

TECHNICAL UNIVERSITY BERGAKADEMIE FREIBERG
TECHNISCHE UNIVERSITÄT BERGAKADEMIE FREIBERG

FACULTY OF ECONOMICS AND BUSINESS ADMINISTRATION
FAKULTÄT FÜR WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN



Dieter Jacob
Dirk Neunzehn
Thilo Uhlig

Qualitative und quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken mit Hilfe von PPP*

FREIBERG WORKING PAPERS
FREIBERGER ARBEITSPAPIERE

01
2008

The Faculty of Economics and Business Administration is an institution for teaching and research at the Technische Universität Bergakademie Freiberg (Saxony). For more detailed information about research and educational activities see our home-page in the World Wide Web (WWW): <http://www.wiwi.tu-freiberg.de/index.html>.

Addresses for correspondence:

Prof. Dr.-Ing. Dipl.-Kfm. Dieter Jacob
Dipl.-Kfm. Dirk Neunzehn
Technische Universität Bergakademie Freiberg
Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Lehrstuhl für ABWL, speziell Baubetriebslehre
Lessingstr. 45, D-09596 Freiberg
Telefon: ++49 / 3731 / 39 40 81, - 26 34
Fax: ++49 / 3731 / 39 40 92
E-mail: jacob@bwl.tu-freiberg.de
dirk.neunzehn@bwl.tu-freiberg.de

* Zwischenbericht zum Forschungsauftrag „PPP-Krankenhäuser: Qualitative & quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken“.

ISSN 0949-9970

The Freiberg Working Paper is a copyrighted publication. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, translating, or otherwise without prior permission of the publishers.

Coordinator: Prof. Dr. Michael Nippa

All rights reserved.

Zusammenfassung / Abstract	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Aufgabenstellung	8
2 Methodik	10
2.1 Recherche	10
2.1.1 Expertengespräche	10
2.1.1.1 Potenzielle Auftraggeber	11
2.1.1.2 Potenzielle Auftragnehmer	11
2.1.2 Umfang der Recherchen in Deutschland	11
2.1.3 Umfang der Recherchen in Großbritannien	11
2.1.4 Umfang der Recherchen in Frankreich	11
2.2 Primärerhebung	12
3 Recherche Großbritannien (Autor: Dirk Neunzehn)	12
3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	13
3.1.1 Öffentlich-rechtliche Rahmenbedingungen	13
3.1.1.1 Die Staatsorganisation	13
3.1.1.2 Regionalautonomie für Schottland, Wales und Nordirland	13
3.1.2 Das britische Gesundheitssystem	14
3.1.3 Rechtliche Grundlagen für PPP	16
3.1.3.1 Local Authorities (Capital Finance) Regulations 1997 (SI 319/1997)	16
3.1.3.2 Local Government (Contracts) Act 1997	17
3.1.3.3 The Local Authorities (Contracts) Regulations 1997	17
3.1.3.4 National Health Service (Private Finance) Act 1997	17
3.1.3.5 National Health Service Act 2006	17
3.1.3.6 Construction Contracts Exclusion Order (SI 1998/648)	18
3.1.4 Vergabeverfahren	18
3.1.4.1 Verhandlungsverfahren	18
3.1.4.2 Wettbewerblicher Dialog	19
3.1.5 Privatrechtliche Rahmenbedingungen	20
3.1.5.1 Standardvertrag	20
3.1.5.2 Outputspezifikationen	22
3.1.5.3 Zahlungsmechanismus	23
3.2 Umgesetzte Projekte	24
3.2.1 Status Quo	24
3.2.2 Best-practice Beispiel	26
3.3 Leistungsumfang	26
3.4 Finanzierung	27
3.5 Risikoverteilung und -bewertung	28

3.6	Schnittstellen	30
3.7	Übertragbarkeit.....	30
3.8	Zusammenfassung der Recherche Großbritannien.....	30
4	Recherche Frankreich (Autoren: Corinna Hilbig/Dieter Jacob)	31
4.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	31
4.1.1	Das französische Gesundheitssystem	31
4.1.2	Rechtliche Grundlagen für PPP	32
4.1.3	Vergabeverfahren	32
4.1.4	Privatrechtliche Rahmenbedingungen	32
4.2	Umgesetzte Projekte	33
4.2.1	Status Quo.....	33
4.2.2	Best-practice Beispiel	34
4.3	Leistungsumfang	34
4.4	Finanzierung	36
4.4.1	Forderungsabtretung, Cession Dailly.....	36
4.4.2	Miete und Finanzierung im Best-practice Beispiel	36
4.5	Risikoverteilung und -bewertung	37
4.6	Schnittstellen	38
4.7	Übertragbarkeit.....	40
4.8	Zusammenfassung und weiteres Vorgehen	41
5	Recherche Deutschland (Autor: Tilo Uhlig)	42
5.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	42
5.2	Umgesetzte Projekte	44
5.3	Angebaute Projekte.....	45
5.4	Leistungsumfang	45
5.5	Finanzierung	47
5.6	Risikoverteilung und -bewertung	51
5.7	Schnittstellen	52
5.8	Zusammenfassung.....	52
6	Bisherige Datenerhebung	53
7	Weiteres Vorgehen	54
8	Literaturverzeichnis	56

Zusammenfassung / Abstract

Stärker werdender Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern stellt diese vor erhebliche wirtschaftliche Herausforderungen. Kostendruck und Sanierungsstau wegen veralteter baulicher Infrastruktur verschärfen die durch die Einführung des Fallpauschalensystems (G-DRG) angespannte finanzielle Lage der Krankenhäuser. Zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit sind oft umfangreiche Investitionen in die bauliche Substanz notwendig. Um dies zeitnah zu ermöglichen, können Public-Private-Partnership (PPP) eine Realisierungsmöglichkeit sein. PPP ist in Großbritannien und Frankreich eine Variante der Leistungsbeschaffung im Gesundheitswesen, die dort in zahlreichen Projekten erfolgreich umgesetzt wurde. Um Empfehlungen für Deutschland abzuleiten, werden die Rahmenbedingungen in Frankreich, Großbritannien und Deutschland verglichen. Mit Hilfe der Beschaffungsvariante PPP ist es möglich, Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft schneller und effizienter zu restrukturieren und zu bewirtschaften. Unter der Beachtung einer effizienten Risikoallokation zwischen dem öffentlichen Auftraggeber und dem privaten Auftragnehmer während der verschiedenen Phasen des Projektes sind effiziente PPP-Krankenhausprojekte auch in Deutschland möglich.

JEL-Klassifikation: G32, H21, H54, I11, K33.

Schlagworte: ÖPP, PPP, Krankenhausfinanzierung, Risikoallokation, Immobilienmanagement, Gesundheitswesen.

Increasing competition between hospitals confronts them with significant economic challenges. Cost pressure and a refurbishment backlog because of out-dated property infrastructure highlight the precarious financial situation of hospitals since the introduction of the diagnostic related group compensation scheme in Germany (G-DRG). To improve the competitive position, very often substantial investment in the building stock is necessary. For this to happen without delay, Public Private Partnership (PPP) can be a way forward. PPP in Britain and France is one way of procurement in the health sector, which has been successfully implemented in many projects. In order to provide recommendations for Germany, the parameters in France, Britain and Germany were compared with each other. Based on the analysis of this information, recommendations can be inferred to PPP projects in the German health sector. With procurement by way of PPP it is possible to restructure and operate faster and more efficient hospitals in the public sector. With an efficient allocation of risks between the public sector client and the private sector contractor it is possible to realise efficient PPP hospital projects in Germany too.

JEL-classification: G32, H21, H54, I11, K33.

Key-Words: PFI, financing of hospitals, risk allocation, property management, health care, public health system.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verhandlungsverfahren.....	18
Tabelle 2: verkürztes Verhandlungsverfahren	19
Tabelle 3: PPP-Projekte im Krankenhausbau (England)	25
Tabelle 4: Betriebsleistungen	27
Tabelle 5: Finanzierungsstruktur des Beispiel-Projektes (für den Basisfall)	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau des NHS	15
Abbildung 2: Wertmaximierung bei Krankenhaus-PPPs.....	26
Abbildung 3: Projektstruktur Krankenhaus-PPP	28
Abbildung 4: Entwicklung der Krankenhausträgerschaft	43

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
azM	academisch ziekenhuis Maastricht
BaFo	Best and Final offer
BEH	Bail Emphytéotique Hospitalier
BHO	Bundeshaushaltsordnung
bzw.	beziehungsweise
CBP	CBP Services GmbH, München
CGCT	Code Général des Collectivités Territoriales
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSG	Contribution Sociale Générale
DC	Dialogue Compétitif
DH	Department of Health
G-DRG	German Diagnosis Related Group, Fallpauschalen
EPS	Etablissement Public de la Santé
FCC	Fonds Commun de Créances
FM	Facility Management
FMK	Finanzministerkonferenz
FRS	Financial Reporting Standard
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HKHG	Hessisches Krankenhausgesetz
Hrsg.	Herausgeber
HSG	HSG Technischer Service GmbH, Neu-Isenburg
IP	Internet Protocol

ISO	Internationale Organisation für Normung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
£	Pfund
L.	Loi
L_i	Gesamtmiete
L_{ij}	Immobilienmiete (im Jahr i)
L_m	Instandhaltungsmiete
LB	Landesbank
MAINH	Mission National d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MAPPP	Mission d'Appui à la Réalisation des Contrats de Partenariat
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
n°	numéro
N/A	not available
NHS	National Health Service
NRW	Nordrhein-Westfalen
OPIK	Optimierung und Analyse von Prozessen in Krankenhäusern
ÖPP	öffentlich-private Partnerschaften
PCT	Primary Care Trust
PFI	Private Finance Initiative
PFT	Private Finance Transaction
plc	public limited company
PSC	Public Sector Comparator
PPP	Public Private Partnership
PTC	Partikeltherapiezentrum
R_{Ei}	Betriebsvergütung
SHA	Strategic Health Authority
SI	Statutory Instrument

UK	United Kingdom
UKA	Universitätsklinikum Aachen
VDI	Voix, Données, Images
WLAN	Wireless Local Area Network
WPE	Westdeutsches Protonentherapiezentrum Essen

1 Aufgabenstellung

Im Zuge der Entwicklung im Gesundheitssektor, hier vor allem aufgrund der Einführung der Fallpauschalen (G-DRG), stehen die Krankenhäuser in einem zunehmenden Wettbewerb um Preise, Qualität und Patienten. Dies löst einen enormen Investitionsbedarf aus, da viele Krankenhäuser in ihrer bisherigen Form zu selten Fallerlöse oberhalb der Fallkosten erzielen können und daher insgesamt unwirtschaftlich arbeiten. Der Schlüssel zur Erreichung der Wirtschaftlichkeit liegt in der Anpassung des Baukörpers an die neuen Behandlungserfordernisse und in der Optimierung der betrieblichen Abläufe. Dies wird weitestgehend durch eine Verringerung der räumlichen Entfernungen zwischen den einzelnen medizinischen Behandlungszentren sowie durch die funktionale Anordnung der Räume entsprechend den notwendigen diagnostischen und therapeutischen Anforderungen für die Behandlung der Patienten erzielt. Die Konsequenz daraus ist eine Reduzierung der Wege- und Wartezeiten für die Patienten. Das Pflegepersonal wird effektiver eingesetzt, da Transportzeiten entfallen. Letztendlich können mehr wertschöpfende Prozesse im Krankenhaus ablaufen, so dass sich das wirtschaftliche Ergebnis verbessert.

Ein wichtiges Instrument für eine optimale Umsetzung könnten Public Private Partnerships (PPP - auch als öffentlich-private Partnerschaften/ÖPP bezeichnet) sein. Selbst wenn man sich gegen eine reine Funktionalausschreibung entscheidet, ist es unerlässlich, die auftretenden Schnittstellen zwischen dem Krankenhaus und dem PPP-Partner bzw. die entstehenden Schnittstellen innerhalb des Krankenhausbetriebs zu optimieren und in die Projekt- und Baukonzeption mit einfließen zu lassen.

Da die öffentlichen Krankenhausträger durch die Einführung der Fallpauschalen in nahezu allen Fällen massiv investieren müssen, wird auch die lebenszyklusübergreifende Einbeziehung von privaten Partnern als Möglichkeit zur Sicherstellung und Verbesserung dieser medizinischen Infrastruktureinrichtungen verstärkt ins Auge gefasst. Aufgrund der mangelnden praktischen deutschen Erfahrungen in der Projektklasse „PPP bei Krankenhäusern“ entsteht gerade bei Umstrukturierungen und Erweiterungen von Kliniken ein besonderer Forschungsbedarf.

Das Ziel unseres Forschungsprojektes besteht primär in der Erfassung und Allokation der Risiken zwischen Krankenhaus und privatem Partner sowie der wirtschaftlichen Lösung von Schnittstellenproblemen beim Einsatz von PPPs. Grundsätzlich ist dabei die Frage zu klären, ab wann es wirtschaftlich sinnvoll ist betriebliche Leistungen im Rahmen einer Gesamtlösung für das Krankenhaus zu erbringen oder als Teillösung im Rahmen des PPP, ohne dass dabei andere Funktionaleinheiten der Klinik berührt werden.

Weiterhin ist auch die Variante der Leistungserbringung zu prüfen, in der das PPP eine Gesamtleistung für das Klinikum erbringt. Die Schnittstellenbetrachtung soll die bauliche Konzeption – mit und ohne Einbeziehung der Bestandsgebäude – rund um die anschließende Nutzung ermöglichen und so die Basis für zukunftsorientierte und wettbewerbsfähige Lösungen schaffen. Neben der rein baulichen Komponente sind auch Fragen der (Erst-) Ausstattung der Betriebseinheiten mit Medizintechnik zu klä-

ren, die im Rahmen eines PPPs errichtet und betrieben werden. Dazu zählt auch die mögliche Einbeziehung der Wartung und Instandhaltung sowie Fragen der Erneuerung der Technik im PPP-Zeitraum.

Die Risiken, die bei einem Krankenhausprojekt hinsichtlich Planung, Bau, baulicher Instandhaltung und Finanzierung sowie Betrieb auftreten, sind zu identifizieren und zu quantifizieren. Dies ist insbesondere für den vorläufigen Wirtschaftlichkeitsvergleich zwischen konventioneller Realisierung und PPP nach § 7 BHO und den entsprechenden Ländervorschriften wichtig. Die bekannten Risikowerte aus der rein öffentlichen bzw. privatwirtschaftlichen Realisierung im Hochbau sind für eine partnerschaftliche „Erfüllungsvariante Krankenhaus“ anzugleichen. Der Focus liegt hier auf der Risikoallokation zwischen den beiden Parteien, für welche national im Krankenhaussektor kein Beispiel besteht. Dies muss auch seinen Niederschlag in einer speziellen, ausgewogenen Risikoverteilung zwischen dem Krankenhaus und dem PPP-Partner finden.

Derzeit finden hierzulande viele Erweiterungsbauten und Umstrukturierungen von Krankenhäusern statt. Ein Trend, der sich wegen der oft unvorteilhaften baulichen Struktur der Bestandskrankenhäuser auch in den kommenden Jahren fortsetzen wird. Bereits heute greift man vereinzelt auf die Realisierungsvariante PPP zurück, so geschehen z. B. in der Klinik der Universität zu Köln und im Universitätsklinikum Essen. Der Einbezug bzw. die Umsetzung der Ergebnisse unserer Studie in künftige Projekte ist daher sehr wahrscheinlich.

Zur Reduktion der Komplexität für Anwender soll auch ein best-practice Guide entstehen.

Das Forschungsprojekt: "PPP-Krankenhäuser: Qualitative & quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken" wird mit Mitteln der Forschungsinitiative Zukunft Bau des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung gefördert.

(Aktenzeichen: Z 6 -10.08.18.7- 07.8 / 112 - F20-07-21)

2 Methodik

Unsere Untersuchung basiert auf folgenden zwei Säulen:

- a) einer Literaturrecherche und Auswertung von technischen und kaufmännischen Unterlagen sowie Expertenbefragungen und
- b) der Durchführung von eigenen empirischen Untersuchungen zu bereits realisierten bzw. sich in der Umsetzung befindlichen Praxisprojekten.

In der anfänglichen Strukturierungsphase haben wir die Literatur- und Datensichtung vorgenommen, um den Untersuchungsgegenstand sinnvoll abzugrenzen und eine geeignete Detaillierungstiefe für die Datenerhebung zu ermitteln. Bei unseren Betrachtungen haben wir uns an den Vorgaben der potenziellen Auftraggeber hinsichtlich des Leistungsumfangs und -tiefe in einem PPP-Projekt im stationären Bereich orientiert. Diese umfassten betriebliche, wirtschaftliche und gebäudetechnische Sachverhalte. Auf Basis des festgelegten Detaillierungsniveaus und den identifizierten Informationslücken haben wir die Ist-Aufnahme durchgeführt, im Zuge welcher wir kaufmännische und technische Unterlagen ausgewertet und Interviews mit Vertretern von Kliniken, Fachplanern und Facility Managern von Krankenhäusern geführt haben. In der sich daran anschließenden Analysephase haben wir sämtliche Daten aufbereitet, strukturiert und verdichtet, so dass die PPP-relevanten betrieblichen Arbeitsabläufe und Schnittstellen klar umrissen werden können. Dazu zählen insbesondere die Anforderungen an die Regelungen der Schnittstellen zur Einfügung in den Bestand. Ziel ist die Ermittlung der bestmöglichen Krankenhausstruktur und die optimale Verteilung der Risiken auf die Projektbeteiligten eines PPPs.

2.1 Recherche

Entsprechend der gewählten Methodik beruhte die Recherche zum einen auf der Auswertung zugänglicher Literaturquellen und zum anderen auf der Durchführung von Expertenbefragungen. In den nachfolgenden Abschnitten werden die Herangehensweise an das Thema sowie die Eingrenzung auf die Untersuchungsschwerpunkte in den einzelnen untersuchten Ländern näher erläutert.

2.1.1 Expertengespräche

Im Sinne der gewählten Methodik wurden Expertengespräche geführt, um sowohl die Meinungen von potenziellen Auftraggebern, z. B. leitende Angestellte von öffentlichen Krankenhäusern, als auch die der möglichen Auftragnehmer, wie z. B. Bauunternehmen, Service-Unternehmen und Kreditinstituten zu eruieren. Der Ablauf der Expertenbefragung erfolgte anhand eines strukturierten Fragebogens, in dem aus unserer Sicht alle für das Forschungsthema relevanten Aspekte aufgelistet waren. Die Gesprächsergebnisse wurden protokolliert und den Gesprächspartnern zur Kenntnis gegeben. An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass während der verbleibenden Laufzeit des Forschungsprojektes noch Expertengespräche stattfinden, deren Ergebnisse zum gegebenen Zeitpunkt in den Endbericht einfließen werden.

2.1.1.1 Potenzielle Auftraggeber

In den Gesprächen mit den potenziellen Auftraggebern wurden nicht nur Fragen zum möglichen Projektablauf, sondern auch Themen der Vorbereitung eines solchen Projektes diskutiert. Insbesondere die Frage der Maßnahmenwirtschaftlichkeit fand immer wieder besondere Beachtung. Obwohl die Gespräche in einer offenen Atmosphäre stattfanden, wurde von Seiten der Auftraggeber jedoch ein gewisses Maß an Vertraulichkeit bezüglich des Umgangs mit ihren Aussagen verlangt.

2.1.1.2 Potenzielle Auftragnehmer

Die Gespräche mit den potenziellen Auftragnehmern orientierten sich ausschließlich an den möglichen Projektbedingungen. Anhand des strukturierten Fragebogens konnten die wichtigsten Aspekte für die Seite des Anbieters bei einem PPP im Krankenhaus erfasst werden. Dabei wurde der jeweiligen branchenüblichen Sichtweise und Befindlichkeiten der einzelnen Unternehmen Rechnung getragen. Auch diese Gespräche verliefen in einer offenen Arbeitsatmosphäre.

2.1.2 Umfang der Recherchen in Deutschland

Als Einstieg für die Literaturrecherche in Deutschland wurden Abhandlungen über die allgemeine wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser betrachtet. Im weiteren Schritt erfolgte eine Eingrenzung auf Veröffentlichungen, die sich schwerpunktmäßig mit dem Thema der Auslagerung von Leistungen an Dritte im stationären Sektor beschäftigen. Danach wurden wissenschaftliche Schriften analysiert, die an verschiedenen deutschen Universitäten zu theoretischen Fragestellungen über PPP im Krankenhausbereich erstellt wurden. Weiterhin wurden Veröffentlichungen von Marktteilnehmern, wie z. B. Träger von Krankenhäusern, Banken, Beratungsunternehmen und öffentlichen Institutionen zu diesem Sachverhalt ausgewertet.

Da das Thema PPP im stationären Sektor erst seit kurzem in der deutschen Fachliteratur betrachtet wird, konnte nur eine beschränkte Anzahl von Literaturquellen, auch unter Einbeziehung von Rechercheleistungen im Internet, letztendlich identifiziert und im Sinne des Forschungsauftrags ausgewertet werden.

2.1.3 Umfang der Recherchen in Großbritannien

Für die Recherche zu Großbritannien wurden Literaturquellen ausgewertet und Vor-Ort-Expertengespräche geführt. Diese fanden sowohl im Gesundheitsministerium als auch bei privaten Betreibern von PPP-Kliniken statt.

2.1.4 Umfang der Recherchen in Frankreich

Bei der französischen Literatur haben wir uns auf Veröffentlichungen der beiden staatlichen Task Force MAPPP (Bergère) für PPP allgemein sowie MAINH für Krankenhäuser speziell konzentriert. Daneben existiert eine Vielzahl von Büchern von der privaten Seite. Schwerpunktmäßig wurden die Internetseiten der MAINH ausgewertet.

Die Interviews standen im Zusammenhang mit unserem Industriepartner VINCI sowie den Beteiligten an den beiden von uns ausgewählten PPP-Beispielprojekten.

2.2 Primärerhebung

Die Erhebung von Primärdaten über den Lebenszyklus von Krankenhäusern auf der öffentlichen Seite gestaltete sich als anspruchsvolle Aufgabe. Das Projektteam hat in einigen Bundesländern Kontakt mit den Fördermittel vergebenden Institutionen aufgenommen. Anhand der vorliegenden Antrags- und Abrechnungsunterlagen konnte ein Einblick bezüglich der Entwicklung der Investitionskosten gewonnen werden. Allerdings sind tiefer gehende Untersuchungen in diesem Bereich notwendig, um die kostenmäßigen Entwicklungen in einer anonymisierten und für Dritte leicht verständlichen Form nachvollziehbar gestalten zu können. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine allgemein verbindlichen Aussagen zu der Entwicklung der Investitionskosten möglich sind.

Die Erhebung der Kostendaten des technischen (Hard Facility Management) und infrastrukturellen (Soft Facility Management) Gebäudemanagement gestaltet sich ebenfalls anspruchsvoll. Aufgrund des vertraulichen Umgangs der Krankenhäuser mit diesen internen Daten konnte derzeit nur auf Sekundärquellen zurückgegriffen werden. Die Auswertung der Quellen dauert noch an.

Möglicherweise kann der Umfang der Primärerhebung reduziert werden, wenn sich die Auswertung von OPIK¹ (Uni Karlsruhe, Prof. Lennerts) als für unsere Zwecke ergiebig erweist.

3 Recherche Großbritannien

Autor: Dirk Neunzehn

1992 wurde in Großbritannien die Private Finance Initiative (PFI) ins Leben gerufen. Ziel war es, Effizienzvorteile des privaten Sektors für die öffentliche Verwaltung bei der Verwirklichung von Infrastrukturvorhaben zu erheben. Nach einem schleppenden Beginn wurde das Projekt PFI seit 1996 wieder stärker forciert. Seit dieser Zeit haben sich in Großbritannien große Erfolge bei der Beschaffung von Infrastrukturvorhaben eingestellt, insbesondere Kostenvorteile bei besserer Qualität. Vor dem Hintergrund der zunehmend angespannten öffentlichen Haushalte und dieser Erfolge ist man auch in Kontinentaleuropa auf PFI aufmerksam geworden. In der öffentlichen Diskussion zum Thema PPP wird Großbritannien immer wieder als Referenz und Vorreiter bei dieser Beschaffungsvariante herangezogen. Im nachfolgenden Kapitel soll daher auf die Beschaffungsvariante PPP im Allgemeinen und im Gesundheitssektor (Krankenhäuser) im Speziellen eingegangen werden.

¹ (Universität Karlsruhe (TH) Facility Management, 2003).

3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

3.1.1 Öffentlich-rechtliche Rahmenbedingungen

3.1.1.1 Die Staatsorganisation

Die Staatsform des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland ist eine parlamentarische Monarchie mit zwei Kammern. Diese sind das House of Commons (646 Abgeordnete) und das House of Lords (zurzeit 751 Sitze).

Die Verwaltungsstruktur gliedert sich wie folgt²:

England: 36 Bezirke, 25 Grafschaften und London

Schottland: 32 "Unitary Councils"

Wales: 22 "Unitary Councils"

Nordirland: 28 Bezirke.

3.1.1.2 Regionalautonomie für Schottland, Wales und Nordirland

Der Government of Wales Act vom 31. Juli 1998³, der Scotland Act vom 19. November 1998⁴ sowie der Northern Ireland Act vom 19. November 1998⁵ verleiht den oben genannten Regionen Regionalautonomie und eine eigenständige Verwaltung.

Durch den Scotland Act erhält *Schottland* ein eigenes Parlament, eine eigene Regierung und ist partiell in der Gesetzgebung autonom. Das Parlament wird auf vier Jahre gewählt. Die Gesetzgebungskompetenz erstreckt sich auf all die Bereiche, die nicht ausdrücklich der Zentralregierung obliegen⁶. Die Bereiche Außenpolitik, Staatsangehörigkeit und Emigration sowie Verfassung und Verteidigung verbleiben ausdrücklich im Zuständigkeitsbereich der Zentralregierung.

Um die wirtschaftliche und finanzielle Einheit und die gemeinsamen Standards bei der sozialen Sicherung zu gewährleisten entfallen die Bereiche Wirtschaft und Finanzen, Handel und Industrie, Energie und Verkehr sowie die soziale Sicherheit noch teilweise in die Zuständigkeit der Zentralregierung. Die übrigen Entscheidungskompetenzen liegen beim regionalen Parlament.

Die schottische Regierung (The Scottish Government) ist insbesondere für das Gesundheitssystem (NHS Scotland), das Bildungswesen, das Justizsystem, die Agrarpolitik und das Transportwesen zuständig. Die hierfür aufgewendeten Haushaltsmittel beliefen sich für das Haushaltsjahr 2005/2006 auf £ 27 Mrd. und werden auf über £ 30 Mrd. für das Haushaltsjahr 2007/2008 steigen⁷.

Der Government of Wales Act begründet die National Assembly for Wales, die legislative Aufgaben in *Wales* wahrnimmt. Ihre Mitglieder werden für vier Jahre gewählt.

² (Auswärtiges Amt, 2008).

³ (Office of Public Sector Information).

⁴ (Office of Public Sector Information).

⁵ (Office of Public Sector Information).

⁶ Negatives Enumerationsprinzip.

⁷ (The Scottish Government).

Vorläufer der "Versammlung" waren das Welsh Office und der Secretary of State for Wales (Vorsitzender des Welsh Office und Kabinettsmitglied der Regierung des Vereinigten Königreiches). Durch den Government of Wales Act 2006 besitzt die Versammlung für einige Bereiche Gesetzgebungskompetenz, die jedoch durch das Veto des Secretary of State for Wales oder das britische Parlament aufgehoben werden können. Von daher handelt es sich um eine nicht so weit gefasste Autonomie wie in Schottland.

In *Nordirland* wurde durch den Northern Ireland Act vom 19. November 1998 ebenfalls ein regionales Parlament begründet. Dies ist die Northern Ireland Assembly, deren Bestand zwischenzeitlich immer wieder ausgesetzt wurde und deren Befugnisse auf das Northern Ireland Office übergegangen sind. Mit dem Northern Ireland Act 2006⁸ wurden die Selbstverwaltungsbefugnisse erweitert. So ist die Verwaltung für die Bereiche Bildung, Gesundheit, Landwirtschaft, Wirtschaft und Handel, Umwelt, Regionale Entwicklung, Beschäftigung, Finanzen sowie Soziales und Kultur zuständig.

Die Regionen Schottland, Wales und Nordirland erhalten ihre finanziellen Mittel aus Zuweisungen aus dem britischen Haushalt. Die eigene Steuerhoheit ist eingeschränkt.

3.1.2 Das britische Gesundheitssystem

Das britische Gesundheitssystem wird von vier nationalen Gesundheitssystemen (England, Schottland, Wales und Nordirland) getragen. Diese werden zum überwiegenden Teil aus Steuergeldern finanziert und sind dem britischen Gesundheitsministerium nachgeordnet. Aus Vereinfachungsgründen wird im Folgenden jedoch allgemein vom National Health Service (NHS) gesprochen, da diese Bezeichnung für das Gesundheitssystem in Großbritannien im deutschen Sprachraum verwendet wird. Im Krankheitsfall werden die Patienten nach einem Lotsensystem behandelt. Primäre Anlaufstelle ist der Hausarzt, der den Patienten entweder zu einem Spezialisten oder an ein Krankenhaus überweist.

Das NHS ist unter anderem für die Errichtung und den Betrieb der Krankenhäuser zuständig. Zur Verwaltungsvereinfachung gliedert sich das NHS in lokale Gesundheitsbehörden. Die Krankenhäuser werden von speziellen Trusts getragen.

Wie bereits beschrieben, verfügen Schottland, Wales und Nordirland über eine Teilautonomie in die auch das Gesundheitssystem fällt. Da England jedoch flächen- und bevölkerungsmäßig die größte Region Großbritanniens ist, wird das dortige NHS betrachtet.

Es bestehen gesetzliche Kooperationsabkommen zwischen den vier Gesundheitssystemen, die einen einheitlichen Qualitätsstandard sicherstellen.

⁸ (Office of Public Sector Information).

National Health Service (England)

Das Gesundheitsministerium ist die dem NHS übergeordnete Behörde. Es gibt die strategische Zielrichtung des NHS vor, leitet es aber nicht direkt. Auch werden die für den Betrieb des NHS notwendigen Ressourcen durch das Gesundheitsministerium bereitgestellt.

Schematisch lässt sich der Aufbau des NHS wie folgt darstellen⁹:

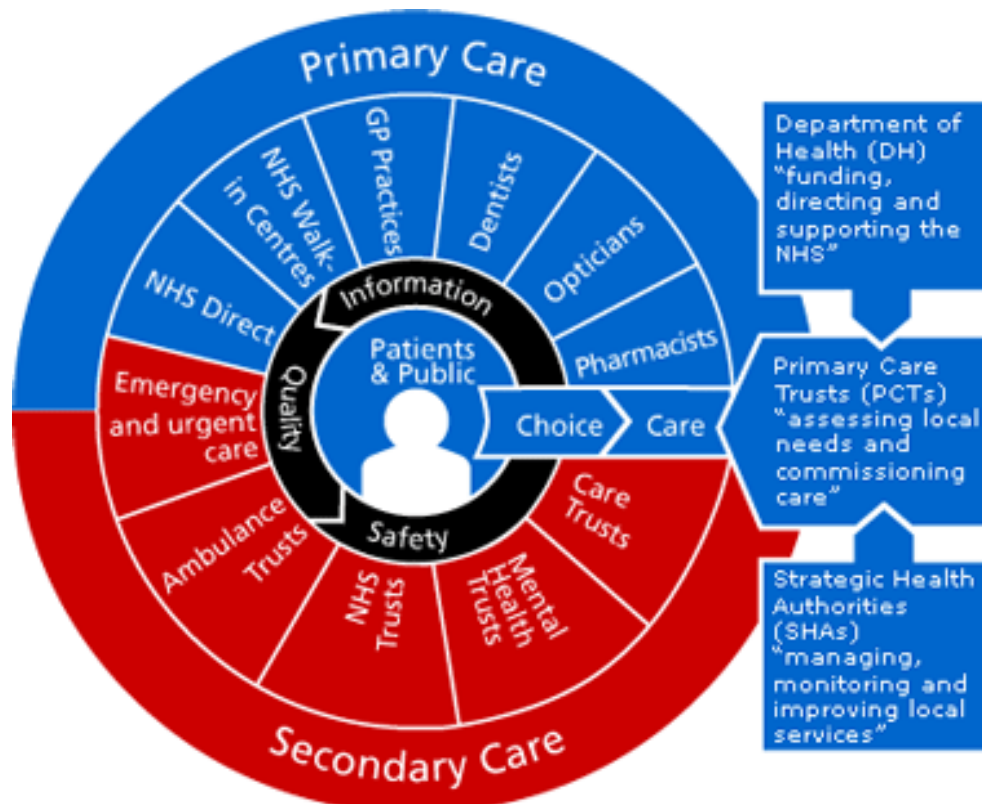


Abbildung 1: Aufbau des NHS

Das Gesundheitsministerium wird bei der Umsetzung seiner Strategien durch zehn strategische Gesundheitsbehörden unterstützt. Dies sind die so genannten Strategic Health Authorities (SHAs).

Die „erste Stufe“ des Gesundheitssystems wird durch die Primary Care Trusts (PCTs) gebildet. In 152 PCTs sind die Allgemeinmediziner, Hausärzte, Zahnärzte, Optiker und Apotheker und andere zusammengefasst. Rund 80% des NHS-Budgets entfallen auf die PCTs.

Ein Lotsensystem verbindet die erste Stufe des Gesundheitssystems mit der zweiten, der Secondary Care. Der Hausarzt ist die zentrale Anlaufstelle, nach dessen Untersuchung die Patienten zum entsprechenden Spezialisten oder an ein Krankenhaus überwiesen werden.

⁹ (National Health Service).

Die Krankenhäuser werden von den Acute Trusts gemanagt. Diese stellen sicher, dass die Krankenhäuser eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zur Verfügung stellen und sparsam mit den zugewiesenen Mitteln haushalten. Sowohl das klinische als auch das nicht-klinische Personal wird von den NHS- Acute Trusts beschäftigt. Derzeit tragen 290 NHS- Acute Trusts über 1600 Krankenhäuser.

Eine Weiterentwicklung stellen die Foundation Trusts dar. Sie werden durch den Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003 ermöglicht. Der Status eines Foundation Trusts erlaubt es dem Trust sich durch ein eigenes Management mehr an den lokalen Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten. Dazu sind den Foundation Trusts größere Freiräume bei der Verwendung der zur Verfügung gestellten Mittel eingeräumt. Ebenso tragen sie dem Ziel der Regierung Rechnung, die medizinische Versorgung zu dezentralisieren. Anfang 2008 gab es 83 Foundation Trusts in England.

Da der Schwerpunkt der Arbeit auf PPP im Krankenhausbereich liegt, soll auf die Darstellung weiterer Einrichtungen der Secondary Care verzichtet werden.

3.1.3 Rechtliche Grundlagen für PPP

Für das Gelingen von PPPs sind neben dem politischen Willen und dem nötigen Know-how auch gesetzgeberische Maßnahmen nötig.

Um PPP-Projekte in Großbritannien zu ermöglichen, waren einige Gesetze notwendig, die es der Verwaltung erlauben, Infrastrukturvorhaben nach dem PPP-Beschaffungsansatz zu realisieren.

Mit diesem Kapitel wird ein kurzer Überblick über die wichtigsten Rechtsnormen gegeben, die PPP/PFI in Großbritannien ermöglicht haben. Auf die einzelnen Ausfertigungen der Regionalparlamente wird nicht eingegangen.

3.1.3.1 Local Authorities (Capital Finance) Regulations 1997 (SI 319/1997)¹⁰

Diese Rechtsnorm ist als Grundlage für alle PFI-Transaktionen zu sehen. Das Wesen von PFI wird hier in Verordnung 16 und 40 bestimmt. Um Übersetzungsfehlern vorzubeugen, wird auf den Originaltext des Gesetzes verwiesen.

Seit 1997 wurde das Gesetz in Auszügen mehrfach novelliert, um es dem Wissenszuwachs bei PFI-Transaktionen anzupassen. Die Verordnung 16 (Regulation 16) bestimmt die Wesenszüge einer PFI-Transaktion. Sie wird auch als Private Finance Transaction (PFT) bezeichnet.

Im Gegensatz dazu schreibt Verordnung 40 (Regulation 40) die Prüfung der PFT nach den Grundsätzen der Reporting Standards 5 (FRS5) vor, um den Grad der Risikoverteilung zu messen und damit die Bilanzierungsfrage seitens der öffentlichen Hand zu beurteilen. Dies ist besonders wichtig, weil der Grad der Risikoallokation entscheidend für die Anerkennung als PFI ist.

¹⁰ (Office of Public Sector Information).

3.1.3.2 Local Government (Contracts) Act 1997¹¹

Vor 1997 bestand das Problem, dass Local Authorities nur in einem eng gesetzten Rahmen mit Privaten Verträge schließen konnten. Sie mussten dazu speziell ermächtigt sein. Die Folge dieser Rechtsunsicherheit waren Prozesse um die Gültigkeit und die Verpflichtungen aus den geschlossenen Verträgen, die über die Befugnisse der einzelnen Behörde hinausgingen.

Die Unsicherheit über die Wirksamkeit von Verträgen der öffentlichen Hand hinsichtlich der Beschaffung von Vermögensgegenständen und Dienstleistungen hätte mit hoher Wahrscheinlichkeit PPP-Verträge behindert, da den privaten Beteiligten sowie den Banken das Risiko einer Vertragsnichtigkeit vor dem Hintergrund der immensen Investitionsvolumina zu groß gewesen wäre.

Dieser Missstand wurde durch den Local Government (Contracts) Act 1997 beseitigt.

Das Gesetz schreibt die Bedingungen vor, die erfüllt sein müssen, damit ein Vertrag als Rechtens gilt. Die Verträge durchlaufen eine Prüfung und erhalten anschließend ein Gültigkeits-Zertifikat.

3.1.3.3 The Local Authorities (Contracts) Regulations 1997¹²

Hierbei handelt es sich um eine Durchführungsverordnung für den Local Government (Contracts) Act 1997.

Die Verordnung bestimmt, an welche weiteren Behörden Kopien der Zertifizierungen weitergegeben werden müssen, und wer innerhalb der Behörden für die Unterzeichnung zuständig ist.

3.1.3.4 National Health Service (Private Finance) Act 1997¹³

Dieses Gesetz ist die Rechtsgrundlage für die NHS Trusts u. a. PPP-Verträge abzuschließen. Allgemein wird ein Trust ermächtigt, zur Bereitstellung von Infrastruktur und Dienstleistungen Dritte auf schuldrechtlicher Basis in Anspruch zu nehmen, um Aufgaben des Trusts zu übernehmen. Formal muss ein solcher Vertrag vom Secretary of State anerkannt werden. Der Ermessensspielraum ist festgelegt.

Wichtig ist die Aussage des Gesetzes, dass Verträge innerhalb des Regelungsbereiches dieses Gesetzes Gültigkeit besitzen, auch wenn sie bereits vor Erlass desselben geschlossen wurden.

3.1.3.5 National Health Service Act 2006¹⁴

Die einzelnen National Health Service Trusts stellen ein treuhänderisches Konstrukt/Sondervermögen dar. Um die Klarstellung zu erreichen, dass ein NHS Trust seine finanziellen Verpflichtungen nicht erfüllen kann, wurde durch dieses Gesetz klargestellt, dass der National Health Service für die Trusts haftet und im Notfall für deren Verbindlichkeiten einsteht.

¹¹ (Office of Public Sector Information).

¹² (Office of Public Sector Information).

¹³ (Office of Public Sector Information).

¹⁴ (Office of Public Sector Information).

3.1.3.6 Construction Contracts Exclusion Order (SI 1998/648)¹⁵

Diese Rechtsnorm bezieht sich inhaltlich auf Teile des Housing Grants, Construction and Regeneration Act 1996 und passt jene inhaltlich dahingehend an, dass kein genereller Anspruch auf Zahlungen der öffentlichen Hand bei PFI-Verträgen besteht, sondern dass die Zahlungen an die Erfüllung bestimmter Bedingungen geknüpft sind. Dies ist bei PFI-Verträgen wesentlich, da sich die Höhe der Zahlungen der öffentlichen Hand nach der Qualität der zur Verfügung gestellten Leistung des Betreibers richtet und im Falle einer gravierenden Schlecht- bzw. Nichtleistung entfällt.

3.1.4 Vergabeverfahren

Das Vergabeverfahren richtet sich nach den Vorschriften der Europäischen Gemeinschaften. Die relevanten Vorschriften wurden in nationales Recht überführt. Daher wird an dieser Stelle nicht näher auf das Vergabeverfahren eingegangen. Vielmehr wird auf die einschlägigen Veröffentlichungen verwiesen.

Hervorzuheben ist jedoch, dass vom Gesundheitsministerium ein Modell erarbeitet wurde, dass die Beschaffung mittels PPP beschleunigen soll.

Unterschieden wird, wie in Deutschland auch, zwischen dem Verhandlungsverfahren und dem Wettbewerblichen Dialog.

3.1.4.1 Verhandlungsverfahren

Bisher wurden alle Vergabeverfahren, deren Volumen über den einschlägigen Schwellenwerten lagen, nach dem Verhandlungsverfahren abgewickelt. Um dies für die ausschreibende Stelle möglichst effizient zu gestalten, wurde bis 2002 seitens des Gesundheitsministeriums folgendes Verfahren vorgeschlagen¹⁶:

Tabelle 1: Verhandlungsverfahren

Phase	Projektvolumen > £25 Mio.	Projektvolumen < £25 Mio.
Bewerbungsbedingungen zum Teilnahmewettbewerb	Offene Marktansprache	Offene Marktansprache
Erste Aufforderung zur Angebotsabgabe	Einladung 6 Bieter	N/A
Endgültige Aufforderung zur Angebotsabgabe	Einladung 3 Bieter	Einladung 3 Bieter
Bestes und endgültiges Angebot (BaFo)	Einladung 2 Bieter	Einladung 2 Bieter
Bevorzugter Bieter	Verbliebener Bieter	Verbliebener Bieter

¹⁵ (Office of Public Sector Information).

¹⁶ (Department of Health, Private Finance Unit, 2002).

Um das Verfahren zu beschleunigen, wurde es gestrafft¹⁷:

Tabelle 2: verkürztes Verhandlungsverfahren

Phase	Projektvolumen > £60 Mio.	Projektvolumen < £60 Mio.
Bewerbungsbedingungen zum Teilnahmewettbewerb	Offene Marktansprache	Offene Marktansprache
Erste Aufforderung zur Angebotsabgabe	Einladung 4 Bieter	N/A
Endgültige Aufforderung zur Angebotsabgabe	Einladung 2 Bieter	Einladung 3 Bieter
Bevorzugter Bieter	Verbliebener Bieter	Verbliebener Bieter

Der Hauptunterschied des neuen Modells ist, dass die ausschreibende Stelle bei Projekten unterhalb eines Auftragsvolumens von £ 60 Mio. die Wahl zwischen dem 4-2-1 oder 3-1 Vergabemodell hat. Hierbei ist die Einschätzung der Attraktivität des Projektes für den Markt ausschlaggebend. So kann es bei kleineren Projekten aus Sicht der privaten Bieter wünschenswert sein das Verfahren zügig abzuschließen.

Bei großen Projektvolumina kann es aufgrund der hohen Planungskosten sinnvoll sein, eine entsprechende Eingrenzung des Teilnehmerkreises zu treffen, um die Transaktionskosten für alle Beteiligten überschaubar zu halten.

Generell steht die im Gesundheitsministerium angesiedelte Private Finance Unit der ausschreibenden Stelle bei PPP-Projekten beratend zur Verfügung.

Speziell im Krankenhausbereich hat man seitens des Gesundheitsministeriums festgestellt, dass sich die Beschaffung über das Verhandlungsverfahren oft als mangelbehaftet herausgestellt hat. So hat die Preferred Bidder Phase oft überproportional lange gedauert (2-3 Jahre). Als Ursache wird der fehlende Wettbewerbsdruck in der Preferred Bidder Phase vermutet und das der Due Diligence Prozess der Banken nur schleppend vorankommt. Bei der Überprüfung dieser Annahmen hat sich auch herausgestellt, dass die ausschreibenden Stellen oft nur mangelhaft auf die Ausschreibungen vorbereitet waren, da das Verfahren meist nicht mit der zu erwartenden Sorgfalt vorbereitet wurde und es deshalb ebenfalls zu erheblichen Verzögerungen im Vergabeverfahren gekommen ist.¹⁸

3.1.4.2 Wettbewerblicher Dialog

Der Wettbewerbliche Dialog wurde mit der Direktive 2004/18/EC als neues Beschaffungsverfahren eingeführt. In Großbritannien wurde er mit der Statutory Instrument (SI 2006/5) am 31.01.2006 in nationales Recht überführt. In Erwartung komplexer

¹⁷ Ebenda.

¹⁸ (Saunders, 2007).

Vertragskonstrukte, wie z. B. umfassender PPP-Ausschreibung, soll er zur Anwendung kommen.

Aufgrund der Komplexität von PPP im Krankenhausbereich und der bisher gesammelten Erfahrungen aus den Verhandlungsverfahren wird daher der Wettbewerbliche Dialog versuchsweise als Vergabeverfahren getestet.

Der Wettbewerbliche Dialog wird seitens des britischen Gesundheitsministeriums (DH) mit gewissen Wohlwollen und Erwartungen betrachtet. Um die Preferred Bidder Phase zu verkürzen soll der Dialog mit maximal drei Bietern geführt werden. Die Angebotsaufforderung wird nur an zwei Bieter erfolgen. Diese sollen zur Preferred Bidder Phase eine fertige Planung nebst zugehöriger Finanzierungszusage der Banken vorweisen. Damit wäre der Abschluss des Verfahrens de facto mit dem Ende der Dialogphase zu erreichen. Die enormen Mehrkosten dieses Vorgehens sollen in der Art kompensiert werden, dass die durch den unterlegenen Bieter nachgewiesenen Mehrkosten des Wettbewerblichen Dialogs gegenüber einem Verhandlungsverfahren erstattet werden. Das DH erwartet zwar sehr hohe Angebotskosten, verfolgt jedoch damit die Intention, bessere Lösungsvorschläge in einem kürzeren Beschaffungszeitraum zu erhalten¹⁹.

3.1.5 Privatrechtliche Rahmenbedingungen

Das Gesundheitsministerium unterstützt die Umsetzung von PPP-Projekten. Neben der beratenden Unterstützung hat es eine Reihe von Mustern erarbeitet, die den ausschreibenden Stellen u.a. auch im Internet als Download zur Verfügung gestellt werden.²⁰

Die ausschreibende Stelle bei einem Krankenhaus-PPP ist der jeweilige Trust, in dessen Zuständigkeitsbereich das Krankenhaus ansässig ist. Es besteht seitens des Trusts keine Verpflichtung die Musterverträge etc. zu verwenden. Lediglich besteht die Obliegenheit, nicht mehr als 15% des Umsatzes für Entgeltzahlungen im Rahmen von PPP-Beschaffungsmaßnahmen zu verwenden.

3.1.5.1 Standardvertrag

Das Gesundheitsministerium hat einen Mustervertrag veröffentlicht, der mittlerweile in der Version 3 vorliegt²¹. Dieser wird aber in näherer Zukunft in die Version 4 überführt.

Der *Standardvertrag* ist als Word-Vorlage vorhanden und kann durch die Vertragspartner leicht ausgefüllt werden. Anbei ist der Aufbau des Vertrages als kurze Übersicht dargestellt:

- PART A: PRELIMINARY (Einleitung) PART B: GENERAL PROVISIONS (allgemeine Vorschriften)
- PART C: LAND ISSUES (Grundstücksangelegenheiten)

¹⁹ Ebenda.

²⁰ (Department of Health).

²¹ (Department of Health, 2007).

- PART D: DESIGN AND CONSTRUCTION (Planung und Bau)
- PART E: QUALITY ASSURANCE (Qualitätssicherung)
- PART F: INFORMATION TECHNOLOGY (Informationstechnologie)
- PART G: SERVICES (Dienstleistungen)
- PART H: PAYMENT AND FINANCIAL MATTERS (Zahlungs- und Finanzierungsbedingungen)
- PART I: CHANGES IN LAW AND VARIATIONS (Gesetzesänderungen)
- PART J: DELAY EVENTS, RELIEF EVENTS AND FORCE MAJEURE (Verzug, unvorhersehbare Ereignisse, höhere Gewalt)
- PART K: TERMINATION (Vertragsbeendigung)
- PART L: MISCELLANEOUS (Verschiedenes)

Der Standardvertrag wird noch um diverse *Anlagen* ergänzt. Die Wesentlichen davon spiegelt folgende Aufzählung wider:

- Hauptteil & Definitionen (Anlage 1)
- Unabhängiger Prüfer (Anlage 15)
- Markt-Test für FM-Services (Anlage 17)
- Versicherungsanforderungen (Anlage 21)
- Nachtragsverfahren (Anlage 22)
- Refinanzierung (Anlage 29)
- Personalübernahme (Anlage 33)
- Zahlungsmechanismus (Anlage 18)
- Finanzierungsverträge
 - Sicherungsvereinbarungen (Anlage 11)
 - Direkte Verträge mit dem Darlehensgeber (Anlage 6)
 - Entschädigungen bei Vertragsbeendigung (Anlage 23)
- Service Spezifikationen (Anlage 14)

Aus den Bestimmungen des Vertrages lässt sich die Risikomatrix zwischen den Vertragsparteien ableiten.

Die *Hauptrisikogruppen* lassen sich wie folgt schildern:

- Design Risk (Planungsrisiken)
- Construction and Development Risks (Bau- bzw. Bauvorbereitungsrisiken)
- Performance Risks (Dienst- Serviceleistungsrisiken)

- Operating Cost Risks (Betriebskostenrisiken)
- Variability of Revenue Risk (Risiko von Einnahmeschwankungen)
- Termination Risks ((vorzeitige) Vertragsbeendigung)
- Technology and Obsolescence Risks (Technologierisiken, Risiko (technischer) Fortschritt)
- Control Risks (Betriebsaufsicht)
- Residual Value Risks (Restwertrisiko)
- Other Project Risks (andere Projektrisiken)

Spezifische Risiken bei der Restrukturierung und Erweiterung von Kliniken konnten noch nicht herausgearbeitet werden. Dies bleibt dem Endbericht vorbehalten.

3.1.5.2 Outputspezifikationen

Für die Outputspezifikationen stellt das Gesundheitsministerium ebenfalls diverse Muster zur Verfügung²². Hier kann aus einem Fächer von Mustertexten gewählt werden.

Die *veröffentlichten Outputspezifikationen* umfassen die folgenden Bereiche:

- Accommodation management (Gebäudemanagement)
- Car parking & traffic management (Park- und Verkehrsraumbewirtschaftung)
- Catering
- Cleaning (Reinigungsdienstleistungen)
- Day Nursery Crèche ((Kinder)Tageskrippe)
- Energy and utilities management (Versorgungsmedien)
- Estates Service (Grundstücksbewirtschaftung)
- General Services (allgemeine Dienstleistungen)
- Grounds (Außenanlagen)
- Help desk
- Linen (Wäscheversorgung)
- Materials management (Materialwirtschaft)
- Medical devices maintenance (Wartung Medizintechnik)
- Pest control (Schädlingsbekämpfung)
- Porterling (Tragedienste)
- Reception service (Rezeptions- und Anmeldungsdienste)

²² (Department of Health, 2007).

- Security (Sicherheitsdienstleistungen)
- Sterile services (Sterilgutversorgung)
- Telecoms service (Telekommunikationsdienstleistungen)
- Ward housekeeping (Unterstützung der Krankenhausstationen)
- Waste management (Abfallbeseitigung)

3.1.5.3 Zahlungsmechanismus

Der Zahlungsmechanismus²³ ist das zentrale Steuerungsinstrument eines PPP-Vertrages, da durch diesen die Höhe des vereinbarten Leistungsentgelts berechnet wird.

Der Zahlungsmechanismus berechnet die zu leistende „Unitary Charge“ aus dem Vertrag. Prinzipiell baut sich der Zahlungsmechanismus aus den Elementen Verfügbarkeit der Einrichtungen (availability) und Qualität der Dienstleistungen (performance) auf.

Der Zahlungsmechanismus ist zwingender Bestandteil eines PPP-Vertrages. Hauptbestandteile sind die Formeln für folgende Zahlungen bzw. Mengenanpassungen:

- Monatliches Leistungsentgelt
- Jährliches Leistungsentgelt
- Einfluss von Marktpreisen auf die Berechnung des jährlichen Leistungsentgelts (falls ein so genanntes „market testing“ vereinbart ist)
- Anpassungen der Personalkosten
- Generelle Festlegungen zur Berechtigung von Leistungskürzungen aufgrund von Schlechtleistungen etc.
- Festlegung von Toleranzgrenzen bei Schlechtleistung
- Festlegung von Abzügen bei Nichtverfügbarkeit der Einrichtung
- Abzüge generell
- Anpassung aufgrund Wiederaufnahme eingestellter Leistungen
- Definition von Behebungszeiträumen
- Wiederholte Instandsetzung
- Ausweichunterkünfte
- Gewichtung von Funktionsflächen und Leistungen für das Serviceentgelt
- Verpflichtungen beim Monitoring des Projekts

²³ (Department of Health, 2007).

- Volumenadjustierungen für Dienstleistungen und Verbrauchsmedien
- Berechnung von Fehlerpunkten für Dienstleistungen
- Energieverbräuche, Energieeinsparziele

3.2 Umgesetzte Projekte

3.2.1 Status Quo

PPP als Beschaffungsvariante hat sich in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts im öffentlichen Hochbau bewährt. Nachdem im großen Umfang im Rahmen des „Building Schools for the Future“ ein großes Schulbauprogramm für die Sekundarstufe 2 unter Zuhilfenahme von PPP angegangen werden konnte, bemühte man sich um Umsetzung dieses Konstrukts für den Krankenhausbau.

Die Ausgangslage im britischen Gesundheitswesen war desolat. Die bauliche Infrastruktur der Krankenhäuser entsprach nicht mehr den Anforderungen an ein modernes Krankenhauswesen. Entweder stammten die Krankenhäuser noch aus der Victoria-nischen Zeit oder aus den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts. Dabei waren die alten Gebäude baulich in einem viel besseren Zustand als die Gebäude aus den 60er Jahren, entsprachen aber aufgrund ihrer räumlichen Aufteilung nicht mehr den modernen Standards. Daher musste dringend ein neues Krankenhausprogramm auf den Weg gebracht werden.²⁴

Zudem war das NHS dringend reformbedürftig, da das britische Gesundheitssystem weit unter dem europäischen Durchschnitt rangierte. Im Jahr 2000 kamen auf 1000 Patienten gerade nur 1,8 Ärzte, während das kontinentaleuropäische Mittel bei 3,1 Ärzten lag. Es wurde ebenfalls ein Sanierungsbedarf von £ 3,1 Milliarden durch das Gesundheitssystem ermittelt²⁵. Der darauf beschlossene NHS-Plan war das größte Krankenhausbauprogramm in der Geschichte des NHS. Bis 2010 wurde der Bau von 100 neuen Krankenhäusern mit einer Bettenkapazität von ca. 7000 Betten geplant²⁶. Anfang 2008 ist dieses Ziel dank PPP bereits fast erreicht.

Durch die Einbindung privaten Kapitals und Know-hows durch PPP sollten so zusätzlich £ 7 Mrd. investiert werden.

Gleichzeitig erhöht sich der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser, da auch in Großbritannien ein DRG-Programm eingeführt wurde.

²⁴ (Saunders, 2007).

²⁵ (Department of Health, 2000, S. 31).

²⁶ Ebenda, S. 44.

Bisher wurden folgende Projekte mit *PPP-Maßnahmen in England* realisiert (Stand März 2008)²⁷:

Tabelle 3: PPP-Projekte im Krankenhausbau (England)

	Anzahl	Kapitalvolumen
Krankenhäuser in Betrieb	33	£ 3,504 Mrd.
Krankenhäuser bei denen der Baubeginn erfolgte	19	£ 5,74 Mrd.
Aktuelle Ausschreibungen	2	£ 686 Mio.
Geplante Ausschreibungen	16	£ 2,67 Mrd.
Gesamte PPP-Maßnahmen bis 3/2008	70	£ 12,603 Mrd.

Das *Bauen im Bestand* bzw. *Sanierungen* werden in der Regel als zu risikobehaftet betrachtet, da keine genauen Bestandsdokumentationen vorliegen und so nur eine unzureichende Risikoverteilung zu erzielen ist. Dies würde die Gebote mit unnötigen Risikoaufschlägen verteuern. Außerdem lassen sich durch *Neubauten* bessere Betriebsabläufe erreichen. Neubauten bzw. Erweiterungsbauten bieten nach Auffassung des Gesundheitsministeriums einen höheren Value for Money.²⁸

Oft werden Krankenhäuser durch Neubauten bzw. Anbauten ergänzt. Krankenhäuser in Großbritannien verfügen nicht selten über weitläufige Außenanlagen, auf denen die Baumaßnahmen realisiert werden können. Dabei wird der Neubau neben dem Altbau errichtet und dieser nach dem Umzug des Krankenhauses abgerissen. Manchmal werden die Stand-orte komplett verlegt und die Grundstücke einer neuen Nutzung zugeführt.²⁹

Die Erfahrungen mit den Projekten waren mehrheitlich gut.

Bei der Umsetzung der Projekte wurden jedoch mit der Zeit die Prioritäten neu gesetzt. Standen bei den ersten Projekten Funktionalitäten und Kostenvorteile, die bestmögliche Nutzung der Grundstücke und Gebäude und die technischen und formalen Anforderungen im Vordergrund der Beschaffung, geht die neuere Entwicklung bei Krankenhaus-PPPs dazu über eine bessere Wertmaximierung zu erzielen.

So stehen nun Innovationen und patientengerechtes Krankenhausdesign, bessere Prozessabläufe und die Schaffung von Effizienzen durch Spezialisierung im Focus der Beschaffung von Krankenhaus-PPPs.

²⁷ In Anlehnung an (Department of Health).

²⁸ (Saunders, 2007).

²⁹ Ebenda.

Nachfolgende Grafik gibt einen kurzen Überblick über die Änderungen der Prioritäten bei Krankenhaus-PPPs in England³⁰:

Abbildung 2: Wertmaximierung bei Krankenhaus-PPPs

3.2.2 Best-practice Beispiel

Es wurde noch kein best-practice Beispiel für Großbritannien ausgewählt.

3.3 Leistungsumfang

Zum typischen Leistungsumfang von Krankenhaus-PPPs in Großbritannien gehören die Leistungsmerkmale *Planung*, *Finanzierung* und *Bau*. Die *Betriebsleistungen* untergliedern sich in das so genannte Hard FM und das Soft FM, wobei das Hard FM die gebäudebezogenen Dienstleistungen umfasst und auf jeden Fall Vertragsbestandteil ist.

Wurde bei den ersten Krankenhaus-PPPs noch ein möglichst großer Umfang von Dienstleistungen an den privaten Partner übergeben, so hat sich dies aufgrund der damit verbundenen politischen Widerstände insbesondere im Bereich des Personalüberganges geändert.

³⁰ (Albrecht, 2007).

Prinzipiell ist der ausschreibende Trust frei in der Wahl dessen, was er im Rahmen eines PPPs an den privaten Partner vergibt. Hier gilt es abzuwägen, was wünschenswert und vor allem finanzierbar ist.

Einheitliche Konzessionszeiträume müssen für die verschiedenen Dienstleistungen nicht vereinbart werden, so dass die Vertragsleistungen je nach Projekt für die Betriebsleistungen auseinander fallen können.

Tabelle 4 veranschaulicht beispielhaft die verschiedenen Leistungsinhalte und Vertragslaufzeiten bei den Betriebsleistungen³¹:

Tabelle 4: Betriebsleistungen

1. Nachunternehmer (Soft FM)	2. Nachunternehmer (Hard FM)
Verpflegung/Catering	Mechanische und elektrische Bauunterhaltung/Mechanical and Electrical Engineering
Hausmeisterdienste/Domestic Service	
Betreuungsdienste/Hostess Services	Anlageninstandhaltung/Grounds Maintenance
Pförtner-, Boten-, Trägerdienste/Portering	Instandhaltungsrückstand beseitigen/Reactive Maintenance
Parkplatzbetreuung/Car Parking	
Sicherheit/Security	Kleinere Arbeiten/Minor works
Hilfezentren/Switchboard and Helpdesk	
Zimmer/Accommodation	
Wäscherei/Laundry and Linen	
Schädlingsbekämpfung/Pest Control	
Fensterreinigung/Window Cleaning	
Vertragslaufzeit 5 Jahre	Vertragslaufzeit 30 Jahre

3.4 Finanzierung

Als Finanzierungsvariante für PPP-Projekte im Allgemeinen und bei Krankenhäusern im Speziellen wird in Großbritannien fast ausschließlich die Projektfinanzierung gewählt. Diese gewährleistet nach Auffassung der Projektträger einen optimalen Risikotransfer und stellt so den angestrebten Value for Money sicher. Aufgrund des Aufbaus des britischen Gesundheitssystems bleibt trotz der rechtlich relativen Selbständigkeit der Trusts mittelbar der Staat Vertragspartner. Ein wesentliches Element und Effizienztreiber von PPP-Projekten in Großbritannien ist die Entgeltzahlung an den privaten Auftragnehmer, die an einen rigorosen Zahlungsmechanismus gekoppelt ist. Dieser besteht aus den Elementen Verfügbarkeit der vertraglich geschuldeten Leistung und Qualität der erbrachten Leistung.

Der Auftragnehmer erhält ein einziges Entgelt (Unitary Charge), das sich aus dem Zahlungsmechanismus errechnet. Dieses setzt sich rein rechnerisch aus verschiedenen Komponenten (Kapitaldienst, Dienstleistungen, etc.) zusammen, wird aber in einer Summe in vertraglich fixierten Intervallen an den Privaten ausgezahlt. Diese Leistungsrate wird in Großbritannien als Unitary Charge bezeichnet. Aus dem Namen

³¹ Eigene Darstellung.

ergibt sich, dass das PPP-Projekt als eine Gesamt(dienst)leistung gesehen und bezahlt wird. Es besitzt einen einheitlichen Charakter und ist somit mehr als eine reine Vorfinanzierung der Baumaßnahme oder teilweises Outsourcing einzelner Dienstleistungen.

Eine *Projektstruktur in Großbritannien* kann wie folgt abgebildet werden³²:

Abbildung 3: Projektstruktur Krankenhaus-PPP

Der NHS Trust vergibt den Projektvertrag an die obsiegende PPP-Projektgesellschaft. Diese vergibt Planung, Bau und FM-Verträge an Subunternehmer und finanziert sich durch Eigenkapital der Anteilseigner und Fremdkapital der Banken. Wenn es weiterhin erforderlich ist, werden Direktverträge zwischen dem NHS Trust und Subunternehmern oder Banken geschlossen.

3.5 Risikoverteilung und -bewertung

Aus den Vertragsbestimmungen lässt sich die Risikomatrix zwischen den Parteien ableiten.

³² (Albrecht, 2007).

Die öffentliche Hand behält in der Regel die folgenden Risiken zurück:

Planungsrisiken:

- Änderung der Anforderungen durch die ausschreibende Stelle.

Bau- und Bauvorbereitungsrisiken:

- Entschädigungsregelungen,
- Änderungen von Gesetzen und Vorschriften für das Gesundheitswesen,
- Änderung der Umsatzsteuerhöhe,
- Gesetzesänderungen bzgl. der Umsatzsteuer,
- Fehlerhafte Zeit-Kosten-Kalkulation bei der Auslagerung klinischer Dienste (bis Fertigstellung),
- Fehlerhafte Zeit-Kosten-Kalkulation bei dem Bezug, der Inbetriebnahme der neuen Gebäude.

Dienst- und Serviceleistungen:

- Änderung der Anforderungen durch die ausschreibende Stelle.

Betriebskostenrisiken:

- Änderungen von Gesetzen und Vorschriften für das Gesundheitswesen,
- Fehlkalkulationen bei Anforderungen an Dienstleistungen, Mehrung und Minderung von Leistungen.

Einnahmerisiken:

- Nachfragerisiko (Patientenauslastung),
- Unvorhergesehene Änderungen in der Medizintechnik,
- Unerwartete Änderungen der Epidemiologie im Einzugsgebiet des Krankenhauses.

(Vorzeitige) Vertragsbeendigung:

- Verschulden durch die ausschreibende Stelle.

Risiko technischer Fortschritt:

- Technischer Fortschritt.

Betriebsaufsicht:

- Aufsicht klinische Leistungen.

Restwertrisiko:

- Ausschreibende Stelle benötigt die Einrichtung nach Vertragsende nicht mehr.

3.6 Schnittstellen

Die Schnittstellen zwischen den Projektbeteiligten sind von Projekt zu Projekt unterschiedlich. Da die ausschreibende Stelle in der Ausgestaltung des Leistungsumfangs weitestgehend frei ist, lässt sich hierzu keine allgemeine Aussage treffen. Im Fortgang dieser Untersuchung werden bis zum Endbericht noch Beispielprojekte identifiziert und analysiert, die in ihrem Umfang dem Forschungsauftrag entsprechen.

3.7 Übertragbarkeit

Das PPP-Verfahren im Krankenhausbereich aus Großbritannien ist partiell übertragbar. Die Bausubstanz und die Qualität des Gesundheitssystems sind jedoch gegenüber Deutschland sehr unterschiedlich. Der vergaberechtliche Rahmen entspricht den Vorgaben, die das Recht der Europäischen Gemeinschaften setzt. Die zivilrechtlichen und technischen Normen sind nicht auf Deutschland übertragbar. Art und Umfang der ausgeschriebenen und später auch vergebenen Leistungen lassen sich jedoch in Ansätzen durchaus auf Deutschland anwenden. So ist davon auszugehen, dass eine Risikoverteilung, die in Großbritannien über eine Projektfinanzierung abgebildet wird, auch in Deutschland finanzierbar sein sollte. Genauere Erkenntnisse lassen sich jedoch erst nach Auswertung passender Praxisbeispiele gewinnen.

3.8 Zusammenfassung der Recherche Großbritannien

In Großbritannien ist der in Europa sicherlich am weitesten entwickelte PPP-Markt. Hier wurden umfangreiche Erfahrungen bei Krankenhaus-PPPs gesammelt.

Der PPP-Beschaffungsprozess ist in seiner Standardisierung in Großbritannien sektorübergreifend weit fortgeschritten. Speziell für den Krankenhausbau stellt das Gesundheitsministerium umfangreiche Muster für das Vergabeverfahren bereit.

Die Verwendung dieser Muster steht jedoch jedem ausschreibenden Trust frei.

Aufgrund der unterschiedlichen Rechtssysteme in Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland sind nicht alle vertraglichen Regelungen übertragbar.

Im weiteren Fortgang der Untersuchung werden die Fallstudien über einige Krankenhaus-PPP-Projekte erstellt und eine partielle Übertragbarkeit geprüft.

4 Recherche Frankreich

Autoren: Corinna Hilbig/Dieter Jacob

4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

4.1.1 Das französische Gesundheitssystem

Frankreich verfügt über ein pluralistisches Gesundheitssystem, wobei private und öffentliche Strukturen nebeneinander existieren. Das französische System basiert auf den Prinzipien der freien Arztwahl und der Kostenerstattung. Die Honorarerstattungssätze der allgemeinen staatlichen Krankenversicherung betragen 70% bei Ärzten und Zahnärzten, 60% bei anderen medizinischen Leistungen und Untersuchungen, 80% bei Krankenhausaufenthalten und 15-65% bei Medikamenten.

Die französische Krankenversicherung (Assurance Maladie) umfasst die vier großen Sparten Régime Général (abhängig Beschäftigte aus den Bereichen Industrie, Handel und Dienstleistungen), Mutualité Sociale Agricole (Landwirte, abhängig Beschäftigte der Landwirtschaft, verwandte Berufe), Caisse National d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (freie Berufe) sowie die berufsständischen Kassen (Eisenbahner, öffentliche Versorgungsbetriebe, Seeleute, etc.). Da die Krankenkassen nur einen Teil der Kosten ersetzen, schließen viele Franzosen (87%) ergänzende Zusatzversicherungen bei privaten Versicherungen oder Versicherungen auf Gegenseitigkeit (Mutuelles) ab. Finanziert wird die Krankenversicherung im Wesentlichen durch Sozialabgaben auf Löhne und Gehälter (Arbeitgeber 12,8%, Arbeitnehmer 0,75%) und durch die allgemeine Sozialsteuer (CSG – Contribution Sociale Générale mit 7,5% auf alle Einkommensarten).

In Frankreich wird zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern differenziert, wobei die privaten Krankenhäuser noch einmal in gewinnbringende und gemeinnützige Krankenhäuser mit oder ohne Durchführung öffentlicher Leistungen (Service Public Hospitalier) unterschieden werden.

Weiterhin wird bei französischen Krankenhäusern zwischen lokalen Krankenhäusern (Centres Hospitaliers) und regionalen Krankenhauszentren (Centres Hospitaliers Régionaux), zu denen auch die 27 Universitätskrankenhäuser (Centres Hospitaliers Universitaires) zählen, differenziert. Die einzelnen Gesundheitseinrichtungen (EPS - Etablissement Public de la Santé) sind den regionalen Krankenhausagenturen unterstellt (Agences Régionales de l'Hospitalisation).

In Frankreich wird noch auf Basis der Kostenerstattung gearbeitet, eine Umstellung auf ein Tarifsysteem mit Fallpauschalen erfolgt schrittweise seit 2004. Die endgültige Umsetzung auf einen landesweiten Einheitstarif wird erst im Jahre 2012 abgeschlossen sein. Gegenwärtig erfolgt die Abwicklung noch durch die regionalen Krankenhausagenturen. Auf mittlere Sicht wird aber eine direkte Abrechnung mit der Krankenkasse erfolgen.

4.1.2 Rechtliche Grundlagen für PPP

Die französische Definition von PPP findet sich im Artikel L.1414-1 des Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT). Nach der Verordnung vom 17. Juni 2004 fallen alle PPP-Verträge ausschließlich unter französisches Verwaltungsrecht.

In Frankreich gibt es für ein PPP-Verfahren zwei Anwendungsvoraussetzungen, welche in der Verordnung n°2003-473 Dialogue Compétitif (DC) vom 26. Juni 2003 fixiert sind. Demzufolge kann ein PPP-Projekt gestartet werden, wenn entweder aus dem Allgemeininteresse heraus eine Dringlichkeit (Cas d'Urgence) besteht oder aufgrund technischer, funktioneller oder wirtschaftlicher Gegebenheiten bei bestimmten Projekten oder Dienstleistungen (Complexité) auf dieses Verfahren zurückgegriffen werden muss. Das Kriterium der Komplexität im Sinne des L.1414-2 CGCT ist dann erfüllt, wenn es dem Auftraggeber im Vorfeld objektiv unmöglich ist die erforderlichen technischen, rechtlichen oder finanziellen Bedingungen anzugeben, mit denen sich seine Bedürfnisse erfüllen lassen.

4.1.3 Vergabeverfahren

Der Tatbestand der Komplexität ist aber gleichzeitig das Anwendungskriterium für die Durchführung des Wettbewerblichen Dialogs (Dialogue Compétitif), der in L.1414-7 CGCT definiert ist. Der Dialogue Compétitif beginnt mit einer funktionalen Ausschreibung (Programme Fonctionnel), bei der nach der Bekanntmachung eine Dialog- und eine Angebotsphase folgen. Erst in der Dialogphase legt der Auftraggeber im Dialog mit den Bietern die endgültige Leistungsbeschreibung fest. Bei rechtlichen Streitigkeiten nach Vertragsabschluss sind die Ausführungen des Programme Fonctionnel - nicht die des PPP-Vertrags - maßgebend, da das Funktionsprogramm die eigentlichen Ziele und Absichten definiert.

Seit November 2006 soll auch in Frankreich der Public Sector Comparator (PSC) zur Anwendung kommen. Allerdings liegen zum jetzigen Zeitpunkt keine Unterlagen bzw. konkrete Zahlenbeispiele vor, die dies bestätigen.

4.1.4 Privatrechtliche Rahmenbedingungen

In Frankreich können Krankenhaus-PPPs im Rahmen zweier verschiedener Verträge realisiert werden: entweder als Bail Emphytéotique Hospitalier (BEH - Erbpachtvertrag) oder als Contra de Partenariat (CP- Partnerschaftsvertrag). Die Grundlagen des BEH bilden das Gesetz n°2003-591 vom 02. Juli 2003 und die Verordnung n°2003-850 vom 04. September 2003, während der Contra de Partenariat im Wesentlichen auf der Verordnung n°2004-559 vom 17. Juni 2004, Artikel L.1414-1 bis L.1414-6 basiert.

Die Vertragslaufzeiten liegen im Schnitt bei 25 bis 30 Jahren, eng verknüpft mit der Lebensdauer des Krankenhaus-Gebäudes.

Der Private ist Maître d'Ouvrage, d.h. er hat für die Dauer des Vertrages alle Rechte und Pflichten des Besitzers. In Frankreich kann öffentlicher Boden niemals verkauft werden, der Auftragnehmer bezahlt der öffentlichen Hand im Rahmen des BEH einen symbolischen Betrag für die Nutzung des Grundstücks.

Der Vertragspartner auf Seiten der öffentlichen Hand ist das Krankenhaus bzw. das betreffende Etablissement Public de la Santé (EPS) in der Rechtsform einer juristischen Person des öffentlichen Rechts. In Frankreich werden die Krankenhäuser lokal geführt. Die Finanzierung erfolgt durch den Staat über den Fonds der Caisse d'Assurance Maladie (Sécurité Sociale).³³ Diese Assurance Maladie hat sich bisher allerdings immer geweigert eine Garantie zu erbringen. Dennoch stellt dies kein Problem dar, da die EPS aufgrund des französischen Zentralismus und der damit verbundenen zentralen Verantwortung des Staates von den Privaten als solvente Schuldner mit einer gewissen öffentlichen Bonität betrachtet werden. Deshalb ist die Abgabe einer besonderen Garantie nicht erforderlich. Es ist noch nie ein EPS insolvent oder liquidiert worden, auch wenn dies gesetzlich nicht kodifiziert ist.

In Frankreich wird auf Basis der Kostenerstattung gearbeitet, es gibt bis dato noch keine Fallpauschalen im Sinne der deutschen DRG (Diagnosis Related Group), diese sollen erst 2012 umgesetzt werden.

Die französischen Krankenhäuser unterliegen normal der Umsatzsteuer, daher ist kein besonderer Umsatzsteuer-Refund nötig.

4.2 Umgesetzte Projekte

4.2.1 Status Quo

In Frankreich wurden bisher insgesamt 37 PPP-Projekte im Krankenhausbereich realisiert, drei davon wurden im Rahmen eines Contrat de Partenariat und 34 als Bail Emphytéotique Hospitalier (BEH) vergeben. Die ersten Ausschreibungen erfolgten bereits Ende des Jahres 2003. Die meisten Projekte wurden jedoch im Jahr 2005 ausgeschrieben. Der Vergabeprozess dauert im Durchschnitt 25 Monate, was unter anderem auf die Komplexität des Dialogue Compétitif, dem französischen Vergabeverfahren, zurückzuführen ist.

Realisiert wurden im Wesentlichen Bettenhäuser mit verschiedenen angeschlossenen Funktionsbereichen, Logistikzentren (5 Projekte), Energiezentren (3), Altenhäuser (3) sowie Zentralküchen (2). Komplette Krankenhaus-Neubauten (2) bleiben die Ausnahme. Fast immer sind die Gebäude innerhalb eines bestehenden Krankenhaus-Standortes zu errichten, so dass man eindeutig von Restrukturierungen und Erweiterungen im Sinne der Definition des Forschungsprojektes sprechen kann.

Die Investitionsvolumina bezogen auf alle durchgeführten Projekte, also sowohl Restrukturierungen als auch reine Neubauten, liegen zwischen vier und 330 Millionen Euro, wobei die Investitionen im Durchschnitt bei ca. 43 Millionen Euro liegen. Lässt man die großen Klinikkomplex-Neubauten bei der Betrachtung außen vor, liegt das durchschnittliche Investitionsvolumen bei ca. 18 Millionen Euro, wobei die fünf Logistikzentren im Schnitt bei ca. 18 Millionen Euro liegen.

³³ (Beauvois, 2008).

4.2.2 Best-practice Beispiel

Als best-practice Beispiel wurde ein im Rahmen eines BEH realisiertes Gebäude für Spezialmedizin ausgewählt, welches als zukünftiger Bestandteil eines Centre Hospitalier Universitaire (CHU) eine typische Restrukturierung darstellt. Bis zum Endbericht soll noch ein zweites Beispiel eines anderen Restrukturierungstyps aufgearbeitet werden. Gründe für die Durchführung des Projektes waren vor allem die Verteilung der funktionellen Sektoren der Spezialmedizin über den gesamten Standort sowie die dadurch bedingten funktionellen Unzulänglichkeiten und Dopplungen hinsichtlich Ausstattung und Personal.

Das zu errichtende Gebäude für Spezialmedizin soll die folgenden ambulanten und stationären Aktivitäten zusammenschließen: Psychiatrie und klinische Psychologie, Pneumologie, Intensivbehandlung von Atemwegkrankungen, Intensivbehandlung und Schlaflabor, Infektions- und Tropenkrankheiten, Dermatologie und Venerologie sowie Professionelle Pathologie.

Die absolute Kapazität soll bei 264 Betten bzw. Plätzen liegen. Das Investitionsvolumen des Projektes beträgt ca. 70 Mio. Euro.

Das gesamte Gebäude wird auf verschiedenen Ebenen mit dem zukünftigen Kardiologie-Gebäude, dessen Erbauung nicht im Rahmen eines PPPs realisiert wird, und mit der bereits bestehenden Erwachsenenklinik verbunden.

Das CHU ist der Eigentümer des Grundstücks und stellt das Gebiet im Rahmen des BEH zur Verfügung, nachdem eine Asbestsanierung und der Abriss der zurzeit noch auf dem Grundstück bestehenden Gebäude durchgeführt wurden.

Mit dem Bail Emphytéotique Hospitalier (Erbpachtvertrag), der eine Laufzeit von 32 Jahren hat, werden die Aufgaben der Planung, des Baus, der Ausstattung, der Instandhaltung, der Wartung und der Finanzierung übertragen. Darüber hinaus können dem Erbpächter nicht-kommerzielle Betriebs-Dienstleistungen (Kälteversorgung, Reinigung, Brandschutzüberwachung, Transport) sowie optional kommerzielle Betriebsleistungen (Telefon, Patienten TV, Cafeteria, Boutiquen) übertragen werden. Um die für die Spezialmedizin relevanten Anforderungen der medizinischen Bildaufnahmen zu befriedigen, wird der Erbpächter ebenfalls mit der Erweiterung des Service der medizinischen Bildaufnahmen betraut, welche beide Gebäude verbindet.

Alle Aufgaben und medizinischen Tätigkeiten bezüglich des öffentlichen Krankenhausdienstes verbleiben beim CHU.

4.3 Leistungsumfang

Im Allgemeinen verbleiben die Leistungen der Versorgung mit medizinischen Flüssigkeiten, die medizinische Reinigung, die Wäscherei, die Sterilisation und die Nahrungsversorgung, also alle Leistungen, die einen unmittelbaren Kontakt zum Patienten erfordern, beim öffentlichen Partner. An den Privaten werden bei einem kompletten Neubau in der Regel die gesamte Instandhaltung des betreffenden Gebäudes, die Instandhaltung der Technik, die Beschilderung, die allgemeine Reinigung, das

Parksystem, das automatische Transportsystem, das Internet bzw. das Telekommunikationssystem sowie die Heizung und die Klimatisierung übertragen.

Im Beispielprojekt, einer Restrukturierung und Erweiterung, verbleiben die Leistungen der zentralen Energie- und Wasserversorgung beim CHU und es wurden lediglich die folgenden Instandhaltungsaufgaben an den Privaten übertragen:

- Regelmäßige technische Kontrollen:
 - Elektrische Anlagen,
 - Aufzugsanlagen,
 - Brandschutz-System,
 - Anlagen für medizinische Flüssigkeiten,
 - Geräte unter Druck,
 - Heizgas-Anlagen,
 - Strahlenschutz.
- Analysen/Auswertungen:
 - Kaltwasser,
 - Sanitäres Warmwasser,
 - Technische Wässer,
 - Luftqualität im Inneren (ISO-Klasse, B-Klasse).
- Heilende, präventive, erneuernde Instandhaltung:
 - Gesamtwerk, geschlossene Decke,
 - Fertigstellung,
 - Technische Ausstattung,
 - Spezielle Ausstattung (vom Auftragnehmer geliefert),
 - Wege, Netze, Außen-Mobiliar.

Bei der Übertragung der Betriebsleistungen wurde zwischen nichtkommerziellen und kommerziellen Tätigkeiten unterschieden. Die einzige, vollständig an den Privaten übertragene, nicht-kommerzielle Betriebsleistung ist die Reinigung der Außenfenster. Der Private hatte aber auch die Möglichkeit, die Leistungen der Reinigung der Allgemeinflächen und des tertiären Sektors sowie der Beförderung logistischer Lasten innerhalb des Gebäudes zu übernehmen. Die kommerziellen Leistungen umfassen die Verwaltung der Telefone und Fernsehgeräte für Patienten sowie den Betrieb einer Cafeteria und einer Zeitungsboutique.

Diese Verteilung der Betriebsleistungen bestätigt die Aussagen von Herrn Cedric Beauvois (Babcock & Brown) und Frau Cécile Jolivet (Vinci Construction France), dass die Betriebs- und Dienstleistungen, die direkt mit dem Patienten zu tun haben

bzw. medizinischer Natur sind, nicht an den Privaten übertragen werden, sondern beim Krankenhaus verbleiben.

4.4 Finanzierung

Nach französischem Recht ist es bei PPP-Verträgen zwingende Voraussetzung, dass der Vertrag eine Regelung hinsichtlich der Kosten enthält, welche in Investitionskosten (Coûts d'Investissement), Kosten der Funktionsfähigkeit (Coûts de Fonctionnement) und Finanzierungskosten (Coûts de Financement) aufgeteilt sein müssen.

4.4.1 Forderungsabtretung, Cession Dailly

Dem privaten Partner stehen verschiedene Modalitäten der Forderungsabtretung zur Verfügung, um die von der öffentlichen Hand geschuldeten Summen zu mobilisieren. Diese sind zum einen die Forderungsabtretung mit Einredeverzicht (Cession Dailly), basierend auf den Artikeln L.313-23ff des Code Monétaire et Financier (Geld- und Finanzierungsgesetz) und die Forderungsabtretung gemäß der Artikel L.313-29-1 des Code Monétaire et Financière, die speziell für den Fall von Contrats de Partenariat (Partnerschaftsvertrag) vorgesehen ist. Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle noch die gewöhnliche Forderungsabtretung, basierend auf den Artikeln 1689ff des Code Civil (Bürgerliches Gesetzbuch) sowie die Abtretung der Forderung an einen Fonds Commun de Créances (FCC), basierend auf den Artikeln L.213-43ff des Code Monétaire et Financier erwähnt.

In der Praxis bedienen sich die Unternehmen in der Regel einer Cession Dailly, welche der deutschen Forfaitierung mit Einredeverzicht entspricht. Die Finanzierung setzt sich in der Regel aus 90% Cession Dailly, 5% Eigenkapital und 5% Mezzanine zusammen.

4.4.2 Miete und Finanzierung im Best-practice Beispiel

Im Praxis-Beispiel setzt sich die Miete wie folgt zusammen:

$$L_i = L_{li} + L_m + R_{Ei},$$

- L_{li} - Immobilienmiete (im Jahr i)
- L_m - Instandhaltungsmiete
- R_{Ei} - Betriebsvergütung.

Die Immobilienmiete L_{li} setzt sich aus den beiden Bestandteilen L_{lai} , dem Teil der Miete, der Gegenstand einer Forderungsabtretung ist, und L_{lbi} , dem ergänzenden Teil, zusammen. L_{la} kann max. 90% der Anfangsinvestitionen betragen, d.h. es können max. 90% des Barwertes der Immobilienmiete abgetreten werden. Der Einredeverzicht des CHU erfolgt mit dem Zeitpunkt der tatsächlichen Übergabe.

Gedeckt werden durch die Mietzahlung die Kosten der Anfangsinvestitionen, die Kosten der Erneuerung, die Kosten der präventiven Instandhaltung, die Kosten der instand setzenden Instandhaltung, die Betriebskosten und die Finanzierungskosten.

Für die kommerziellen Tätigkeiten (Boutique, Zeitungskiosk, Cafeteria) zahlt der private Vertragspartner dem CHU im Gegenzug eine Gebühr, bestehend aus einem fixen und einem variablen Bestandteil, welche mit der Miete verrechnet wird.

Der private Vertragspartner muss eine unabhängige Bankgarantie auf erstes Anfordern bis zum tatsächlichen Übergabedatum in Höhe von 5% vom Wert des Gesamtwerks gewährleisten. Diese Sicherheit muss bis ein Jahr nach tatsächlicher Übergabe gehalten werden.

Ab dem tatsächlichen Fertigstellungsdatum ist eine unabhängige Bankgarantie auf erstes Anfordern ab tatsächlichem Fertigstellungsdatum in Höhe 200.000 Euro, d.h. 0,3% der Investitionssumme, bis zum Ende des Bail, d.h. bis zum Ende der Vertragslaufzeit von 32 Jahren, zu leisten³⁴:

Tabelle 5: Finanzierungsstruktur des Beispiel-Projektes (für den Basisfall)

Bauphase		Betriebsphase	
Instrument	(%)	Instrument	(%)
Überbrückungsfinanzierung Eigenkapital (Crédit Relais Fonds Propres)	5%	(Eigen)Kapital (Capital)	1%
		Gesellschafterdarlehen (Avances Actionnaires)	4%
Bankdarlehen (Dette bancaire)	95%	Abgetretene Forderung (Dette cédée)	83,5%
		Projektdarlehen	11,5%
Gesamt	100%	Gesamt	100%

Im Beispielfall durften nur 83,5% nach Baufertigstellung als Cession Dailly abgetreten werden. Der Rest wurde durch Projektfinanzierung und Eigenmittel der Projektgesellschaft abgedeckt.

4.5 Risikoverteilung und -bewertung

Auch in Frankreich soll die Risikoverteilung nach dem Best Value for Money-Prinzip erfolgen. In der Praxis ist die Risikomatrix allerdings kein eigenständiger Vertragsbestandteil. Die Risikoverteilung ist entweder im Programme Fonctionnel geregelt oder ergibt sich aus dem Vertragstext.

Gemäß der Empfehlung der MAINH, der Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (Task-Force für Krankenhausprojekte), in ihrem Handbuch Guide BEH sollen lediglich die folgenden Risiken bei der öffentlichen Hand verbleiben bzw. die daraus entstehenden Kosten und Verzögerungen von der öffentlichen Hand getragen werden:

- i. Modifizierung der Spezifikationen durch das EPS: die Modifikation der Spezifikationen durch das EPS führt zu einer Veränderung der Planung und verursacht Zusatzkosten bei der Planung und dem Bau,

³⁴ Vgl. Note financière des anonymisierten best-practice-Beispiels.

- ii. Standortbedingungen und Zustand des Bodens, inkl. Kontaminierung, unter der bestehenden Einrichtung,
- iii. Archäologie: Entdeckung archäologischer Funde,
- iv. Neue gesetzliche Regelungen, die speziell das EPS betreffen,
- v. Fehler in der Schätzung der Kosten und der Dauer des Transfers des Personals und der Patienten von den existierenden in die neuen Gebäude.

Im Beispielfall weicht die Risikoverteilung allerdings stark von dieser Empfehlung ab. Besonderes Augenmerk ist hier auf die Übertragung der Grund- und Bodenrisiken zu legen. Insgesamt werden die folgenden Risiken an den Privaten übertragen:

- i. Risiko der Entwicklung technischer Indizes für die mit den Anfangsinvestitionen verbundenen Kosten zwischen dem 01. April 2007, dem Financial Close, und dem tatsächlichen Übergabedatum,
- ii. Die mit dem Boden verbundenen Risiken, Grund und Untergrund, und insbesondere die archäologischen, hydrologischen, geologischen Risiken sowie Risiken der Verschmutzung und der Dienstbarkeiten,
- iii. Verspätung der Erteilung der offiziellen Genehmigungen, insbesondere der Baugenehmigung,
- iv. Risiko aller Verspätungen zwischen Unterschriftsdatum des Bail und dem tatsächlichen Übergabedatum, außer im Falle höherer Gewalt und Freistellung,
- v. Risiko der Zinssatzänderung bis zum Datum der Neubestimmung der Immobilienmiete.

4.6 Schnittstellen

Beim Beispielprojekt wurden die folgenden technischen Schnittstellen, bedingt durch den Verbleib der zentralen Dienstleistungen der Energie- und Wasserversorgung beim Centre Hospitalier Universitaire, zwischen dem Privaten und dem Krankenhaus identifiziert:

- Wasser
 - CHU: Lieferung des notwendigen Wassers. Zur Verfügung Stellung des Netzes zum Anschluss, nach Sicherung der Versorgung der anderen angeschlossenen Gebäude.
 - Auftragnehmer: Anschluss ans Netz und existierende Leerrohre in der Galerie. Sicherung der Versorgung durch Verzweigung des Netzes über den Standort.
- Löschwasser
 - Auftragnehmer: Verlegung (im Sinne von Verlängerung) des Netzes. Erhaltung vorhandener Hydranten. Einrichtung eines zusätzlichen Hydranten im umgeleiteten Netz, der sich über die Südfassade erstreckt.

- Heizung
 - CHU: Lieferung der notwendigen Leistung über das Netz für den Anschluss. Abschalten der Anlagen und Entleerung des Primär-Netzes um Verbindung anzuschließen.
 - Auftragnehmer: Anschluss an das Netz der Galerie. Anschluss durch zwei Abzweigungen des bestehenden Netzes. Dieser Eingriff erfordert eine Trennung der Energieversorgung über diese Galerie und eine Entleerung des Netzes.
- Medizinisch-klinische Medien
 - CHU: Sauerstoff-Produktion des Standortes und Versorgung mit medizinischer Luft. Zur Verfügung Stellung der Netze zum Anschluss nach Sicherung der Installationen der anderen versorgten Gebäude.
 - Auftragnehmer: Anschluss in der Galerie an die Primär-Netze des CHU. Anschluss über Abzweigung an das bestehende Netz für Sauerstoff und medizinische Luft. Unabhängige Produktion von Vakuum, medizinischer Luft und Sauerstoffversorgung.
- Abwasser
 - Auftragnehmer: Anschluss an zwei Stellen an das Netz EU200 (Abwassernetz) des Standortes. Vom Auftragnehmer einzurichtende Revisionsklappen (Regards de Branchement).
- Regenwasser
 - Auftragnehmer: Anschluss an zwei Stellen an das Regenwassernetz des Standortes. Vom Auftragnehmer einzurichtende Revisionsklappen (Regards de Branchement).
- Hochspannung
 - CHU: Die Hochspannungszentrale gewährleistet 100%ige Basisversorgung des Gebäudes mit Hochspannung.
 - Auftragnehmer: Anschluss an den Hochspannungsstromkreis (Brabois) in der Galerie (Stelle 1): Anschluss an die bestehende Hochspannungszelle; Anschluss an die Stelle HTA2: Anschluss an die bestehende Hochspannungszelle; Stromkreis HT(A).
- Telefon
 - CHU: Ausstattung des Telefonsystems, Betrieb von WLAN-Stationen (Hot-Spots).
 - Auftragnehmer: Vorverkabelung VDI gemäß Programm. Ergänzend Anschluss an Buchse 11 und Buchse 1.

- Informatik
 - CHU: Ausstattung des Telefonsystems, Betrieb von WLAN-Stationen (Hot-Spots).
 - Auftragnehmer: Vorverkabelung VDI gemäß Programm. Ergänzend Anschluss an Buchse 11 und Buchse 1.
- Technisches Gebäudemanagement
 - CHU: Zugang via Web-Navigator über Micro Hôpital.
 - Auftragnehmer: Gesamte und unabhängige Installation, Dialogschnittstelle (IP) dank der Server/web-Architektur. Parallele Weiterleitung des Alarms an CHU möglich.
- Gebäudesicherheit
 - CHU: Überwachungspersonal.
 - Auftragnehmer: Überwachungsausrüstung mit direkter Verbindung die lokale PCS des Krankenhauses.
- Patienten-Terminals
 - CHU: Medizinische Maschinen für Patienten.
 - Auftragnehmer: Zusätzliche Ausstattung mit Multimedia.

4.7 Übertragbarkeit

Die in Frankreich herrschenden rechtlichen Rahmenbedingungen sind nur bedingt mit den entsprechenden Bedingungen in Deutschland vergleichbar. So unterliegen die französischen Krankenhäuser beispielsweise der Umsatzsteuerpflicht.

Darüber hinaus wird in Frankreich noch nicht nach Fallpauschalen abgerechnet, dies wird hier erst im Jahr 2012 der Fall sein, so dass Deutschland in diesem Punkt einen Vorsprung hat. Auch was die Nicht-Insolvenzfähigkeit der hinter den Krankenhäusern stehenden Etablissement Public de la Santé betrifft, lassen sich die französischen nicht mit den deutschen Rahmenbedingungen vergleichen.

Das gewählte, in neutralisierter Form dargestellte Projekt stellt dagegen ein sehr gutes Fallbeispiel dar, da es sich hier um eine Restrukturierung bzw. Erweiterung eines bestehenden Standortes im Sinne der Projektdefinition handelt. Darüber hinaus ist es wahrscheinlich, dass auch in Deutschland die Dienstleistungen der zentralen Wasser- und Energieversorgung bei den Krankenhäusern verbleiben, weil die dafür notwendigen Anlagen in der Regel bereits bestehen. Des Weiteren wurde der beispielhafte Charakter des gewählten CHU von allen Gesprächspartnern bestätigt.

Der Umfang der in Frankreich in der Regel an den Privaten übertragenen Dienstleistungen resultiert aus den Erfahrungen, die seit Beginn des ersten Projektes im Jahr 2003 gesammelt werden konnten. So wurde beim Bau des CH Rennes von der ur-

sprünglich angedachten Leistungsübertragung Abstand genommen und der Leistungsumfang reduziert.

PPP wird im Krankenhausbereich in Frankreich überwiegend durch eine Cession Dailly (Forfaitierung mit Einredeverzicht) finanziert. Die allgemeinen Finanzierungsbedingungen, abgesehen von den indirekt existierenden Garantien durch den französischen Staat, lassen sich ebenfalls auf die deutsche Situation übertragen.

In Frankreich existiert das Insolvenz-Problem der öffentlichen Krankenhäuser nicht. Bezüglich dieser Problematik würde für Deutschland anstelle einer Garantie durch die Gebietskörperschaft eine Verpfändung des Umsatzes des Krankenhauses in Frage kommen. Allerdings würde dies voraussetzen, dass die Umsätze bisher verpfändungsfrei wären. Außerdem kann eine gGmbH liquidiert werden. Es zeichnet sich bereits zu diesem Zeitpunkt ab, dass im deutschen PPP-Krankenhaus-Bereich kein Weg an einer Verpflichtung der öffentlichen Hand, sei es in Form einer Garantie durch die Gebietskörperschaft oder durch die Länder, zur Sicherung der Finanzierung vorbeiführt.

Die in Frankreich praktizierte Risikoverteilung ist, abgesehen von der Übertragung des Grund- und Bodenrisikos an den Privaten, durchaus auf den deutschen Markt übertragbar, da sich auch die allgemeinen Rahmenbedingungen der Finanzierung in Deutschland und Frankreich sehr ähneln.

Auch die im Beispielprojekt durchgeführte Schnittstellenanalyse ist, da sich bei den technischen Anforderungen und den damit verbundenen Schnittstellen keine großen Unterschiede zwischen Frankreich und Deutschland gezeigt haben, sehr gut auf die deutschen Verhältnisse übertragbar.

4.8 Zusammenfassung und weiteres Vorgehen

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aus der französischen PPP-Realisierung im Krankenhausbereich wertvolle Erfahrungen gewonnen werden können. Das französische Gesundheitssystem ähnelt dem deutschen und auch die Bausubstanz ist vergleichbar. Die Übertragbarkeit der Erkenntnisse betrifft vor allem die Bereiche der Dienstleistungen für Instandhaltung und Betrieb des Gebäudes sowie die Risikoanalyse und den Umgang mit (technischen) Schnittstellen. In den folgenden Monaten wird der Fokus der Untersuchung für Frankreich auf die in den einzelnen Projekten konkret übertragenen Dienstleistungen und die damit verbundene Risikoverteilung (Risikoanalyse Instandhaltung und Betrieb) sowie den Umgang mit (technischen) Schnittstellen gelegt.

Ob eine Übertragung der Finanzierung vom französischen auf das deutsche Modell sinnvoll erscheint und unter welchen Rahmenbedingungen dies überhaupt möglich ist, wird ebenfalls noch zu untersuchen sein. Fest steht bis dato, dass die Rahmenbedingungen bezüglich der Insolvenzfähigkeit und Liquidierbarkeit der entsprechenden Einrichtungen (EPS bzw. Krankenhäuser) in beiden Ländern nicht vergleichbar sind.

Es bietet sich an, ein weiteres (neutralisiertes) best-practice-Beispiel auszuwählen, um eine umfassende Darstellung gewährleisten zu können.

In den kommenden Wochen sind zudem Gespräche mit den Leitern und Projektverantwortlichen der Kliniken geplant, um die bisher auf der Grundlage der Vertragsunterlagen, der Funktionsbeschreibungen und der Finanzierungsmodelle sowie der Gespräche mit Finanzfachleuten und den Vinci-Projektverantwortlichen gewonnenen Informationen durch Informationen aus der Praxis bzw. aus der Perspektive der öffentlichen Hand und des Nutzers zu ergänzen und so die Sicht auf das Projekt „PPP im Krankenhaussektor“ zu vervollständigen.

5 Recherche Deutschland

Autor: Tilo Uhlig

5.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Das deutsche Gesundheitssystem orientiert sich an dem Modell des gesetzlichen Sozialversicherungssystems. Charakteristisches Merkmal dafür ist, dass die Gesundheitsleistungen durch Versicherungsbeiträge der Bürger zu staatlich regulierten und beaufsichtigten Versicherungssystemen finanziert werden. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind 90% der Bevölkerung versichert, wobei für den größten Teil der Bürger eine Pflichtversicherung besteht. Die GKV hat deshalb einen starken steuernden Einfluss auf das gesamte Gesundheitswesen. Sie finanziert sich hauptsächlich über Beiträge der Versicherten, die auf ihre Einkommen erhoben werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen und die mit der ambulanten medizinischen Versorgung betrauten ärztlichen Institutionen – Zusammenschluss der niedergelassenen Ärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen – sind selbstverwaltende Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die wichtigsten Bestimmungen im deutschen Gesundheitswesen werden von den Verbänden der Krankenkassen bzw. den Leistungserbringern auf Landes- und Bundesebene getroffen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind exklusiv mit der Erbringung der ambulanten medizinischen Versorgung beauftragt. Daraus ergibt sich eine strikte Sektorentrennung zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Behandlung. Dies wiederum führt zu einer insgesamt geringen Integration der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung über die Sektorengrenzen hinaus, was zunehmend immer kritischer gesehen wird.

Die stationäre Behandlung von Patienten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gliedert sich in zwei Disziplinen: den Bereich der Krankenhausversorgung und den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wird der letztere Teilbereich jedoch nicht betrachtet. Die Regelung der stationären Versorgung fällt weitgehend in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Die Krankenhausplanung hingegen ist Angelegenheit der Länder, während die Detailregelungen zur Vergütung durch die Selbstverwaltung erfolgt. Auf die

stationäre Behandlung in den Krankenhäusern entfällt etwa ein Drittel der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Krankenkassen dürfen eine Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten im Rahmen der GKV nur durch zur Versorgung zugelassene Krankenhäuser durchführen lassen. Zugelassen sind laut Sozialversicherungsgesetzbuch:

- Hochschulkliniken,
- Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind und
- Vertragskrankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben.

Die Zahl der Krankenhäuser sowie der in ihnen aufgestellten Betten hat in den letzten Jahren deutlich abgenommen. Im Jahr 2006 gab es 2.104 Krankenhäuser mit 510.767 Krankenhausbetten, wovon sich 53% der Bettenkapazität in Kliniken mit öffentlicher Trägerschaft bei abnehmender Tendenz befanden. Die nachfolgende Abbildung³⁵ verdeutlicht diese Entwicklungen:

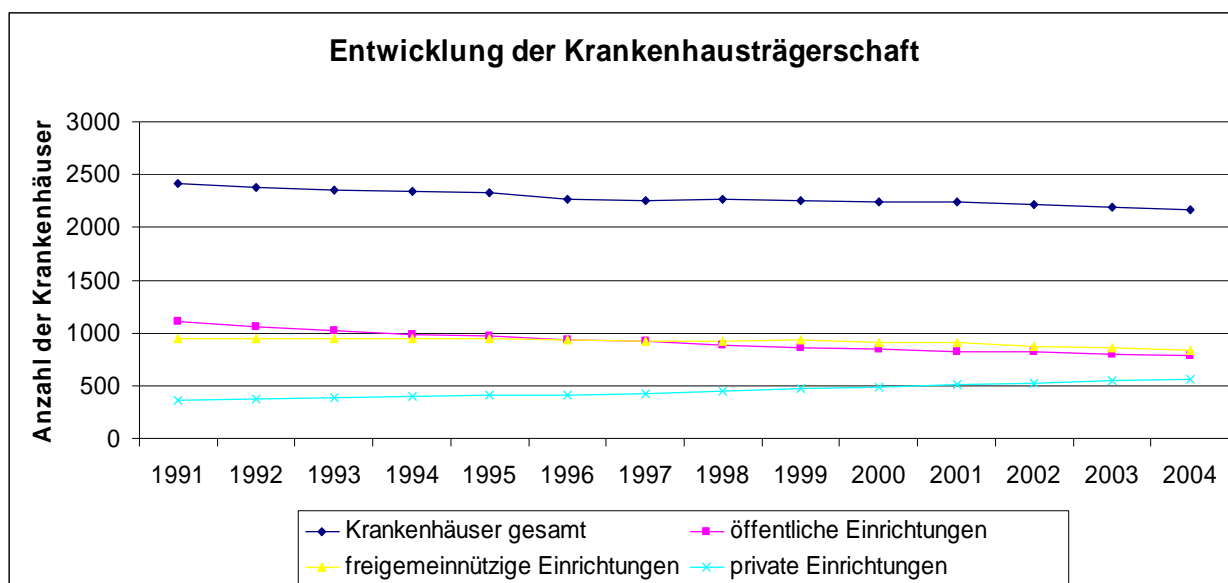


Abbildung 4: Entwicklung der Krankenhausträgerschaft

Im Vorfeld eines jeden Projektes hat die öffentliche Hand dessen schaftlichkeit zu überprüfen (vgl. § 7 Bundeshaushaltsordnung sowie die §§ 7 der jeweiligen Landeshaushaltsordnungen). Dafür sind umfangreiche Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen anzufertigen, die sich hauptsächlich mit der Ermittlung des Nutzen-Kosten-Verhältnisses beschäftigen. Erst wenn die Maßnahmenwirtschaftlichkeit mit hoher Sicherheit prognostiziert werden kann, sollte die Wirtschaftlichkeit des Vollzugs der Maßnahme untersucht werden. Diese Untersuchung beinhaltet im Regelfall den Vergleich der konventionellen Realisierung mit einer alternativen Beschaffungs-

³⁵ Vgl. (Statistisches Bundesamt, 2007) und (Statistisches Bundesamt, 2007).

riante³⁶. Erst wenn diese eine relative Vorteilhaftigkeit für die PPP-Variante prognostiziert, kann ein PPP-Vergabeverfahren am Markt gestartet werden.

In Deutschland existiert für PPP-Verträge im Hochbau kein standardisierter Mustervertrag, wie dies in Großbritannien und Frankreich der Fall ist. Eine allgemein anerkannte und damit angewandte Risikomatrix für die Risikoverteilung bei PPP-Projekten ist nicht vorhanden. Durch dieses Manko werden bei PPP-Hochbauprojekten zurzeit individuell erstellte Mustertexte als Vertragsgrundlage verwendet. Die mehrmalige Verwendung bereits in der Praxis erprobter Vertragstexte stellt somit die Ausnahme dar. Eine Vereinheitlichung der Musterdokumente wird jedoch angemahnt, um die Kosten auf beiden Seiten in der Phase des Vergabeverfahrens reduzieren zu können.

Den rechtlichen Rahmen für die Durchführung der Vergabeverfahren bilden die Normen der Europäischen Union. PPP-Projekte werden von der öffentlichen Hand nach dem Verhandlungsverfahren und – in letzter Zeit verstärkt – dem Wettbewerblichen Dialog ausgeschrieben.

5.2 Umgesetzte Projekte

In Deutschland befinden sich bisher zwei PPP-Hochbau-Projekte im Krankenhausbereich in der Umsetzung. Dazu zählen das Westdeutsche Protonentherapiezentrum Essen (WPE) und das Partikeltherapiezentrum Kiel.

Das WPE umfasst die Errichtung und den Betrieb des rund 127 Millionen Euro teuren Neubaus auf dem Gelände des Essener Universitätsklinikums. Nach vier Jahren Bauzeit sollen ab dem Jahr 2009 die Patienten in der Anlage behandelt werden. Die Laufzeit des anschließenden Mietvertrages und der Serviceverträge beträgt 15 Jahre. Danach wird das Uniklinikum Essen die Anlage weiter betreiben. Planung, Bau, Finanzierung und Betrieb übernimmt eine eigens gegründete Objektgesellschaft, die von verschiedenen privaten Unternehmen als Joint Venture gegründet wurde. Mit einem Projektvolumen von mehr als 300 Mio. Euro ist das WPE nicht nur das erste PPP-Projekt im deutschen Gesundheitswesen, sondern auch das bislang größte Einzel-PPP-Projekt im Hochbau in Deutschland.

Anfang des Jahres 2008 vergab das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein den Auftrag zum Bau des Partikeltherapiezentrum Kiel. Der private Partner ist für den Bau, den Gebäudebetrieb, den technischen Betrieb der Partikeltherapieanlage und der sonstigen Medizintechnik sowie die Finanzierung verantwortlich. Das Gesamtprojektvolumen wird 250 Mio. Euro betragen, wovon ein Drittel auf das Gebäude und den Gebäudebetrieb und zwei Drittel auf die Medizintechnik und deren technische Wartung entfallen. Die Entlohnung des privaten Partners erfolgt auf Grundlage eines Verfügbarkeitsmodells.

Im Jahr 2011 wird der Teil für die konventionelle Strahlentherapie in Betrieb genommen. Die Anlage wird ab dem Jahr 2012 vollständig für die Behandlung von Patien-

³⁶ (Nordrhein-Westfalen, 2006).

ten zur Verfügung stehen. Ihr technischer Betrieb wird über einen Zeitraum von 25 Jahren vom privaten Partner übernommen.

Für beide PPP-Projekte wählten die Auftraggeber das Modell der Projektfinanzierung.

5.3 Angebahte Projekte

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt befinden sich unter anderem folgende PPP-Hochbauprojekte im Gesundheitswesen in der Ausschreibung.

Die PTC Euregio Rhein-Maas Partikeltherapiezentrum GmbH – eine gemeinsame Projektgesellschaft des Universitätsklinikums Aachen (UKA) und des academisch ziekenhuis Maastricht (azM) – hat das Vergabeverfahren zur Auswahl eines privaten Partner für ein Partikeltherapiezentrum gestartet. Ausgeschrieben wurden die schlüsselfertige Planung, die Errichtung (inklusive Ausstattung mit medizinischen Anlagen, medizinischem Gerät und Möblierung), die Finanzierung – als Projektfinanzierung – und der langjährige technische Betrieb einschließlich Wartung eines Partikeltherapiezentrums

Das Allgemeine Krankenhaus Viersen hat den Neubau – Investitionsvolumen ca. 25 Mio. Euro – und den Gebäudebetrieb eines Funktionsgebäudes auf seinem Gelände als PPP-Projekt ausgeschrieben. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt befindet sich das Vergabeverfahren in der Verhandlungsrunde. Mit der Zuschlagserteilung ist noch in diesem Jahr zu rechnen.

Die Universität zu Köln hat den Neubau und den Gebäudebetrieb des Untersuchungs- und Behandlungszentrums West im Rahmen eines PPPs ausgeschrieben. Die private Betriebsphase soll eine Dauer von 25 Jahren nach Fertigstellung des Gebäudekomplexes haben. Die Finanzierung soll der private Partner über eine Projektfinanzierung abbilden.

5.4 Leistungsumfang

In der nachfolgenden Auflistung werden die betrieblichen Leistungen in Kliniken in drei Kategorien eingeteilt. Die Aufstellung beinhaltet nur die im Regelfall in Krankenhäusern anfallenden Tätigkeiten, so dass die Liste nicht als abschließend angesehen werden kann:

- Primärleistungen
 - ambulante, stationäre und Intensivbehandlung,
 - OP-Leistungen,
 - Blutbank,
 - Dialyse,
 - Medizinisch-chemische und mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik,
 - Nuklearmedizin,
 - Pathologie/Rechtsmedizin,

- Physikalische Medizin/Therapie,
- Radiologie, Röntgendiagnostik (allgemeine Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Strahlentherapie u. a.).
- Sekundärleistungen
 - Labor,
 - Sterilgutversorgung,
 - Arzneimittelversorgung,
 - Speiserversorgung,
 - Zentralsterilisation,
 - Zentraldesinfektion,
 - Küchenbereich/Essenversorgung,
 - Apothekenbereich,
 - Medizintechnik,
 - elektronische Datenverarbeitung,
 - Sonstige Einrichtungen der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (medizinische Gaszentrale, Krankenaktenarchiv, medizinische Ausnahme, betrieblicher Dienst, Strahlenschutz, usw.),
 - Krankentransport,
 - Therapien (z. B. Physio- und Ergotherapie).
- Tertiärleistungen
 - Management und Verwaltung (Personal, Rechnungswesen),
 - Reinigung (Textil-Miet-Service),
 - Energiezentrale (allgemeine Energiezentrale, Dampfzentrale, nicht-medizinische Gaszentrale, Müllverbrennung, Stromzentrale, Notstromzentrale, Wasserversorgungsaufbereitung, Klimaanlage, Kälteanlage, usw.),
 - Gärtnerei und Pflege der Außenanlagen,
 - Hausaufsicht (Pförtnerdienste, Gebäude, Betriebsfeuerwehr),
 - Entsorgung (Müll verschiedener Arten),
 - Nicht-medizinische Werkstätten zur Instandhaltung (allgemeine Werkstätten, Autowerkstätten, Elektrikerwerkstätten, Installateurwerkstätten, Tischlerei, Werkstatt für medizinisches Gerät, usw.),
 - Technisches Versorgungszentrum,
 - Transport (allgemeiner Transport, Aufzüge, Rohrpostanlage, automatisches Transportsystem),

- Materialverwaltung (allgemeine Materialverwaltung, Einkauf, Inventarverwaltung, Lager),
- Wäscherei, Näherei,
- Informations- und Telekommunikationstechnik,
- Sonstige nicht-medizinisch bedingte Ver- und Entsorgung,
- Soziale Dienste z. B. Seelsorge,
- Patientenhotels, Angehörigenunterkünfte,
- Sicherheits- und Empfangsdienst, Service-Desk/Hotline für Patienten und Angehörige,
- Konferenzservice,
- Service-Desk/Hotline für Betriebsinstandhaltung,
- Parkraumbewirtschaftung.

In den bisher realisierten PPP-Projekten wurden gebäudenaher Dienstleistungen sowie die Wartung der medizinischen Großgeräte an den privaten Partner übertragen. Somit werden die privaten Partner nur mit Leistungen aus dem Tertiär-Sektor der Krankenhäuser beauftragt.

Heute ist es schon bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft üblich, Leistungen aus dem Sekundär-Bereich, z. B. Labordienstleistungen, einem Dritten in Form von Outsourcing-Lösungen zu übertragen. Die Einbindung von Dienstleistungen aus dem Sekundär-Sektor in ein PPP würde somit durchaus möglich werden. Jedoch ist dabei immer die Frage der Schnittstellengestaltung zu beantworten. Aufgrund der jahrelangen Anwendung von Outsourcing-Modellen in der Praxis der Krankenhausarbeit liegen bereits heute ausreichende Erfahrungen zu diesem Thema vor. Ihre Adaption in ein PPP-Projekt wäre damit naheliegend.

Um den wirtschaftlichen Erfolg eines PPPs im Krankenhausbereich auch tatsächlich erreichen zu können, ist eine ergebnisorientierte, mindestens aber eine funktionale, Leistungsbeschreibung für die ausgeschriebenen Leistungen unumgänglich. Die PPP-Leistungen sollen schließlich den Projektträger in der Erbringung seiner Kernleistung unterstützen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn alle Unterstützungsleistungen prozessorientiert auf die Behandlung der Patienten ausgerichtet werden. Ein bloßes Ausführen von Tätigkeiten entsprechend eines Leistungsverzeichnisses kann diesen Zweck üblicherweise nicht erfüllen.

Die Frage nach der Einbeziehung von Primärleistungen in ein PPP wird von den privaten Unternehmen im Regelfall abgelehnt, da diese im medizinischen Behandlungsbereich nicht ihre Kernkompetenzen sehen.

5.5 Finanzierung

Die Vorschriften zur öffentlichen Förderung der Investitionskosten bei Krankenhäusern sind bundeseinheitlich im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelt. Grundsätzlich ist anzumerken, dass der Bund lediglich den gesetzlichen Rahmen

vorgibt. Die Finanzierung der Investitionen ist ausschließlich Angelegenheit der Bundesländer.

Förderfähig sind nur Krankenhäuser, die in den jeweiligen Krankenhausbedarfsplan (vgl. § 6 KHG) eines Landes aufgenommen wurden. Ebenfalls förderfähig sind Ausbildungsstätten, die mit dem Krankenhaus verbunden sind (vgl. § 8 Abs. 3 KHG i. V. m. § 2 Nr. 1a KHG). Gefördert werden grundsätzlich alle notwendigen Investitionskosten in ihrer anfallenden Höhe. Die Förderfähigkeit von Investitionskosten für die Errichtung von Gebäuden setzt die Aufnahme in das Investitionsprogramm des Landes voraus (vgl. § 9 Abs. 1 S. 1 KHG i. V. m. § 8 Abs. 1 KHG). Das KHG unterscheidet in § 2 zwischen Investitionskosten, den Investitionskosten gleichstehenden Kosten und Kosten die nicht als Investitionen betrachtet werden.

§ 2 Nr. 2 KHG definiert Investitionskosten als

- 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) und
- b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter).

Als Kosten, die nicht zu den Investitionskosten gehören, werden die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung und die Kosten der Telematik-Infrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannt.

Für die Zwecke dieses Gesetzes den Investitionskosten gleichstehende Kosten definiert § 2 Nr. 3 KHG folgende Kostenarten:

- a) die Entgelte für die Nutzung der in Nummer 2 bezeichneten Anlagegüter,
- b) die Zinsen, die Tilgung und die Verwaltungskosten von Darlehen, soweit sie zur Finanzierung der in Nummer 2 sowie in Buchstabe a bezeichneten Kosten aufgewandt worden sind,
- c) die in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a und b bezeichneten Kosten, soweit sie gemeinschaftliche Einrichtungen der Krankenhäuser betreffen,
- d) Kapitalkosten (Abschreibungen und Zinsen) für die in Nummer 2 genannten Wirtschaftsgüter,
- e) Kosten der in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a bis d bezeichneten Art, soweit sie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten betreffen und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind.

Im Rahmen der Einzelförderung sind zum einen die Kosten für die Errichtung (Neu-, Um- und Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der damit verbundenen Erstananschaffung der notwendigen Anlagegüter mit Ausnahme der Verbrauchsgüter (vgl. § 9 Abs. 1 Nr. 1 und § 2 Nr. 2 KHG) und zum andern die Kosten der Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mindestens drei Jahren förderfähig (vgl. § 9 Abs. 1 Nr. 2 und § 2 Nr. 2 a KHG).

Gemäß § 2 Nr. 2 a KHG sind die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung und ihrer Finanzierung grundsätzlich nicht zu den In-

vestitionskosten zu rechnen. Ausnahmsweise ist die Förderung der Grundstückskosten nur bei einer ansonsten eintretenden Gefährdung des Krankenhausbetriebs gerechtfertigt (vgl. § 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG).

Vorgesehen ist außerdem (vgl. § 9 Abs. 3 KHG), dass die Länder die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagengüter und kleinerer Baumaßnahmen durch jährliche Pauschalen fördern können. Diese Pauschalförderung können die Krankenhäuser im Rahmen der Zweckbindung frei verwenden.

Nach § 2 Nr. 3 a KHG sind auch die Entgelte für die Nutzung von Anlagengütern und damit auch von Gebäuden förderfähig. Betriebs- und Instandhaltungskosten, die über die Pflegesätze finanziert werden müssen, sind prinzipiell nicht förderfähig. Für medizinisch-notwendige Gebäude und Anlagen werden die zuwendungsfähigen Kosten in ihrer vollen Höhe gefördert.

Der Bund überträgt durch das KHG die Förderung von Krankenhäusern auf die Bundesländer. Diese haben den Rechtsrahmen in den jeweils länderspezifischen Vorschriften normiert. Auf Länderebene wird Zuwendungen durch die jeweiligen Landeshaushaltsordnungen ein rechtlicher Rahmen gegeben. Zum Zwecke der einheitlichen Rechtsanwendung durch die Behörden werden Verwaltungsvorschriften erlassen, die innerhalb der Verwaltung verbindliche Handlungsanweisungen darstellen.

Die Verfahrenswege bei einer konventionellen Planung eines Bauvorhabens unter Einbeziehung der Krankenhausförderung und der Planung eines Bauvorhabens bei einem PPP sind sehr unterschiedlich. Die Förderrichtlinien der Länder und insbesondere die Ausgestaltung der Verwaltungsvorschriften auf Landesebene bei Zuwendungsmaßnahmen sind mit dem PPP-Verfahren nicht vereinbar.

Für das Bundesland Hessen wurde dies im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums durch die PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ausführlich untersucht.

Um in Zukunft auch PPP im Krankenhauswesen fördern zu können, wurde in Hessen das Hessische Krankenhausgesetz 2002 zum 01.01.2008 geändert. Die §§ 23, 25, 27 und 30 HKHG wurden geändert und der § 35a HKHG wurde neu eingeführt.

Der neue § 35 a HKHG „Förderung im Rahmen alternativer Beschaffungs- und Errichtungsformen“ sieht vor, dass zur Finanzierung von Errichtungsmaßnahmen, die zur strukturellen Weiterentwicklung von Krankenhäusern dringend erforderlich sind, auf Antrag des Krankenhausträgers bei nachgewiesener Wirtschaftlichkeit die Maßnahme im Rahmen alternativer Beschaffungs- oder Errichtungsformen wie öffentlich-privater Partnerschaften gefördert und verwirklicht werden kann. Die Förderung kann durch Zahlung eines Festbetrages oder durch feste Jahresbeträge erfolgen. Entscheidend ist die Aussage in § 35 a Abs. 3 HKHG, dass Fördermittel bewilligt werden, sobald die förderfähigen Kosten, die auf Grundlage eines maßnahmenbezogenen Raum- und Funktionsprogramms nach pauschalen Kostenwerten ermittelt worden sind und die Maßnahmen in ein Krankenhausbauprogramm aufgenommen worden ist.

Das Land Nordrhein-Westfalen geht bei der Förderung von Krankenhausinvestitionen einen anderen Weg. Die Investitionsprogramme des Landes werden durch eine Baupauschale ersetzt, die an die Stelle der bisherigen Einzelförderung tritt. Die Förderungsgrundsätze des ehemaligen § 19 KHG NRW wurden gestrafft und finden sich nun im § 17 KHG NRW. Der bisherige § 21 „Einzelförderung“ des KHG NRW wurde gestrichen. In diesem Artikel wurden die Begrifflichkeit der Investitionskosten im Sinne des § 2 Nr. 2 KHG umgesetzt und die Vorschriften der Förderfähigkeit festgelegt. Ebenfalls gestrichen wurde § 22 KHG NRW, der den Umfang der Einzelförderung festlegte.

§ 18 KHG NRW regelt die Grundsätze der Pauschalförderung. § 18 Abs. 1 greift den Begriff der Investitionskosten wie vorher in § 21 KHG NRW beschrieben auf. § 21 KHG NRW legt fest, wie die Pauschalförderung zu verwenden ist. Gemäß Abs. 1 sind all die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind, förderfähig. Die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze und Entgelte, sind zu berücksichtigen. Nach Abs. 2 sind von der Förderung all die Investitionen ausgeschlossen, die nicht der stationären Krankenversorgung dienen. Für den Erwerb bereits betriebener Krankenhäuser, für die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung und für die Investitionen, für die Versicherungsleistungen gewährt werden oder die bei Abschluss verkehrsüblicher Versicherungen hätten gewährt werden können, dürfen die Pauschalmittel nicht eingesetzt werden (vgl. § 21 Abs. 3 KHG NRW). Nicht verbrauchte Pauschalmittel dürfen in den Folgejahren entsprechend dem jeweiligen Förderzweck verwendet werden (vgl. § 21 Abs. 4 KHG NRW). Neu an der Baupauschale ist, dass Krankenhäuser bzw. Träger mehrerer Häuser die Mittel im Rahmen der Förderbestimmungen „poolen“ können, denn die Krankenhäuser dürfen ihren Anspruch auf Mittel der Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 und entsprechende Anwartschaften an andere förderberechtigte Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zur Finanzierung von Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG mit Zustimmung der zuständigen Behörde abtreten (vgl. § 20 KHG NRW).

Eine für PPP-Maßnahmen relevante Neuerung ist der § 21 Abs. 5 KHG NRW. Dieser besagt, dass die Pauschalmittel insbesondere zur Finanzierung von Krediten für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 genutzt werden können. Durch die Baupauschale soll das Förderverfahren für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar werden, weil die Berechnungsgrundlage veröffentlicht wird und so Planungssicherheit auch auf Seiten der Krankenhausträger schafft. Vor allem sollen alle Plankrankenhäuser so die Möglichkeit bekommen, in eigener unternehmerischer Verantwortung zeitnah die notwendigen Investitionen zu planen. Vor allem soll das Förderverfahren im Vergleich zur bisherigen Einzelförderung vereinfacht und beschleunigt werden.

Die beiden Modelle der Länder Hessen und Nordrhein-Westfalen haben Pilotcharakter. Während Hessen an der traditionellen dualen Förderung festhält und diese durch gezielte Gesetzesänderungen PPP-tauglich macht, beschreitet NRW einen anderen

Weg. Durch die Einführung der Baupauschale, unter Wahrung der Grundsätze des KHG, wird eine „faktische Monistik“ bei der Krankenhausfinanzierung geschaffen.

Die Finanzierung der in Deutschland umgesetzten bzw. sich in der Anbahnung befindlichen PPP-Projekte erfolgt gemäß den Absichten der öffentlichen Auftraggeber nach dem Modell der Projektfinanzierung. Die Komplexität der Maßnahmen und deren finanzieller Umfang dürften die Auftraggeber zu diesem Schritt veranlasst haben. Somit werden Risiken aus dem Projekt in der Sphäre der privaten Auftragnehmer belassen, um für den Auftraggeber ein hohes Maß an Sicherheit für den Projekterfolg zu gewährleisten.

Damit wird jedoch nur ein Teil des Finanzierungsaspektes abgedeckt. Die langfristige Refinanzierung des Projektes erfolgt üblicherweise aus Fördermitteln des KHG und/oder Eigenmitteln der Klinik sowie aus den zusätzlich generierten Einnahmen der Behandlungszentren bzw. den Kosteneinsparungen im Betriebsablauf des Krankenhauses.

Bei den bisherigen deutschen PPP-Projekten erfolgt die Entlohnung des privaten Auftragnehmers auf Grundlage eines Verfügbarkeitsanspruchs des Auftraggebers für die medizinischen Anlagen.

Zur Absicherung der privaten Finanzierung eines PPP-Hochbau-Projekts ist eine Garantieerklärung des öffentlichen Trägers des Krankenhauses gegenüber den finanzierenden Banken notwendig, in der er sich verpflichtet, die stationäre Einrichtung über die gesamte Laufzeit des PPP-Vertrags in seinem Eigentum zu belassen und den medizinischen Betrieb aufrecht zu erhalten.

5.6 Risikoverteilung und -bewertung

Aufgrund der geringen Anzahl von realisierten PPPs im Krankenhausbereich in Deutschland sowie der vertraulichen Handhabung der damit verbundenen Verträge wird an dieser Stelle auch auf Erfahrungen aus anderen PPP-Hochbaubereichen bei der Betrachtung der Risikoverteilung und -bewertung Bezug genommen.

Die Risikoverteilung bei einem PPP-Hochbau-Projekt sollte sich nach dem Grundsatz richten, dass derjenige das Risiko tragen soll, der es auch beeinflussen kann.

Ergänzend sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich bei einer Baumaßnahme im Bestand die Risiken im Vergleich zu einer Neubaumaßnahme entsprechend verändern. Gleiches gilt für den Fall, dass Leistungen des Sekundär-Sektors in großem Umfang in die PPP-Maßnahme einfließen sollen. Somit ist diese Risikoliste auch nicht als abschließende Aufzählung zu werten. Bei einem gegebenen Projekt muss sie im Rahmen einer Einzelfallbetrachtung unbedingt an die projektspezifischen Gegebenheiten angepasst werden.

Als Tendenzen in der Risikobewertung lassen sich aufgrund der Expertengespräche folgende Aussagen zu den Risiken treffen, die in jedem Fall beim Auftraggeber verbleiben sollten:

- Nutzungsänderungen [geänderte Nutzungsbedingungen während der Betriebsphase machen Umbaumaßnahmen erforderlich, Umstellung von Ver- und Entsor-

gungsprozessen, Umstellung von Logistikprozessen, Flächeneffizienz, Energiepreisentwicklungen und deren Auswirkung auf die Bauhülle bzw. den Betrieb des Gebäudes, Dysfunktionalität und deren Beseitigung],

- Höhere Gewalt [Gefahr des zufälligen Untergangs des Vertragsgegenstandes],
- Politisch höhere Gewalt [Kosten/Verdienstausschlag wegen Streiks, Bürgerkrieg oder kriegerischen Auseinandersetzungen],
- Änderungen von Gesetzen, Vorschriften, Normen [Kostenerhöhung durch Änderungen von Bau- und Betriebsnormen, Arbeits- und Sicherheitsbestimmungen, Gesundheits-, Umweltschutzstandards, Steuern usw.],
- Erlössituation [Langfristige Erlössituation, Entwicklung des Patientenaufkommens, demografische Entwicklungen, Pflegeaufkommen, Entdeckung neuer Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden, Änderungen in der Spezialisierung (z. B. stationär, ambulant) und daraus ableitende Anforderungen an Bauhülle/Nutzerforderungen, Änderungen in der Krankenhausfinanzierung (analog DRG-Einführung) und damit Änderung der Kalkulationsgrundlage],
- Inflation [Langfristige Preisentwicklung],
- Auslastung [Erhöhte/mangelnde Auslastung führt zu Mehr- oder Minderkosten (nur variable oder sprungfixe Kosten, da generelles Auslastungsrisiko im öffentlichen Hochbau in öffentlicher Sphäre bleiben sollte)].

Für alle anderen Risiken gilt, dass ihre Verlagerung auf den privaten Auftragnehmer durchaus machbar ist. Am konkreten Einzelfall sollte über die genaue Art und Weise des Risikotransfers diskutiert werden.

Aufgrund der vertraulichen Handhabung der Vertragsdokumente bei den bereits vergebenen Projekten können keine Aussagen zu der tatsächlich erfolgten Risikoverteilung getätigt werden. Bei den sich in der Anbahnung befindlichen PPP-Projekten im Krankenhausbereich sind wegen der noch laufenden Vergabeverfahren ebenfalls noch keine Erläuterungen und Bewertungen zu diesem Zeitpunkt möglich.

5.7 Schnittstellen

Aufgrund der vertraulichen Handhabung der Vertragsdokumente bzw. der noch laufenden Vergabeverfahren können zu diesem Zeitpunkt keine Aussagen zu dem Sachverhalt der Schnittstellen getätigt werden.

5.8 Zusammenfassung

Die bestehenden öffentlichen Rahmenbedingungen für die Förderung von Investitionskosten im Krankenhausbereich lassen eine PPP-Maßnahme nur in begrenztem Umfang zu. Die Länder Hessen und Nordrhein-Westfalen haben ihre Rechtsvorschriften im Krankenhausfinanzierungsbereich bereits an die Möglichkeiten von PPP angepasst.

Auf privatrechtlicher Seite existieren kein standardisierter Mustervertrag und keine allgemein anerkannte und damit angewandte Risikomatrix. Für die Projekte werden

individuell erstellte Einzelvereinbarungen bzw. Mustertexte verwendet. Eine weitgehende Vereinheitlichung der Dokumente wird in diesem Bereich angemahnt.

In Deutschland sind bisher nur zwei PPP-Hochbau-Projekte realisiert worden. Eine begrenzte Anzahl weiterer Projekte befindet sich zurzeit in der Vergabephase. Aufgrund dieser geringen Anzahl von Projekten lassen sich keine allgemein verbindlichen Aussagen treffen. Die Projekte umfassen in der Regel die schlüsselfertige Planung und Errichtung (inklusive Ausstattung mit medizinischen Anlagen, medizinischem Gerät und Möblierung) sowie den Gebäudebetrieb und die Wartung der medizinischen Technik. Weitergehende Leistungsübertragungen in ein PPP sind denkbar, werden aber zurzeit nicht praktiziert. Medizinische Behandlungsleistungen sollten immer beim Auftraggeber verbleiben.

Die private Finanzierung von PPP im Krankenhaus erfolgt über das Modell der Projektfinanzierung. Dabei ist jedoch die Abgabe einer Garantieerklärung des Trägers der Klinik gegenüber den finanzierenden Banken über die Aufrechterhaltung des Unternehmens während der PPP-Vertragslaufzeit eine zwingende Finanzierungsvoraussetzung.

Die Risikoverteilung und -bewertung bei PPP im Krankenhausbereich erfolgt im Regelfall analog zu der sonst üblichen Risikobetrachtung bei PPP-Hochbauprojekten. Nur wenn sich die zu übertragenden Leistungen in mittelbarer Nähe der Kernleistung des Krankenhauses bewegen, erlangen betriebsspezifische Risiken an Bedeutung. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die medizinischen Behandlungsleistungen immer beim Auftraggeber verbleiben sollen.

6 Bisherige Datenerhebung

Es wurden bereits primäre Datenerhebungen zu den Lebenszykluskosten bei Krankenhäusern in Deutschland, die sowohl die Investitions- als auch die Betriebsphase betreffen, durchgeführt. Aufgrund der Komplexität der baulichen und betrieblichen Abläufe in der Objektkategorie dauert die Auswertung der Daten zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch an. Zwischenergebnisse können deshalb zunächst nicht bekannt gegeben werden. Bei der Auswertung wurde festgestellt, dass die bisherige Datenbasis für allgemein verbindliche Aussagen mengenmäßig zu klein ist. Im weiteren Verlauf des Forschungsprojektes soll die Basis deshalb erweitert werden, um die Aussagefähigkeit der Ergebnisse zu verbessern.

7 Weiteres Vorgehen

Im Mittelpunkt der weiteren Recherchen in Frankreich bzw. Großbritannien wird die Auswertung von jeweils zwei Fallbeispielen aus der Praxis stehen. Der Inhalt dieser Beispiele wird sich schwerpunktmäßig auf Umstrukturierungen und Erweiterungen von bestehenden Kliniken beziehen. Besonderes Augenmerk wird bei der Auswertung auf den Umfang der übertragenen Dienstleistungen, die Gestaltung der Risikoverteilung und der Schnittstellen sowie die Finanzierung gelegt werden. Weiterhin werden inhaltliche Fragen der Vertragsmodelle bzw. - in begrenztem Umfang - steuerliche Probleme von PPP im Krankenhaussektor betrachtet.

Die Ermittlung der Lebenszykluskosten wird bei den Recherchetätigkeiten in Deutschland einen herausragenden Platz einnehmen, da für den Projektstart von PPP-Projekten in Deutschland zunächst immer eine vorläufige, lebenszyklusorientierte Wirtschaftlichkeitsberechnung erforderlich ist. Des Weiteren wird die Übertragbarkeit ausländischer PPP-Erfahrungen geprüft.

Die Ergebnisse der Recherchen in Großbritannien, Frankreich und Deutschland werden in den handlungsbezogenen Praxisleitfaden „PPP im Krankenhausbereich“ einbezogen. Dieser wird sich schwerpunktmäßig an die öffentlichen Träger von Krankenhäusern wenden.

Im Folgenden ist die vorläufige Arbeitsgliederung des Praxisleitfadens aufgeführt:

- Einleitung: Vorteile von PPP in der Vollzugswirtschaftlichkeit (fixe Baukosten, fixe Bauernmine sowie garantierte Betriebskosten bzw. Mengen). Leistungsumfang, Budget und Projektgesamtverantwortlicher müssen vorher geklärt sein.

(1) Typische anstehende Umstrukturierungen bei Kliniken

- Zentralisation der Bettenhäuser mit Spezialmedizin
- Neues Logistikzentrum
- Neues Operationszentrum
- Neue Energiezentrale
- Integration eines PPP-Projektes in einen bestehenden Gesamtkomplex

(2) Typischer übertragener Dienstleistungsumfang und Risikoverteilung

- Übertragene Betriebsleistungen (isb. Sekundär- und Tertiärleistungen)
- Ausfall bzw. Nicht-Verfügbarkeit als Hauptrisiko
- Hygienevorschriften sowie Sterilisation
- Berücksichtigung Technologischer Fortschritt
- Vergleich UK mit Frankreich und Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland

(3) Risikomatrix und Schnittstellengestaltung

- Risikoliste und typische Risikoverteilung sowie typische Schnittstellen
- Vergleich UK mit Frankreich und Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland

(4) Bevorzugte PPP-Vertragstypen und Organisationsmodelle

- Formen in UK und Frankreich und Übertragbarkeit auf Deutschland
- Klare Projektorganisation mit einem hochrangigen Gesamtverantwortlichen
- Finanzierbarkeit, insbesondere Risikoverteilung und Abschirmung Insolvenzrisiko
- Fiskalische Aspekte, insbesondere zur Umsatzsteuer und dualen Finanzierung

(5) Neutralisiertes Praxisbeispiel.

8 Literaturverzeichnis

Albrecht, H. (2007). Projekterfahrungen von Balfour Beatty Capital und mögliche Ansätze für den deutschen Markt. *Workshop PPP im Gesundheitswesen*. Berlin.

Auswärtiges Amt. (März 2008). *Auswärtiges Amt - Großbritannien / Vereinigtes Königreich*. Abgerufen am 14. September 2008 von <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/01-Laender/Grossbritannien.html>

Beauvois, C. (04. März 2008). (D. Prof. Dr. Jacob, & C. Hilbig, Interviewer)

Department of Health. (8. Juni 2007). *Department of Health Standard Form Project Agreement (Version 3): Department of Health -Procu*. Abgerufen am 14. September 2008 von http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/Standardcontract/DH_4016186

Department of Health. (kein Datum). *Department of Health, Prioritized Capital Schemes approved to go ahead since May 1997 (England)*. Abgerufen am 14. September 2008 von http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/Browsable/DH_5214632?IdcService=GET_FILE&dID=28106&Rendition=Web

Department of Health. (kein Datum). *PFI guidance: Department of Health - Procurement and proposals*. Abgerufen am 14. September 2008 von <http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/PFIguidance/index.htm>

Department of Health. (26. April 2007). *Standard Output Specification (Version 3): Department of Health - Procurement and proposals*. Abgerufen am 14. September 2008 von http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/NewstandardoutputsSpecifications/DH_4016183

Department of Health. (2000). *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*. Norwich: Crown Copyright.

Department of Health, Private Finance Unit. (2002). *Improving PFI Procurement*. Leeds: Crown Copyright.

National Health Service. (kein Datum). *NHS Choices NHS structure*. Abgerufen am 14. September 2008 von <http://www.nhs.uk/aboutnhs/howthenhsworks/pages/nhsstructure.aspx>

Nordrhein-Westfalen, L. (2006). *Leitfaden "Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen bei PPP-Projekten"*.

Office of Public Sector Information. (kein Datum). *Government of Wales Act 1998 (c.38)*. Abgerufen am 14. September 2008 von http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1998/ukpga_19980038_en_1.

Office of Public Sector Information. (kein Datum). *Local Government (Contracts) Act 1997 (c.65)*. Abgerufen am 14. September 2008 von http://www.opsi.gov.uk/Acts/acts1997/ukpga_19970065_en_1

Office of Public Sector Information. (kein Datum). *National Health Service (Private Finance) Act 1997 (c. 56)*. Abgerufen am 14. September 2008 von http://www.opsi.gov.uk/ACTS/acts1997/ukpga_19970056_en_1

Office of Public Sector Information. (kein Datum). *National Health Service Act (c. 46) 2006*. Abgerufen am 14. September 2008 von http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2006/ukpga_20060041_en_1

Office of Public Sector Information. (kein Datum). *Nothern Ireland Act 1998 (c.47)*. Abgerufen am 14. September 2008 von http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1998/ukpga_19980047_en_1

Office of Public Sector Information. (kein Datum). *Nothern Ireland Act 2006 (c.17)*. Abgerufen am 14. September 2008 von http://www.england-legislation.hmso.gov.uk/acts/acts2006/ukpga_20060017_en_1

Office of Public Sector Information. (kein Datum). *Scotland Act 1998 (c.46)*. Abgerufen am 14. September 2008 von http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1998/ukpga_19980046_en_1

Office of Public Sector Information. (kein Datum). *Statutory Instrument 1997 No. 2862*. Abgerufen am 14. September 2008 von <http://www.opsi.gov.uk/si/si1997/19972862.htm>

Office of Public Sector Information. (kein Datum). *Statutory Instrument 1997 No.319*. Abgerufen am 14. September 2008 von <http://www.opsi.gov.uk/si/si1997/19970319.htm>

Office of Public Sector Information. (kein Datum). *Statutory Instrument 1998 No. 648*. Abgerufen am 14. September 2008 von <http://www.opsi.gov.uk/si/si1998/19980648.htm>

Saunders, B. (22. November 2007). PFI and Helathcare in the UK. (D. Neunzehn, & C. Dr. Winter, Interviewer)

Statistisches Bundesamt. (2007). *Fachserie 12 Reihe 6.3 Gesundheitswesen Kostennachweis der Krankenhäuser*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt. (2007). *Fachserie 12 Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser (Kostenermittlung seit 2002 nach dem Bruttoprinzip)*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

The Scottish Government. (kein Datum). *The Scottish Government About*. Abgerufen am 14. September 2008 von <http://www.scotland.gov.uk/About/>

Universität Karlsruhe (TH) Facility Management. (2003). Opik - Optimierung und Analyse von Prozessen in Krankenhäusern. In K. Lennerts, U. Pfründer, & J. Abel.

**List of Working Papers of the Faculty of Economics and Business Administration,
Technische Universität Bergakademie Freiberg.**

2006

- 06/1 Michael Nippa, Jens Grigoleit, Corporate Governance ohne Vertrauen? Ökonomische Konsequenzen der Agency-Theorie, Januar.
- 06/2 Tobias Henning, Pamela Mueller, Michael Niese, Das Gründungsgeschehen in Dresden, Rostock und Karlsruhe: Eine Betrachtung des regionalen Gründungspotenzials, Januar.
- 06/3 Dorothea Schäfer, Dirk Schilder, Informed Capital in a Hostile Environment – The Case of Relational Investors in Germany, Januar.
- 06/4 Oleg Badunenko, Michael Fritsch, Andreas Stephan, Allocative Efficiency Measurement Revisited – Do We Really Need Input Prices? Januar.
- 06/5 Diana Grosse, Robert Ullmann, Enrico Weyh, Die Führung innovativer Teams unter Berücksichtigung rechtlicher und psychologischer Aspekte, März.
- 06/6 Silvia Rogler, Vergleichbarkeit von Gesamt- und Umsatzkostenverfahren – Auswirkungen auf die Jahresabschlussanalyse, März.
- 06/7 Michael Fritsch, Dirk Schilder, Does Venture Capital Investment Really Require Spatial Proximity? An Empirical Investigation, März.
- 06/8 Michael Fritsch, Viktor Slavtchev, Measuring the Efficiency of Regional Innovation Systems – An Empirical Assessment, März.
- 06/9 Michael Fritsch, Dirk Schilder, Is Venture Capital a Regional Business? The Role of Syndication, Mai.
- 06/10 Carsten Felden, Heiko Bock, André Gräning, Lana Molotowa, Jan Saat, Rebecca Schäfer, Bernhard Schneider, Jenny Steinborn, Jochen Voecks, Christopher Woerle, Evaluation von Algorithmen zur Textklassifikation, Mai.
- 06/11 Michael Fritsch, Michael Stützer, Die Geografie der Kreativen Klasse in Deutschland, Juni.
- 06/12 Dirk Schilder, Public Venture Capital in Germany – Task Force or Forced Task?, Juni.
- 06/13 Michael Fritsch, Pamela Müller, The Effect of New Business Formation on Regional Development over Time: The Case of Germany, Juli.
- 06/14 Tobias Henning, Holger Graf, Public Research in Regional Networks of Innovators: A Comparative Study of Four East-German Regions, August.
- 06/15 Michael Fritsch, Viktor Slavtchev, Universities and Innovation in Space, August.
- 06/16 Christiane Laumann, Could Languages of the same Language Families Reflect a Similar Culture?, August.
- 06/17 Francisco Caudillo Sanchez, Is Information and Communication Technology (ICT) the Right Strategy for Growth in Mexico?, November.

2007

- 07/1 Dieter Jacob, Conny Berger, Vorschläge für den Einstieg in einen umsatzsteuerlichen Refund bei PPP-Inhabermodellen, Januar.
- 07/2 Michael Nippa, Doreen Wienhold, Sascha Piezonka, Vom klassischen Produktgeschäft zum Lösungsgeschäft - Implikationen für eine Neugestaltung des Vergütungssystems im Vertrieb, Juni.
- 07/3 Dirk Schilder, Venture Capital Syndicate Networks - The Determinants of Interconnectedness, März.
- 07/4 Jürgen Brüggemann, Dieter Jacob (Hrsg.), Ökonomische Fragen des Flächenrecyclings – Entwurf Arbeitspapier des Arbeitskreises Flächenrecycling, Gesellschaft für Immobilienwirtschaftliche Forschung gif e.V., September.