, Heft 6, S. 312 - 318.
- Budäus Dietrich** (2004b), Public Private Partnership – Ansätze, Funktionen, Gestaltungsbedarfe, in: Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft (Hrsg.): Public Private Partnership: Formen- Risiken- Chancen, Berlin, S. 1 - 14.
- Budäus Dietrich** (2005), Public Private Partnership (PPP/ÖPP) - Eine Expertise für ver.di, Professur für Public Management, Universität Hamburg, Hamburg.
- Budäus Dietrich** (2006), Public Private Partnership - Ansätze, Funktionen, Gestaltungsbedarfe, Aufsatz vom 17.6.2006, Universität Hamburg., Hamburg.
- Budäus Dietrich, Buchholz Klaus** (1997), Konzeptionelle Grundlagen des Controlling in öffentlichen Verwaltungen, in: Die Betriebswirtschaft, Stuttgart, S. 322 - 337.
- Budäus Dietrich, Grüb Birgit** (2007), Anhaltspunkte und Hypothesenbildung für Public Private Partnership, in: Bräunig Dietmar, Greiling Dorothea (Hrsg.) Stand und Perspektiven der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre II, 2007, S. 421 - 431.
- Burger Thomas, Uhlig Tilo** (2008), PPP im Krankenhausbereich in Deutschland am Beispiel des PPP-Projektes U/B West des Klinikums der Universität zu Köln. Vortrag am 20.11.2008, Berlin.
- Buscher Frederik** (2005), Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei der Einführung der Fallpauschalen, in Das Krankenhaus, Ausgabe 03/2005, S. 181 - 185.
- Buscher Frederik** (2008), Ist PPP die Alternative zur Privat-Finanzierung?, Vortrag auf dem 15. Deutschen Krankenhaus-Controller-Tag am 24./25.4.008, Berlin.
- Busse Reinhardt** (2007), Effizientes Krankenhausmanagement durch DRGs?, Technische Universität Berlin, FG Management im Gesundheitswesen, Vortrag am 14.2.2007, Berlin.

## C

- Cablitz Regina, Hoffmann Günther** (2006), Fallstudie PPP-Schulprojekt Rhein-Erft-Kreis, in: Littwin/ Schöne (Hrsg.), Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau,

Stuttgart, S. 384 - 400.

**Cablitz Regina, Trost Uwe** (2006), Fallstudie PPP-Schulprojekt Stadt Monheim am Rhein, in: Littwin/ Schöne (Hrsg.) Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau, Stuttgart, S. 400 - 416.

**Cameron JW** (2005), Health procurement in Victoria, PP No. 160, Session 2003-05, Victoria Australien.

**Cezanne Wolfgang** (2002), Allgemeine Volkswirtschaftslehre, 5. unwes. veränd. Aufl., München.

**Chadli Samira, Frosch Eduard** (2001), Facility Management - Technische Betriebsführung im Krankenhaus, in: Frosch Eduard, Hartinger Gerhard, Renner Gerhard (Hrsg.) Outsourcing und Facility Management im Krankenhaus - Strategien - Entscheidungstechniken - Vorgehensweisen, Wien/ Frankfurt a.M., S. 153 - 183.

**Claudy Peter, Ohde Erik** (2006) Steuerrecht, in: Weber/ Schäfer/ Hausmann/ Alfen/ Drömann (Hrsg.) Praxishandbuch Public Private Partnership - Rechtliche Rahmenbedingungen, Wirtschaftlichkeit, Finanzierung, München, S. 321 - 374.

**Cordes Susann** (2008), PPP-Markt im öffentlichen Hochbau – Überblick, in: Knop, Detlef (Hrsg.): Public Private Partnership - Jahrbuch 2008, Frankfurt am Main, S. 45 - 50.

**Cordes Susann** (2009), Die Rolle von Immobilieninvestoren auf dem deutschen Markt für Public Private Partnerships (PPPs) – Eine institutionenökonomische Betrachtung, Diss., Bauhaus-Universität Weimar, Weimar.

**Cox Helmut** (2001), Zur Organisation der Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Schader-Stiftung (Hrsg.) Die Zukunft der Daseinsvorsorge, Öffentliche Unternehmen im Wettbewerb, Darmstadt, S. 25 - 40.

**Cropley Arthur J.** (2002), Qualitative Forschungsmethoden, Eschborn.

**Czycholl Harald** (2008); 200 Millionen - Bremen bürgt für gefährdete Klinik, in: Die Welt vom 18.2.2008, Berlin.

## D

**Damkowski Wulf, Meyer-Pannwitt Ulrich, Precht Claus** (2000), Das Krankenhaus im Wandel: Konzepte, Strategien, Lösungen, Stuttgart.

**Daube Dirk, Alfen Hans Wilhelm** (2004), Kooperationsmodelle, Lehrstuhl Betriebswirtschaftslehre im Bauwesen an der Bauhaus-Universität Weimar, Weimar.

**Daube Dirk, Alfen Hans Wilhelm** (2005), Evaluierung der Wirtschaftlichkeitsvergleiche der ersten PPP-Pilotprojekte im öffentlichen Hochbau, Bauhaus-Universität Weimar, Leitfaden im Auftrag der PPP-Task Force NRW im Finanzministerium NRW, Düsseldorf.

**Daube Dirk, Alfen Hans Wilhelm, Buscher Frederik, Weidemann André** (2005), Public Private Partnership im Krankenhausbereich, in: Das Krankenhaus, Ausgabe 12/2005, Düsseldorf, S. 1083 - 1088.

**Daube Dirk, Alfen Wilhelm** (2007), First PPP Steps in German Health Care, in: European Public Private Partnership Law (EPPPL), Ausgabe 04/2007, Berlin, S. 203 - 210.

**Daube Dirk, Miksch Jan** (2007), Plausibilitätscheck, Anleitung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung von PPP-Projekten im öffentlichen Hochbau, Leitfaden im Auf-

trag der PPP-Task Force NRW, Düsseldorf.

**Daube Dirk, Vollrath Susann, Alfen Hans Wilhelm** (2008), A comparison of Project Finance and the Forfeiting Model as financing forms for PPP projects in Germany, in: International Journal of Project Management, No. 26, S. 376 - 387.

**Denninger Erhard** (2001), Resümee, Versucht einer Zusammenfassung des Kolloquiums, in: Schader-Stiftung (Hrsg.) Die Zukunft der Daseinsvorsorge, Öffentliche Unternehmen im Wettbewerb, Darmstadt, S. 167 - 175.

**Department of Health** (2005), Guidance for NHS Build Schemas - Overview.

**Department of Health** (2006), Benchmarking and market testing in NHS PFI projects Code of Best Practice in NHS PFI projects.

**Department of Health** (2009), Prioritized Capital Schemes approved to go ahead since May 1997, siehe unter <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports>, Abruf Nov. 2009.

**Der Spiegel** (2006), Finanzdesaster: Öffentliche Verschuldung steigt auf 1,5 Billionen Euro, Abruf über [www.spiegel.de](http://www.spiegel.de) am 5.5.2006.

**Diez Karin** (2008a), Protokoll des 2. Arbeitstreffens der FPK AG Krankenhäuser Expertengespräch PPP-Projekträger, 18.1.2008, Bonn.

**Diez Karin** (2008b), Protokoll des 4. Arbeitstreffens der FPK AG Krankenhäuser Expertengespräch 3 - Berater, Verbände, Wissenschaft, 25.2.2008, Bonn.

**Diez Karin** (2009), Ein prozessorientiertes Modell zur Verrechnung von Facility Management Kosten am Beispiel der Funktionsstelle Operationsbereich im Krankenhaus, Diss., Karlsruhe.

**DIFU (Deutsches Institut für Urbanistik)** (2002), Der kommunale Investitionsbedarf in Deutschland: Eine Schätzung für die Jahre 2000 bis 2009, Berlin.

**DIFU (Deutsches Institut für Urbanistik)** (2005), PPP Projekte - Eine aktuelle Bestandsaufnahme in Bund, Ländern und Kommunen, im Auftrag der PPP Task Force im BMVBS, Berlin.

**DIFU (Deutsches Institut für Urbanistik)** (2008), Investitionsrückstand und Investitionsbedarf der Kommunen – Ausmaß, Ursachen, Folgen und Strategien, Berlin.

**DIN 32736** (2000), Gebäudemanagement - Begriffe und Leistungen, herausgegeben vom Deutschen Institut für Normung e.V., Berlin.

**DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.)** (2007), Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009, Berlin.

**DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.)** (2007a), Deutschland droht Spitzenplatz in der Medizin zu verlieren - Bundesweites Sonder-Investitionsprogramm gefordert, Mitteilung vom 8.4.2007, Berlin.

**Dölzig Ulrich** (2007), PPP bei Spezialimmobilien – professionelles Parkraummanagement bei Krankenhäusern, in: Knop, Detlef (Hrsg.): Public Private Partnership - Jahrbuch 2007, Frankfurt am Main, S. 74 - 77.

**Domschke Wolfgang, Scholl Armin** (2006), Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre: Eine Einführung aus entscheidungsorientierter Sicht, 3. verb. Aufl., Berlin.

**Dreher Stephanie, Heinrich Helge** (2009), Handlungsempfehlung zum EU-Beihilferecht, Prüfung der Anforderungen des EU-Beihilferechts zur Finanzierung investiver Maßnahmen - am Beispiel öffentlicher Bürgschaften im Krankenhausbau, München/Siegburg.

**Drotleff Rosemarie** (2005), Rechtliche Rahmenbedingungen kommunaler Krankenhäuser bei der Gründung von Public Private Partnerships, dargestellt am Beispiel der Medizintechnik, Diplomarbeit, Bielefelder Schriften zur wirtschaftsrechtlichen Praxis, Band 5.

## E

**Edeling Thomas, Jann Werner, Wagner Dieter, Reichard Christoph (Hrsg.)** (2001), Öffentlicher Auftrag und Zielsystem für ein kommunales Unternehmen am Beispiel von Stadtentsorgungsbetrieben, in: Eichhorn Peter (2001), Öffentliche Dienstleistungen, Reader Funktionen, Institutionen und Konzeptionen, S. 83 - 94.

**Ehlers Dirk** (1997), Interkommunale Zusammenarbeit in Gesellschaftsform, in: Deutsches Verwaltungsblatt, 112. Jg., Heft 3, Münster.

**Eichhorn Peter** (2001), Öffentliche Dienstleistungen, Reader über Funktionen, Institutionen und Konzeptionen, Baden-Baden.

**Eichhorn Peter** (2005), Das Prinzip Wirtschaftlichkeit, 3. Aufl. Wiesbaden.

**Eichhorn Siegfried** (1975), Krankenhausbetriebslehre, Band I: Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebs, 3. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart.

**Eichhorn Siegfried** (1987), Krankenhausbetriebslehre, Band III: Theorie und Praxis der Krankenhaus- Leistungsrechnung, Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts, Stuttgart.

**Eiff Wilfried v.** (1998), Outsourcing oder Re-Sourcing – Kernkompetenz ist die Managementfähigkeit, in: Krankenhaus Umschau, Ausgabe 10/ 98.

**Elbing Clemens** (2006), Risikomanagement für PPP-Projekte, Diss., Bauhaus-Universität Weimar, Diss., Weimar.

**Endler Jan, Grotowski Thomas, Wagner Steffen, Keppler Vanessa** (2005), PPP: Ein Stimmungsbarometer – Public Private Partnership - Erfolgsfaktoren und Hindernisse aus Sicht öffentlicher Finanzentscheider, Frankfurt a.M.

**Ernst & Young** (2002), Progress and Prospects, Healthcare PFI – a survey, London.

**EU (Europäische Union)** (2006), D-Bremen: Gebäude- und Betriebsmittelverwaltung 2006/S 147-158932, In: Amtsblatt der Europäischen Union, 26.7.2006.

**EU-Kommission** (2001), Leistungen der Daseinsvorsorge in Europa. Mitteilung der Kommission (2001 / C 17 / 04), in: Amtsblatt der Europäischen Union vom 19.1.2001.

**Euwid (Europäischer Wirtschaftsdienst)** (2008), Bauindustrie: Bremer PPP-Projekt ist nicht an den Privaten gescheitert, Jhg.7, Nr. 5/2008, 27.Febr.2008, Gernsbach.

## F

**FAZ (Frankfurter Allgemeine Zeitung)** (2008), Klägliches Ende eines PPP-Projekts- Verärgerung über das Klinikum Bremen-Mitte, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) vom 28.02.2008, Frankfurt a. M.

**Fischer Daniel** (2006), Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und Privaten beim Neu-

bau von Immobilien im Gesundheitswesen, Diplomarbeit, Universität Stuttgart, 2006.

**Fischer Katrin** (2008), Lebenszyklusorientierte Projektentwicklung öffentlicher Immobilien als PPP, ein Value-Management-Ansatz, Schriftenreihe der Professur Betriebswirtschaftslehre im Bauwesen, Bd. 1, Weimar.

**Fislage Bernd, Volkermann Michael** (2007), Innovative Finanzierung für das Protonentherapiezentrum Essen, in: Knop, Detlef (Hrsg.): Public Private Partnership - Jahrbuch 2007, Frankfurt am Main, S. 71 - 73.

**Fleßa Steffen** (2007a), G-DRG-System als medizinisches Klassifikationssystem, Übung zum Krankenhausmanagement, Lehrstuhl für ABWL und Gesundheitsmanagement, Universität Greifswald.

**Fleßa Steffen** (2007b), Gesundheitsmanagement II, Teil 1b, Vorlesung, Lehrstuhl für ABWL und Gesundheitsmanagement, Universität Greifswald.

**Fleßa Steffen** (2007c), Gesundheitsmanagement I, Teil 1, Vorlesung, Lehrstuhl für ABWL und Gesundheitsmanagement, Universität Greifswald.

**Forsthooff Ernst** (1938): Die Verwaltung als Leistungsträger, Stuttgart/ Berlin.

**Frank B.** (2006), (Voll-) Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen / Marburg als PPP ?, Vortrag am 22.03.2006 im Rahmen des 6. Betriebswirtschaftlichen Symposiums Bau Weimar, Weimar.

**Friedrich Ebert Stiftung** (2002), Public Private Partnership - Mehr Qualität und Effizienz im öffentlichen Güter- und Dienstleistungsangebot, Bonn.

**Friedrich Ebert Stiftung** (2004a), Arbeitskreis Kommunalpolitik, Wegbeschreibung für die kommunale Praxis, P6: Funktionale Privatisierung, Bonn.

**Friedrich Ebert Stiftung** (2004b), Arbeitskreis Kommunalpolitik, Wegbeschreibung für die kommunale Praxis, P7: Betreibermodell, Bonn.

**Friedrich Ebert Stiftung** (2004c), Arbeitskreis Kommunalpolitik, Wegbeschreibung für die kommunale Praxis, P4: Formelle Privatisierung, Bonn.

**Friedrich Ebert Stiftung** (2004d), Arbeitskreis Kommunalpolitik, Wegbeschreibung für die kommunale Praxis, P8: Betriebsführungsmodell, Bonn.

**Friedrich Ebert Stiftung** (2004e), Arbeitskreis Kommunalpolitik, Wegbeschreibung für die kommunale Praxis, P8: Kooperationsmodell, Bonn.

**Friedrich Ebert Stiftung** (2004f), Arbeitskreis Kommunalpolitik, Wegbeschreibung für die kommunale Praxis, P5: Materielle Privatisierung, Bonn.

**Fuchs Petra, Gravemeier Manuela, Rosenbrock Irene** (2005), Seminar Privatisierung kommunaler Leistungen, Bereiche der Privatisierung und Privatisierungsmodelle, Seminarunterlagen.

**Fuchs Thomas** (2005), Auf dem Weg zu einer neuen Konzeption der kommunalen Daseinsvorsorge, Mannheim, URL://<http://www.delegibus.com/2005,11.pdf>.

**Funke Daniela** (2005), Realisierbarkeit von Public Private Partnership-Modellen im deutschen Krankenhausesektor, Diplomarbeit an der Bauhaus-Universität Weimar, wissenschaftliche Betreuung durch Dirk Daube, Weimar.

**G**

- GEFMA-Richtlinie 812** (2007), German Facility Management Association, GEFMA-Richtlinie 812 - Gliederungsstruktur für FM-Kosten im Gesundheitswesen, Ausgaben 07-2007.
- Genzel Herbert** (2002), Das Recht der Krankenhausfinanzierung, in: Laufs/ Uhlenbruck (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 3. neubearb. Aufl.
- Gesprächsrunde PPP in Bayern** (2005), Public Private Partnership zur Realisierung öffentlicher Baumaßnahmen in Bayern, Teil 1 Grundlagen, München.
- Giermscheid G., Dreyer J.** (2006), Public Private Partnership - Begriffliche Strukturierung und Modellbildung, in: Bauingenieur, Band 81, S. 99 - 109.
- Göcke Andreas, Odin Sigrid** (2003), Neue Aspekte der Prozessoptimierung - Service-Immobilie Krankenhaus, in Tagungsunterlagen zu Technik im Krankenhaus (TK) 2004, Hannover.
- Gottschling Ines** (2005), Projektanalyse und Wirtschaftlichkeitsvergleich bei PPP-Projekten im Hochbau: Entscheidungsgrundlagen für Schulprojekte, Diss., Berlin.
- Greive Mechthild** (2007), Das neue Logistikzentrum - Public Private Partnership im Klinikum Dortmund, Vortrag am 21.03.2007 im Rahmen des 7. Betriebswirtschaftlichen Symposiums Bau Weimar, Weimar.
- Gudat Horst** (1998), Optimales Gebäudemanagement ist auch für Krankenhäuser realisierbar, Sonderdruck aus Krankenhaus Umschau 2/1998, Kulmbach.
- Gudat Horst** (2006), Facility Management im Gesundheitswesen, Beitrag im FAZ-Jahrbuch Facility Management Kompendium 2006, Hannover. [Kopie in Ordner „KH als Immobilie“

**H**

- Haarländer Sophie** (2006), Public Private Partnership (PPP) im Krankenhausbereich, Diplomarbeit, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement, Nürnberg.
- Haarländer Sophie** (2007), Public Private Partnership (PPP) im Krankenhausbereich, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd. 11, Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement, Nürnberg.
- Hainbuch Nadine** (2005), Status Quo und Perspektiven immobilienwirtschaftlicher PPPs im öffentlichen Hochbau in Deutschland aus Sicht des privaten Investors Ergebnisse einer aktuellen empirischen Analyse, TU Darmstadt, Darmstadt.
- Hamel Jaques** (1993), Case Study Methods, Qualitative Research Methods Series, Vol. 32, Thousand Oak (USA).
- Hartinger Gerd, Lang Bernhard** (2001), Vorgehensweise bei Outsourcing-Untersuchungen, in: Frosch Eduard, Hartinger Gerhard, Renner Gerhard (Hrsg.) Outsourcing und Facility Management im Krankenhaus - Strategien - Entscheidungstechniken - Vorgehensweisen, Wien/ Frankfurt a.M., S. 103 - 116.
- Haubrock Manfred, Schär Walter** (2002), Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 3. vollst. überarb. U. erw. Aufl., Bern Göttingen.
- Hauschildt Jürgen** (1977), Entscheidungsziele: Zielbildung in innovativen Entscheidungsprozessen, Tübingen.

- Hausmann Friedrich Ludwig, Mutschler-Siebert Annette** (2006), Vergaberecht, in: Weber/ Schäfer/ Hausmann/ Alfen / Drömann (Hrsg.) Praxishandbuch Public Private Partnership - Rechtliche Rahmenbedingungen, Wirtschaftlichkeit, Finanzierung, München, S. 235 - 319.
- HDB (Hauptverband der Deutschen Bauindustrie e.V.)** (2007), Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau, Eine Idee wird Realität, PPP-Projekte in Deutschland 2006/2007, Berlin.
- HDB (Hauptverband der Deutschen Bauindustrie e.V.)** (2009), Übersicht zu PPP-Projekten im öffentlichen Hochbau in Deutschland, Berlin.
- Heinen Peter** (2004), Wechselwirkungen zwischen medizinischen Prozessen und baulichen Strukturen im Krankenhausbau unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung des Klinikums der Universität zu Köln; Inaugural-Diss., Köln.
- Hellerforth Michaela** (2003), Outsourcing in der Immobilienwirtschaft, Berlin.
- Hellermann Johannes** (2004), Handlungsformen und –instrumentarien wirtschaftlicher Betätigung, in Hoppe/ Uechtritz (Hrsg.): Handbuch Kommunale Unternehmen, Köln, S. 115 - 189.
- Hennemann Marc S.** (2007), Logistikzentrum mit Parkhaus am Klinikum Dortmund, Vortrag am 27.3.2007.
- Hessisches Sozialministerium** (2008), Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009, Allgemeiner Teil: Planungsgrundlagen und Bedarfsprognose, Wiesbaden.
- HM Treasury** (2004), Value for Money Assessment Guidance, Norwich, UK.
- HM Treasury** (2006), PFI: strengthening long-term partnerships.
- Höfling Wolfram** (2007), Zukunftsfragen des Krankenhauses im Gesundheitsgewährleistungsstaat - vom Krankenhausrecht zum Krankenhausregulierungsrecht, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hrsg.), Das Krankenhaus in Gesundheitsgewährleistungsstaat, Düsseldorfer Krankenhausrechtstag 2007, Sipplingen.
- Höftmann Björn** (2001), Public Private Partnership als Instrument der kooperativen und sektorübergreifenden Leistungsbereitstellung: dargestellt an der neu strukturierten kommunalen Abfallwirtschaft, Universität Hamburg, Diss., Lütjensee.
- Holeck Stefan** (2007), Energieoptimierung in Krankenhäusern - Qualität und Quantität von Krankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses des architektonischen und baukonstruktiven Entwurfs, Diss., Bauhaus-Universität Weimar, Weimar.
- Horn Kai-Uwe** (2003), Wirtschaftlichkeitsvergleich, Bauhaus-Universität Weimar, Leitfaden im Auftrag der PPP-Task Force NRW, Düsseldorf.
- Hüsken Christian Bernd, Mann Suzanne** (2005), Der Staat als „Homo Oeconomicus“? – Drei Säulen des Wirtschaftlichkeitsvergleichs bei Public Private Partnerships, Deutsche Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer, In: Die Öffentliche Verwaltung, Heft 4/ 2005.
- HVB (HypoVereinsbank)** (2003), Gesundheitsmarkt 2013, München.
- I**
- InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH)** (2006), G-DRG German

Diagnosis Related Groups, Version 2007, Definitionshandbuch, Kompaktversion, Band I, Siegburg.

**Infora Consulting Group (ICG)** (2003), Public Private Partnership in Theorie und Praxis, Graz.

**J**

**Jacob Dieter** (2009), Umstrukturierung und Erweiterung bestehender Krankenhausstandorte mit Hilfe von Public Private Partnership, Leitfaden, Freiberg.

**Jacob Dieter** (2009a), PPP - Krankenhäuser: Qualitative & quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken, Endbericht, Freiberg.

**Jacob Dieter, Kochendörfer Bernd** (2002), Effizienzgewinne bei privatwirtschaftlicher Realisierung von Infrastrukturvorhaben, Technische Universität Bergakademie Freiberg, Technische Universität Berlin, Freiberg - Berlin .

**Jacob Dieter, Kronsbein Dirk, Neunzehn Dirk** (2008), Fördermittel, in: BMVBS und DSGV (Hrsg.): PPP-Handbuch - Leitfaden für Öffentlich-Private Partnerschaften, Berlin, S.177-204.

**Jacob Dieter, Uhlig Tilo, Stuhr Constanze** (2005), Bewertung der Immobilien von Akutkrankenhäusern der Regelversorgung unter Beachtung des neuen DRG-orientierten Vergütungssystems für stationäre Leistungen, Technische Universität Bergakademie Freiberg, Freiburger Arbeitspapiere 02/2005, Freiberg.

**Jäger Rudolf, Relke Jens** (2004), Neue Wege bei der Erbringung von Facility Management-Leistungen im Krankenhäusern - Aus Sicht des Erbringers, Vortrag, Internationales Facility Management Symposium Karlsruhe, 19./ 20.2.2004.

**Jahns Christopher, Darkow Inga-Lena** (2005), Case Study for Research and Teaching - An Introduction, Supply Management Institut SMI.

**Jedersberger Gudrun, Altmann Lasse** (2004), Facility Management in Krankenhäusern und Kliniken, Köln.

**K**

**Kahler Matthias** (2006), Deutschlands größtes PPP-Projekt im Gesundheitswesen, In: Newsletter Öffentliches Wirtschaftsrecht, Preu Bohlig & Partner (Hrsg.), Ausgabe Nr. 21 vom 07.09.2006, Berlin.

**Kämmerer Jörn Axel** (2001), Privatisierung: Typologie - Determinanten - Rechtspraxis - Folgen, Tübingen.

**Kampf Ralf** (2008), PPP aus unternehmerischer Sicht eines Aufgabenträgers - Nordeuropäisches Radioonkologisches Centrum Kiel (RoCK), Vortrag auf der Euroforum-Konferenz PPP - Die Krankenhausfinanzierung der Zukunft ?!, 9. Dez. 2008, Berlin.

**Kathmann Klaus** (2006), Logistikzentrum mit Parkhaus am Klinikum Dortmund, in: Hauptverband der deutschen Bauindustrie (Hrsg.): Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau - Eine Idee wird Realität - Die ersten Projekte in Deutschland, Berlin.

**Keller Siegbert** (1995), Baukostenplanung für Architekten: norm- und praxisgerechte Kostenermittlung nach DIN 276, Kalkulation und Finanzierung, 2. Aufl, Wiesbaden.

- Keun Friedrich, Prott Roswitha** (2006), Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung: Anpassung an neue Rahmenbedingungen, 63. Überarb. Aufl., Wiesbaden.
- Kies Friedrich** (1998), Der Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses, Diss. in: Europäische Hochschulschriften, Reihe II, Rechtswissenschaften, Bd. 2567, Frankfurt a. M.
- Kirchner Michael, Knoblich Jens** (2009), Outsourcing tertiärer Dienstleistungen, in: Behrendt/ Köni/ Krystek (Hrsg.) Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement – Outsourcing, IT-Nutzenpotenziale, Kooperationsformen, Changemanagement, Heidelberg, S. 103 - 112.
- Klauber Jürgen, Robra Bernd-Peter, Schellschmidt Henner** (2007), Krankenhausreport 2006, Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart.
- Kleiss Torsten** (2008), Institutional Arrangements for Municipal Solid Waste Combustion Projects, Bauhaus-Universität Weimar, Diss., Weimar.
- Kluge Lutz** (2008), Untersuchung der praktischen Einsatzmöglichkeiten von PPP-Modellen im öffentlichen Krankenhausesektor in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der sekundären und tertiären Betriebsleistungen, Diplomarbeit an der Bauhaus-Universität Weimar, wissenschaftliche Betreuung durch Dirk Daube, Weimar.
- Knorr Gerhard** (2007), Sind PPP und Fördermittel kompatibel? Erfahrungen aus der Sicht einer Förderbehörde, in: Das Krankenhaus, Ausgabe 8/2007, Düsseldorf, S. 743 - 748.
- Knütel Christian, Schweda Marc, Giersch Carsten** (2008), Krankenhausfinanzierung: Aktuelle Risiken aus dem europäischen Beihilferecht und ihre Vermeidung, in: Europäisches Wirtschafts- und Steuerrecht (EWS), Sonderdruck aus Heft 12/ 2008, S.497 - 504.
- Kodolitsch Paul von** (2002), Liberalisierung und Privatisierung und der institutionelle Wandel in den Kommunen, in: Libbe/ Tomerius/ Trapp (Hrsg.) Liberalisierung und Privatisierung kommunaler Aufgabenerfüllung, Difu-Beiträge zur Stadtforschung, Bd. 37, S. 39 - 69.
- Köhler Thomas, Storz A. Monica** (2004), ÖPP im Krankenhausbereich - Chance zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit kommunaler Krankenhäuser, Präsentationsunterlagen.
- Kohnke Tanja** (2002), Die Gestaltung des Beschaffungsprozesses im Fernstraßenbau unter Einbeziehung privatwirtschaftlicher Modelle, Diss., Berlin.
- Kohnke Tanja, Schauer** (2006), Fallstudie PPP-Expresspaket der Stadt Köln, in: Littwin/ Schöne (Hrsg.), Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau, Stuttgart, S. 416 - 422.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaft** (2004), Grünbuch zur öffentlich-privaten Partnerschaft und den gemeinschaftlichen Rechtsvorschriften für öffentliche Aufgaben und Konzessionen, Brüssel.
- Koppes Marc** (2000), Entscheidungstheoretische Analyse der Privatisierung: ein Beitrag zur Diskussion zum Privatisierungsprozess öffentlicher Krankenhäuser mit Fallstudie des Krankenhauses Prinzessin Marie-Astrid im Großherzogtum Luxemburg, Diss., Lüneburg.
- Kortevoß Axel** (2005), Krankenhausplanung unter Bedingungen der German-Diagnosis Related Groups, Methodischer Beitrag zur Ausgestaltung ordnungspolitischer

Handlungsoptionen der Bundesländer, Diss., Ludwig-Maximilians-Universität München.

**Kremer Bernd, Kampf Ralf, Gunzert-Marx Konstanze** (2008), Partikeltherapiezentrum des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Vortrag am 17.4.2008 in der Charité, Berlin.

**Kremer Bernd, Krampf Ralf** (2008), Partikeltherapiezentrum des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins, Vortrag am 17. Apr. 2008, 2.Workshop PPP im Krankenhaussektor, Berlin.

**Krukemeier Günther** (2008), Klinikum Bremen-Mitte - ein innerstädtischer Krankenhausstandort im Umbruch, in: Bauen + Wirtschaft, Architektur der Region im Spiegel, 15.Jg., S 191/ 08, Bremen, S. 22 - 31.

**Kuchinke Björn A.** (2004), Krankenhausdienstleistungen und Effizienz in Deutschland – Eine industrieökonomische Analyse, Diss., in: Gäfgen Gerard, Oberender Peter (Hrsg.) Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 43, Baden-Baden.

**Kühlmann Sebastian** (2006), Systematik und Abgrenzung von PPP-Modellen und Begriffen, in: Andreas Pfnür (Hrsg.), Arbeitspapiere zur Immobilienwirtschaftlichen Forschung und Praxis, Band Nr. 5, Darmstadt.

**Küpper Michael** (2006), Klinikimmobilien - Die Klinik der Zukunft ist privat, spezialisiert und handelbar, Interview in der Immobilienzeitung, Nr. 11/ 2006, Wiesbaden.

## L

**Landré Burkhard** (2009), Sanierungskonzepte für Universitätsklinka unter Berücksichtigung von modernen Public-Private-Partnership-Konzepten, Vortrag auf dem 2. Fachkongress „Investitionen im Krankenhaus - mit Partnern / aktuelle Entwicklungen bei PPP für Krankenhäuser, 12.11.2009, Bonn.

**Laux Helmut** (2003), Entscheidungstheorie, 5. Aufl., Berlin.

**Lehmitz Soenke** (2005), Volkswirtschaftliche Auswirkungen der „Privatisierung“ von öffentlichen baulichen Anlagen, Diss., Technische Universität Berlin, Mitteilungen Heft 28, Berlin.

**Lennerts Kunnibert** (2009), Chapter 9: Facility management of hospitals, in: Rechel/ Wright/ Edwards/ Dowdeswell/ McKee (Hrsg.) Investing in hospitals of the future, Observatory Studies Series No 16, S.176 - 186.

**Lenzen Andreas** (2007), Das Bauprojekt der Universitätsklinik zu Köln, Vortrag am 21.03.2007 im Rahmen des 7. Betriebswirtschaftlichen Symposiums Bau Weimar, Weimar.

**Lenzen Herbert** (1985), Kriterien für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern, Eine kritische Analyse der derzeitigen Prüfverfahren und Entwicklung eines krankenhausspezifischen Kennzahlensystems, Diss., Reihe Wirtschaftswissenschaften, Bd. 298, Frankfurt a. M.

**Littwin Frank** (2006), 1. Kapitel: Allgemeiner Teil, in: Littwin/ Schöne (Hrsg.): Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau, Stuttgart, S. 1 - 49.

**Littwin Frank** (2008), Risikoverteilung und Veränderungsprozesse bei PPP-Krankenhausprojekten, Vortrag auf dem Kongress „Investition im Krankenhaus – aus eigener Kraft oder mit Partnern?“, 6.11.2008, Bonn.

**Littwin Frank, Greive Mechthild** (2006), Public Private Partnership in kommunalen Kranken-

häusern Nordrhein-Westfalens - Möglichkeiten zur Vereinfachung und Beschleunigung von PPP-Modellen in den kommunalen Krankenhäusern NRW, Stellungnahme auf Anfrage der Kompetenzgruppe Gesundheitswesen der Projektarbeitsgruppe Öffentlich Private Partnerschaft (PPP) der Fraktionen von CDU/CSU und SPD, Berlin.

**Low Caroline, Hulls Daniel, Rennison Alan** (2005), Public Private Partnership in Scotland: Evaluation of Performance, Cambridge Economic Policy Associates, Publication of the Scottish Executive.

## M

**MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen)** (2007), Umstellung der Krankenhausinvestitionsförderung - Informationen zur Baupauschale, Düsseldorf.

**MAS-BW (Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg)** (2007), Gesundheitsminister der Länder beraten über Zukunft der Krankenhausversorgung, Pressemitteilung Nr. 47/2007 vom 8.3.2007, Stuttgart.

**Meier Achim** (2008), Typische Veränderungsprozesse im öffentlichen Krankenhausbereich und ihre Auswirkungen auf PPP-Projekte, Vortrag auf der Euroforum-Konferenz PPP - Die Krankenhausfinanzierung der Zukunft ?!, 9. Dez. 2008, Berlin.

**Meininger** (2002), Ausschreibungspflichten im Zusammenhang mit Privatisierungen, in Fabry, Augsten (Hrsg.): Handbuch Unternehmen der öffentlichen Hand, Baden-Baden.

**Metzner Jochen** (2008), PPP und Förderrecht, Vortrag auf der Euroforum-Konferenz PPP - Die Krankenhausfinanzierung der Zukunft ?!, 9. Dez. 2008, Berlin.

**Metzner Jochen, Glanzer F.** (2006), Koalitions-Projektarbeitsgruppe ÖPP - Festbetragsfinanzierung im Krankenhausinvestitionsbereich, Antwort für das Land Hessen auf die Anfrage der Kompetenzgruppe (KG) Gesundheitswesen der Projektarbeitsgruppe Öffentlich Private Partnerschaft (PPP) der Fraktionen von CDU/CSU und SPD, Berlin.

**Meyer Michael** (2008), Diskussionsbeitrag auf der Euroforum-Konferenz PPP - Die Krankenhausfinanzierung der Zukunft ?! als Vertreter der Siemens AG Healthcare Sector MED ESG BM RSV, 9. Dez. 2008, Berlin.

**Meyer-Lüerssen D., Oeding V.** (2002), Die Einführung der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung - Risiko oder Chance für das medizinische Laboratorium?, Kassel.

**Miksch Jan** (2007), Sicherungsstrukturen bei PPP-Modellen aus Sicht der öffentlichen Hand, dargestellt am Beispiel des Schulbaus, Diss., TU Berlin, Mitteilungen Heft 34, Berlin.

**Mörmel Roland** (2006), Workshop zur Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser, 5. Nationales DRG-Forum, 24.Mrz. 2006, Berlin.

**Mörmel Roland** (2008), PPP im Kliniksektor - Diagnostischer Befund und Therapievorschlage, Vortrag am 12. Mrz. 2008 im Rahmen des 8. Betriebswirtschaftlichen Symposiums Bau Weimar, Weimar.

**Mörsch Michael** (2007), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG), Berlin.

**Mühlenkamp Holger** (1997), Eine ökonomische Analyse ausgewählter institutioneller Arrangements zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben, in: Schriften zur öffentlichen Verwal-

tung und öffentlichen Wirtschaft, Habil.-Schr., Lüneburg, Baden-Baden.

**Mühlenkamp Holger** (2003), Zum grundlegenden Verständnis einer Ökonomisierung des öffentlichen Sektors - Die Sicht eines Ökonomen-, in: Jens Harms und Christoph Reichard (Hrsg.): Die Ökonomisierung des öffentlichen Sektors: Instrumente und Trends, Schriftenreihe der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft, Bd. 50, S. 47 - 73, Baden-Baden.

**Multerer Christian** (2008), Verrechnungspreise für Profit-Center im Krankenhaus - Möglichkeiten und Grenzen ihrer Gestaltung im Kontext deutscher DRGs, Diss. München.

**MWK-BW (Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg)** (2003), Teilprivatisierung der Universitätsklinik in Baden-Württemberg, Anhörung von Sachverständigen am 02.Juli 2003, Aktuelle Reihe Nr.13, Stuttgart.

## N

**Nadree Fred** (2006), Public Private Partnership im Krankenhaus - ein Lösungsansatz aus der Finanzierungskrise?, Vortrag am 26.Sept. 2006, Berlin

**NAO (National Audit Office)** (2001), Managing the relationship to secure a successful partnership in PFI projects, London.

**NAO (National Audit Office)** (2003), PFI: Construction Performance, London.

**NAO (National Audit Office)** (2006), Definitions,  
<http://www.nao.org.uk/efficiency/defining.htm>, besucht am 19.09.2006:

**Neufert Ernst** (1996), Bauentwurfslehre: Grundlagen, Normen, Vorschriften über Anlage, Bau, Gestaltung, Raumbedarf, Raumbeziehungen, Maße für Gebäude, Räume, Einrichtungen, Geräte mit dem Menschen als Maß und Ziel, 34. erw. Aufl., Braunschweig.

**Neumann Dieter, Szabados István** (2006), § 8 Recht der öffentlichen Finanzierung, in: Weber/ Schäfer/ Hausmann/ Alfen / Drömann (Hrsg.) Praxishandbuch Public Private Partnership - Rechtliche Rahmenbedingungen, Wirtschaftlichkeit, Finanzierung, München, S. 375 - 392.

**NHS (National Health Service)** (2007), Department of Health Standard Form Project Agreement Version 3, abgerufen am 15.12.2009 auf [http://www.dh.gov.uk/en/ Procurementandproposals/ Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/ Standardcontract/DH\\_4016186](http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/Standardcontract/DH_4016186) (zuletzt geändert am 8. Juni 2007), London.

**NHS (National Health Service)** (2009), NHS Standard Service Level Specifications, abgerufen am 15.12.2009 auf [http://www.dh.gov.uk/en/ Procurementandproposals/ Publicprivatepartnership/ Privatefinanceinitiative/ Newstandardoutputspecifications/DH\\_4071813](http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/Newstandardoutputspecifications/DH_4071813) (zuletzt geändert am 24. April. 2009), London.

**NHS Executive** (1999), Public Private Partnerships in the National Health Service: The Private Finance Initiative, London.

**Niehaus Frank** (2006), Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben, WIP-Diskussionspapier 5/ 06, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Ort.

**Niggemann Sieghart** (2007), Preis- und Budgetverhandlungen auf Basis des leistungsorientierten Krankenhausbetriebsvergleichs (Basisfallwerte) aus Sicht der Kostenträger.

**Nowacki Petra** (2007), PPP im Gesundheitswesen erläutert am Beispiel Protonentherapiezentrum Essen, in: Nicklisch Fritz (Hrsg.) Betreibermodelle, BOT/PPP-Vorhaben

im In- und Ausland, Schriftenreihe Technologie und Recht, Band 29.

**O**

**OECD** (2005), Health at a glance: OECD Indicators – 2005 Edition, Kurzzusammenfassung, Paris.

**ÖTV** (1993), Rechtsform- und Trägerwechsel bei Krankenhäusern, Stuttgart.

**P**

**Peridon Louis, Steiner Mafred** (2002), Finanzwirtschaft der Unternehmung, 11., überarb. U. erw. Aufl., München.

**Pfnür Andreas, Schetter Christoph, Schöbener Henning** (2008), Risikomanagement öffentlicher Infrastrukturinvestitionen in Public Private Partnership, Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Initiative Finanzstandort Deutschland (IFD), Darmstadt.

**Pföhler Wolfgang** (2003), Thesen zur Sicherstellung durch kommunale Häuser.

**Pföhler Wolfgang** (2004), Die Zukunft kommunaler Krankenhäuser – Privatisierung als Handlungsoption, in: Der Landkreis, Zeitschrift für kommunale Selbstverwaltung, 74. Jg., 11/2004, Berlin, S. 647 - 648.

**Polheim Bernd von** (2008), Diskussionsbeitrag auf der Euroforum-Konferenz PPP - Die Krankenhausfinanzierung der Zukunft ?! als Vertreter von GE Healthcare Germany, 9. Dez. 2008, Berlin.

**Pommer Alexandra** (2007), Entscheidungsunterstützung in der Immobilienprojektentwicklung, Diss., Schriftenreihe Bau- und Immobilienmanagement, Bd. 6, Weimar.

**PPP-BeschIG** (2005), Gesetz zur Beschleunigung der Umsetzung von Öffentlich Privaten Partnerschaften und zur Verbesserung gesetzlicher Rahmenbedingungen für Öffentlich Private Partnerschaften, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2005 Teil I Nr. 56, ausgegeben zu Bonn am 7. September 2005.

**PPP-Task Force NRW** (2007a), Wirtschaftlichkeitsuntersuchung bei PPP-Projekten, Düsseldorf.

**PPP-Task Force NRW** (2007b), PPP-Eignungstest nach dem Entwurf des Hochschulmedizingesetzes, Entwurf, Düsseldorf.

**PPP-Task Force NRW** (2007c), Public Private Prtnership und Neues Kommunales Finanzmanagement, Düsseldorf.

**PPP-Task Force NRW** (2008), PPP-Eignungstest nach dem Entwurf des Hochschulmedizingesetzes, Entwurf, Düsseldorf.

**PwC (PricewaterhouseCoopers)** (2007), Gutachten zur Bewertung von öffentlich-privaten Partnerschaftsmodellen in der Krankenhausfinanzierung, im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums, Frankfurt am Main/ Wiesbaden.

**R**

**Raabe Marius** (2008), PPP-Projekte und europäisches Beihilferecht, Vortrag auf der Euroforum-Konferenz PPP - Die Krankenhausfinanzierung der Zukunft ?!, 9. Dez. 2008, Berlin.

**Ramboll Management** (2004), PPP in kommunalen Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens,

Vorstudie im Auftrag der PPP-Task Force NRW, Hamburg.

**Reichard** (2003), Skript PM I - SS 2003, Universität Potsdam.

**Renner Gerhard, Reisinger Günther, Linzatti Rudolf** (2001), Outsourcing: Formen, Ziele Bereiche, Entwicklungstendenzen, Chancen und Risiken, in: Frosch Eduard, Hartinger Gerhard, Renner Gerhard (Hrsg.) Outsourcing und Facility Management im Krankenhaus - Strategien - Entscheidungstechniken - Vorgehensweisen, Wien/ Frankfurt a.M., S. 17 - 71.

**Reppenhagen Markus** (2004), Fünf Schritte zu einem erfolgreichen PPP-Projekt, in: Knop, Detlef (Hrsg.): Public Private Partnership - Jahrbuch 2004, Frankfurt am Main, S. 33 - 36.

**Reppenhagen Markus, Ditfurth Jörg von** (2005), Erste Schritte: Projektauswahl, -organisation und Beraternotwendigkeit, Leitfaden im Auftrag der PPP-Task Force NRW, Düsseldorf.

**Richter Susanne** (2005), Dienstleistungen in kommunalen und gemeinnützigen Krankenhäusern und ihre Übertragbarkeit auf private Anbieter, Lehrstuhl Betriebswirtschaftslehre im Bauwesen an der Bauhaus-Universität Weimar, wissenschaftliche Betreuung durch Dirk Daube, Weimar.

**Richter Susanne** (2006), Key factors for successful performance of Public Private Partnership projects for hospitals –Lessons to learn from the United Kingdom and Australia-, Lehrstuhl Betriebswirtschaftslehre im Bauwesen an der Bauhaus-Universität Weimar, wissenschaftliche Betreuung durch Dirk Daube, Weimar.

**Roentgen Frederik** (2000), Public Private Partnership, Eine effizienzorientierte Analyse kommunaler Aufgabenerfüllung unter Einbeziehung erwerbswirtschaftlicher Unternehmungen, Diss. Universität Köln, Aachen.

**Roggencamp Sibylle** (1999), Public Private Partnership, Entstehung und Funktionsweise kooperativer Arrangements zwischen öffentlichem Sektor und Privatwirtschaft, Diss., in: Europäische Hochschulschriften, Reihe 5, Volks- und Betriebswirtschaft, Band 2410, Frankfurt a, M.

**Ronellenfitch Michael** (2004), Voraussetzungen und Grenzen der materiellen Privatisierung, in Hoppe/ Uechtritz (Hrsg.): Handbuch Kommunale Unternehmen, Köln, S. 51 - 56.

**Rösmann Tobias** (2008), Neubau soll Klinikum Höchst rentabel machen, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, FAZ.Net, 15.6.2008, Frankfurt.

**Rothgang Heinz** (2007), Vergütung im stationären Sektor, Vorlesung Gesundheitsökonomie II, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.

**Rürup Bert** (2008), Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, vorgelegt am 12. Mrz.2008, Berlin.

**Rupp Bernhard** (2004), Public Private Partnership-Modelle im Gesundheitswesen, Vortrag für die „Plattform für Gesundheitsökonomie“ am 5. Mai 2004.

## S

**Sachsen LB** (2003), Krankenhausstudie „Patient Krankenhaus“– Diagnose und Therapien, Strategien für die Zukunftssicherung der kommunalen Krankenhäuser in Ostdeutschland, Leipzig.

- Sachverständigenrat** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bonn.
- Schaedel, Volker** (2008) Public Private Partnership als strategisches Geschäftsfeld mittelständischer Unternehmen, Bauhaus-Universität Weimar, Diss., Weimar.
- Schäfer Michael, Thiersch Stephanie** (2006), 2. Teil: Rechtliche Rahmenbedingungen, in: Weber/ Schäfer/ Hausmann/ Alfen / Drömann (Hrsg.) Praxishandbuch Public Private Partnership - Rechtliche Rahmenbedingungen, Wirtschaftlichkeit, Finanzierung, München,, S. 85 - 101.
- Schick** (2002), Öffentliches Sozial- und Gesundheitswesen, in: Fabry/ Augsten (Hrsg.) Handbuch Unternehmen der öffentlichen Hand, Baden-Baden, S. 588 - 607.
- Schmidt Daga, Riecken Jörg** (2002), Public Private Partnership, Neue Kooperationsformen - effiziente Lösungen, in: Klinik Management aktuell, 16.10.2002.
- Schmidt Hans-Jürgen** (2001), Betriebswirtschaftslehre und Verwaltungsmanagement, 5. neu bearb. u. erweit. Aufl., Heidelberg.
- Schmidt Jürgen** (2002), Wirtschaftlichkeit in der öffentlichen Verwaltung, 6. neu bearb. U. erweit. Aufl., Berlin.
- Schöne Franz-Jonsef, Schäfer Michael** (2005), Vertragsrechtliche Aspekte am Beispiel von PPP-Schulprojekten, Leitfaden im Auftrag der PPP-Task Force NRW, Düsseldorf.
- Schöne Franz-Josef** (2006), 2. Kapitel: Ausgewählte Rechtsfragen, in: Littwin/ Schöne (Hrsg.): Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau, Stuttgart, S. 51 - 118.
- Schönrock Sabrina** (2000), Beamtenüberleitung anlässlich der Privatisierung von öffentlichen Unternehmen, Diss., Humboldt-Universität Berlin, Berlin.
- Schrade & Partner Rechtsanwälte** (2002), Dienst- und arbeitsrechtliche Aspekte beim Outsourcing, Vortrag am 9. Sept. 2002.
- Schulte Karl-Werner** (2005), Immobilienökonomie Band I Betriebswirtschaftliche Grundlagen, München.
- Schuppert G. F.** (1996), Vonselbständigung und Teilprivatisierung der Krankenhausbetriebführung durch Abschluss von Managementverträgen mit privaten Klinikgesellschaften, in: Der Personalrat, Personal-Recht im Öffentlichen Dienst, Frankfurt a. M., 13. Jg., 5/1996, S. 173 - 190.
- Serwuschok Andreas** (2008), Die Baupauschale NRW aus Bankensicht, Vortrag im Rahmen der Veranstaltung: Neue Wege in der Krankenhausfinanzierung am Beispiel der Baupauschale in Nordrhein-Westfalen, München.
- Sester Peter, Bunsen Christian** (2006), 3. Teil, § 12 Anforderungen und Besonderheiten bei der Finanzierung von PPP-Projekten, in: Weber/ Schäfer/ Hausmann/ Alfen / Drömann (Hrsg.) Praxishandbuch Public Private Partnership - Rechtliche Rahmenbedingungen, Wirtschaftlichkeit, Finanzierung, München, S. 436 - 498.
- Siegels Jörg** (2004), Konzernrecht kommunaler Unternehmen, in Hoppe/ Uechtritz (Hrsg.): Handbuch Kommunale Unternehmen, Köln, S. 421 - 495.
- Simon Michael** (2000), Neue Krankenhausfinanzierung - Experiment mit ungewissem Ausgang, Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.

- Specke H.K.** (2005), Der Gesundheitsmarkt in Deutschland, Bern, Göttingen, Toronto u.a.
- Stake Robert E.** (1995), The Art of Case Study Research, Thousand oak (USA).
- Statistisches Bundesamt** (2004), Grunddaten der Krankenhäuser 2003, Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2005), Grunddaten der Krankenhäuser 2004, Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2006), Grunddaten der Krankenhäuser 2005, Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2007), Grunddaten der Krankenhäuser 2006, Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Steiner Peter, Mörsch Michael** (2005), Kritische Bestandsaufnahme der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, in: Das Krankenhaus, Ausgabe 6/2005, S. 473 - 477.
- Stiepelmann Heiko** (2008), PPP im Krankenhaus, Interview, in: PPP Task Force im BMVBS (Hrsg.) PPP Newsletter 02/08, Berlin, S. 2 - 3.
- Stock Christian** (2006), Investitionsfinanzierung im Wettbewerb der Krankenhäuser: Darstellung und Analyse alternativer Strategien unter besonderer Berücksichtigung von Public Private Partnership, Diplomarbeit, Fachhochschule Osnabrück, Bünde.
- Storz A. Monica, Frank Michael** (2004), Erste Schritte: Der PPP-Eignungstest, Leitfaden im Auftrag der PPP-Task Force NRW im Finanzministerium NRW, Düsseldorf.
- Strohbach Hannes** (2001), Build Operate Transfer-Modelle zur Finanzierung von Infrastrukturinvestitionen: Eine Untersuchung im Lichte der neo-institutionalistischen Theorie, Diss., in: Europäische Hochschulschriften, Reihe 5, Volks- und Betriebswirtschaft, Bd. 2699, Frankfurt a.M.
- Strohe Claudia, Lüpke Tobias, Adler Frank, Weber Michael** (2006), ÖPP im Krankenhausbereich: Eine Alternative zur klassischen Privatisierung, in: Das Krankenhaus, Ausgabe 2/2006, Düsseldorf, S. 112 - 119.
- T**
- Tettinger Peter J.** (1997), Die rechtliche Ausgestaltung von Public Private Partnership, in: Budäus/ Eichhorn (Hrsg.), Public Private Partnership, Baden-Baden.
- Theisen Heike** (1998), Outsourcing diagnostischer und therapeutischer Leistungen im Krankenhaus, Arbeitsbericht 1998/1, Lehrstuhl Controlling am Institut für BWL der Universität Hohenheim, Stuttgart.
- Tuschen Karl Heinz, Trefz Ulrich** (2004), Krankenhausentgeltgesetz, Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen, Stuttgart.
- U**
- UK S-H (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)** (2008), Startschuss für Partikeltherapiezentrum des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Pressemitteilung vom 18. Mrz. 2008, Kiel.
- Unbehauen Regine** (2006), Erfahrungsbericht des Forschungsaufenthaltes in Großbritannien zum Stand der PFI-Projekte im Krankenhausbereich, Düsseldorf.

V

**Vaziri Daniela, Schaefer Andreas** (1999), Gebäudemanagement - Outsourcing von Dienstleistungen im Krankenhaus und Pflegebereich II, in: Schriftenreihe Gebäudemanagement, 4/1999, Frankfurt am Main.

**Voland Thomas** (2008a), PPP als Finanzierungsmodell für kommunale Krankenhäuser, Vortrag auf der Veranstaltung „Kommunales Infrastruktur-Management“, 6.6.2008, Berlin.

**Voland Thomas** (2008b), Die Gestaltung von PPP im Krankenhausesektor, Vortrag auf der Euroforum-Konferenz PPP - Die Krankenhausfinanzierung der Zukunft ?!, 9. Dez. 2008, Berlin.

**VUD (Verband der Universitätsklinka Deutschlands e.V.)** (2007), Stellungnahme des VUD zum Fragenkatalog des BMG zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung, Berlin.

**VV-BHO § 7** (2001), Verwaltungsvorschrift, Vorschriftensammlung Bundesfinanzverwaltung, H 05 01 vom 16.Mai 2001 .

W

**Weber Barbara, Alfen Wilhelm, Maser Stefan** (2006), Projektfinanzierung und PPP - Praktische Anleitung für PPP und andere Projektfinanzierungen, Köln.

**Weber Martin** (2006), Die Wirtschaftlichkeitsuntersuchung bei PPP-Projekten, in: Budäus, Kooperationsformen zwischen Staat und Markt, S. 139 - 157.

**Weber Martin, Heß Silke** (2007), Neue Wege für PPP im Krankenhausbau, in: Knop Detlef (Hrsg.): Public Private Partnership - Jahrbuch 2007, Frankfurt am Main, S. 91 - 93.

**Weber Martin, Moß Oliver, Bachhuber Falk** (2006), 2. Teil, § 10 Vertragliche Grundlagen - Finanzierungsverträge, in: Weber/ Schäfer/ Hausmann/ Alfen / Drömann (Hrsg.) Praxishandbuch Public Private Partnership - Rechtliche Rahmenbedingungen, Wirtschaftlichkeit, Finanzierung, München, S. 599 - 640.

**Weber Martin, Moß Oliver, Schwichow Heike** (2004), Finanzierungsleitfaden, im Auftrag der PPP-Task Force NRW, Düsseldorf.

**Weidemann André** (2006), Entwicklung eines qualitativen Ex-Post-Analysemodells für PPP-Projekte und Anwendung am Pilotprojekt „Kreishaus Unna“, Diplomarbeit an der Bauhaus-Universität Weimar, Weimar.

**Wendel Volker** (2001), Controlling in Non-Profit-Unternehmen des stationären Gesundheitssektors, Diss., Universität Mannheim, Bd. 170 der Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Mannheim.

**Wendel Volker** (2007), PPP-Projekt Westdeutsches Protonentherapiezentrum Essen (WPE), Vortrag am 21.03.2007 im Rahmen des 7. Betriebswirtschaftlichen Symposiums Bau Weimar, Weimar.

**Werdning Arndt** (2005), Bewertung von Betreibermodellen in Produktionsbetrieben – Entwicklung einer Methodik zur Auswahl der optimalen Bezugsart, Diss., Schriftenreihe des Lehrstuhls für Produktionssysteme, Ruhr-Universität Bochum, Band 1/ 2005, Bochum.

**Wilke Vanessa, Jakobs Nadine** (2008), AIG - Krise trifft Kommunen, in: Der Neue Kämme-

rer, 4/2008, Frankfurt a.M.

**WR (Wissenschaftsrat)** (2006), Empfehlungen zu Public Private Partnership (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung, Drs. 7063-06, Köln.

**Y**

**Yin Robert K.** (2003), Applications of Case Study Research, Second Edition, Applied Social Research methods Series, Vol. 34, Thousand Oaks (USA).

**Z**

**Zapp Winfried** (2002), Prozessgestaltung im Krankenhaus, Heidelberg.

**Zhang Xueqing** (2006), Public Client's Best Value Perspectives of Public Private Partnerships in Infrastructure Development, Journal of Construction Engineering and Management, S.107-114.

**Ziegenbein Ralf** (2001), Klinisches Prozessmanagement - Implikationen, Konzepte und Instrumente einer ablaforientierten Krankenhausführung, Diss., Gütersloh.

**Ziekow Jan** (2003), Public Private Partnership - Projekte, Probleme, Perspektiven.

**Zifonun Natalie** (2002), Gesundheitsausgaben 1992-2000, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 7/2002, S. 596-602, Wiesbaden.

---

## Index

- Abgrenzungsverordnung (AbgrV) ..... 96
- Basisfallwert..... 113
- Baupauschale ..... **103**, 147
- Bestandssicherheit ..... 152
- Betriebskonzept ..... 198
- Bürgschaft ..... 142, **XXVII**
- Daseinsvorsorge ..... **54**, 59
- Demographische Entwicklung..... 108, **119**
- Diagnosis Related Groups (DRGs)..... 109
- DRG-Fallpauschalen ..... 1, **108**, 116, 122
- Drittverwendungsfähigkeit ..... 76, **81**, 122, 158, 161
- Dualistik ..... **95**, 103
- Entscheidungstheorie ..... 6
- Erfüllungsgehilfe ..... **12**
- Facility Management..... 83, 88, **90**, 181
- Fallstudienprojekte..... 129
- Festbetragsförderung ..... 100
- Fortschritt (techn. & med.) .... 79, 108, **119**, 175, 189
- Funktionsbereiche ..... **76**, 197
- Garantie ..... XXVII
- Gewährleistungsverantwortung ..... 12, **61**, 64, 67
- Gewährträgerhaftung ..... 151, **155**
- Grundschild ..... 157, **XXVIII**
- Hard FM und Soft FM Leistungen..... 181
- HBFG (Hochschulbauförderungsgesetz) ..... 98
- Heimfallklausel..... 61, 132, **152**
- Hessen ..... 31, 101, **106**, 142, 147
- HMG (Hochschulmedizingesetz) ..... **150**, 169
- Hochschulbau ..... 23, **68**, 98
- Hygiene im Krankenhaus..... 91
- Hypothek ..... XXVIII
- Immobilienarten ..... 76
- Insolvenzfähigkeit ..... 34, **154**, 157, 206
- Instandhaltungskosten ..... **115**
- Investitionsfinanzierung ..... 97
- Investitionsprogramm ..... **57**, 99, 103
- Investitionsstau ..... 103, **117**
- Kappungsgrenze..... 114
- Konvergenzschritt ..... 114
- Kostenwirtschaftlichkeit ..... 39, **41**
- Krankenhausplan ..... 23, **57**, 98, 152
- Lebenszyklusansatz ..... **12**, 17, 47, 49, 167, 177
- Leistungsbeschreibung, outputorientierte ~ ..... 195
- Leistungsübertragung ..... 177
- Letztverantwortung ..... *Siehe Gewährleistungsverantwortung*
- Markterkundungsverfahren..... 205, 207, XXXVI
- Marktinteresse ..... 204
- Medizintechnik..... 79, 134, 136, 166, **186**
- Onkologisches Bettenhaus am UK Essen ..... 142
- Organschaftsverhältnis ..... **70**
- Parkhausimmobilie ..... 130, **132**, 162, 166, 171, 203
- Patronatserklärung ..... 131, 156, **XXVII**
- Pavillonbauweise ..... **80**, 117
- Personalsicherheiten ..... 156, **XXVII**
- Politische Unterstützung ..... 148
- PPP-Task Force NRW..... 50, **149**, 168, 171, 195
- PPP-Vertragsmodelle ..... **16**, 161
- Primärleistungen (Primärbereich)..... **84**, 177
- Privatisierungsformen ..... 63
- Projektvolumen..... 168
- Raubuch ..... 198
- Realsicherheiten ..... 156, **XXVIII**
- Rechtsformen ..... **31**, 154, 156
- Risikoverteilung ..... 191
- Schuldbeitritt ..... 156, **XXVIII**
- Sekundärleistungen (Sekundärbereich). 85, **87**, 166, 179, 191
- Sicherheitenkonzept ..... 154
- Sicherstellungsauftrag ..... **56**, 61
- Standortsicherheitserklärungen ..... 156, 158, **XXIX**
- Technisierungsgrad ..... **78**, 90, 176
- Tertiärleistungen (Tertiärbereich) ... 85, **88**, 179, 191
- Transaktionskosten ..... **48**, 168, 169
- Vergütung, leistungsorientierte ~ ..... 201
- Vergütungsmechanismen ..... **48**, 201
- Versorgungsstufen ..... **25**, 153
- Vertragslaufzeit..... 173
- Verwaltungshelfer.....*Siehe Erfüllungsgehilfe*
- Wirtschaftlichkeitsuntersuchung ..... **42**, 150, 220
- Wirtschaftsgüter..... 96
- Zulässigkeit, rechtliche~ ..... 145

---