



Fakultät für Wirtschaftswissenschaften  
Lehrstuhl für ABWL, speziell Baubetriebslehre  
Univ.-Prof. Dr.-Ing. Dipl.-Kfm. Dieter Jacob



# Umstrukturierung und Erweiterung bestehender Krankenhausstandorte mit Hilfe von Public Private Partnership

## Leitfaden



Dieser Leitfaden wurde auf der Grundlage des Forschungsprojektes „PPP-Krankenhäuser: Qualitative & quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken“ erstellt. Er spiegelt den Stand vom Januar 2009 wider.

Das Forschungsprojekt wurde mit Mitteln der Forschungsinitiative ZukunftBau des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung gefördert (Aktenzeichen: Z6 – 10.08.18.7-07.8 / II 2 – F20-07-21). Die Verantwortung für den Inhalt liegt beim Autor.

Mitglieder des Projektbeirates (in alphabetischer Reihenfolge):

Herr Gerhard Becher	ehemaliger Geschäftsführer der Bilfinger Berger Project Investments GmbH
Herr Thomas Burger/ Herr Jens Rauber	Prokurist der Medfacilities GmbH/ Medfacilities GmbH – Ein Unternehmen der Uniklinik Köln
Herr Siegfried Eichler	Geschäftsführer der VINCI Deutschland GmbH
Herr Dr. Klaus Goedereis/ Herr Tobias Krüer	Vorstand der St. Franziskus Stiftung Münster/ Geschäftsführer der FAC´T GmbH
Herr Dr. Frank Littwin	Direktor der ÖPP Deutschland AG
Herr Helge Pols	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
Herr Stefan Rein	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

#### **Kontakt:**

Dipl.-Kffr. Corinna **Hilbig**  
Corinna.Hilbig@bwl.tu-freiberg.de

Dr. Constanze **Stuhr**  
Constanze.Stuhr@bwl.tu-freiberg.de

#### **Korrespondenzadresse:**

Univ.-Prof. Dr.-Ing. Dipl.-Kfm. Dieter Jacob  
Technische Universität Bergakademie Freiberg  
Fakultät für Wirtschaftswissenschaften  
Lehrstuhl für ABWL, speziell Baubetriebslehre  
Lessingstraße 45

09596 Freiberg/Sachsen

Tel.: ++49 / 3731 / 39 40 81  
Fax: ++49 / 3731 / 39 40 92  
E-Mail: jacob@bwl.tu-freiberg.de  
<http://fak6.tu-freiberg.de/index.php?id=46>

## **Vorwort**

Der vorliegende Leitfaden wendet sich an Entscheidungsträger in Krankenhäusern. Er stellt einen Extrakt unserer Studie zur Umstrukturierung und Erweiterung bestehender Krankenhausstandorte mit Hilfe von PPP dar. Die Studie wurde vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung sowie Industriepartnern finanziell und ideell gefördert.

Den nachfolgenden Ausführungen stand in nicht unerheblichem Maße unser Nachbarland Frankreich Pate, wo seit 2004 mehr als 40 PPP-Projekte im Krankenhausbereich erfolgreich realisiert wurden. In Frankreich sind die institutionellen Rahmenbedingungen in Bezug auf die Krankenhauslandschaft, die vorhandene Bausubstanz, die Bau- und Hygienevorschriften, den Einfluss der Gewerkschaften, das Sozialversicherungssystem und die Einführung von Fallpauschalen mit Deutschland vergleichbar. Daher sollte PPP im Krankenhausbereich auf Basis dieser Erkenntnisse ohne größere Probleme auch in Deutschland funktionieren.

Wir hoffen, dass unser Leitfaden den entsprechenden Entscheidungsträgern eine wertvolle Hilfestellung bei der Realisierung von entsprechenden PPP-Projekten bietet.

# Umstrukturierung und Erweiterung bestehender Krankenhausstandorte mit Hilfe von PPP

## Inhaltsverzeichnis

1	Einführung.....	1
2	Typische Umstrukturierungen und Erweiterungen bei Kliniken .....	4
3	Typischer Dienstleistungsumfang und verbundene Hauptrisiken.....	5
4	Risikomatrix und Schnittstellengestaltung.....	7
5	Bevorzugte Organisationsmodelle und PPP-Vertragstypen.....	16
6	Neutralisiertes Praxisbeispiel .....	20
6.1	Projektbeschreibung und Projektorganisation .....	20
6.2	Vorläufige Wirtschaftlichkeitsuntersuchung .....	21
6.3	Erstellung des Raum- und Funktionsprogramms.....	21
6.4	Übertragene Dienstleistungen .....	23
6.5	Finanzierung und gegebenenfalls Garantien.....	24
6.6	Ablauf Vergabeverfahren.....	26
7	Fazit .....	29

## 1 Einführung

Die Definition des Leistungsumfanges für eine Umstrukturierung bzw. Erweiterung im Krankenhausbereich erfordert eine Vielzahl von Arbeitsschritten, deren Ergebnisse aufeinander aufbauen. Der erste Schritt beinhaltet eine tiefgreifende Ist-Analyse des Krankenhauses, in der die betriebliche und wirtschaftliche Situation der Klinik einschließlich der Außendarstellung betrachtet werden. Ausgehend von der gewählten Strategie und den damit verbundenen Zielen sind wiederum einzelne, operative Maßnahmen festzulegen. Zu diesen können neben Veränderungen der Abläufe im medizinischen Betrieb auch bauliche Veränderungen der Krankenhausimmobilie gehören. Jede angedachte operative Maßnahme ist mit ihren Vor- und Nachteilen abzuwägen und hinsichtlich ihres Zielerfüllungsgrades für die gewünschte Unternehmensstrategie zu bewerten.

Entsteht die Notwendigkeit für bauliche Veränderungen an der Krankenhausimmobilie, sollte die Wirtschaftlichkeit der gewünschten Baumaßnahme so gut wie möglich anhand des möglichen Optimierungspotentials bei den betrieblichen Prozessen prognostiziert werden. Es liegt dabei im Ermessen des Trägers der Einrichtung, ob neben quantitativen Faktoren auch qualitative Elemente bei der Bestimmung der **Maßnahmenwirtschaftlichkeit**<sup>1</sup> berücksichtigt werden. Im Allgemeinen kann durch die Veränderung der baulichen Zuordnung der Untersuchungs- und Behandlungsbereiche eine Verminderung der Transportwege und -zeiten für Patienten und Pflegepersonal bzw. eine Optimierung logistischer Abläufe erzielt werden, was eine Verminderung des Personalbedarfs und der damit verbundenen Kosten sowie möglicherweise eine bessere Auslastung der zur Verfügung stehenden ärztlichen Behandlungszeiten zur Folge hätte. Weiterhin kann eine räumliche Zusammenlegung von verschiedenen Untersuchungs- und Behandlungsstationen in eine zentrale Funktionseinheit eine Reduktion der zu bewirtschaftenden Fläche ermöglichen, wodurch sich die Kosten für den Gebäudebetrieb, einschließlich der Energiekosten, vermindern.

---

<sup>1</sup> Vgl. zum Folgenden Leitfaden „Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen bei PPP-Projekten“ vom September 2006. Der Leitfaden wurde erstellt unter Federführung des Landes Nordrhein-Westfalen durch die länderoffene Arbeitsgruppe zum Thema „Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen bei PPP-Projekten“ (im Auftrag der FMK) gemeinsam mit der Bundes-Arbeitsgruppe „Wirtschaftlichkeitsuntersuchung bei PPP-Projekten“.

Parallel zur Ermittlung der Maßnahmenwirtschaftlichkeit für die geplante operative Maßnahme – insbesondere die gewünschten Veränderungen im betrieblichen Ablauf und die damit verbundenen baulichen Änderungen – sollte anhand der dem Krankenhaus zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen entschieden werden, ob und in welchem Umfang bzw. Zeitraum die Maßnahme tatsächlich realisiert werden könnte. Schließlich kann diese nur umgesetzt werden, wenn ihre Finanzierung vollständig sichergestellt ist.

Wenn die Wirtschaftlichkeit der baulichen Maßnahme eindeutig und nachvollziehbar nachgewiesen wurde, kann in einem weiteren Arbeitsschritt über den wirtschaftlich optimalen Vollzug der Baumaßnahme (**Vollzugswirtschaftlichkeit**) entschieden werden. Grundsätzlich kann dies im Wege der klassischen Beschaffung erfolgen. Alternativ gibt es die Variante der Umsetzung der baulichen Veränderung in Form einer Vergabe an einen Generalunternehmer (GU) oder mittels Public Private Partnership (PPP). Abbildung 1 fasst diesen Prozess grafisch zusammen.

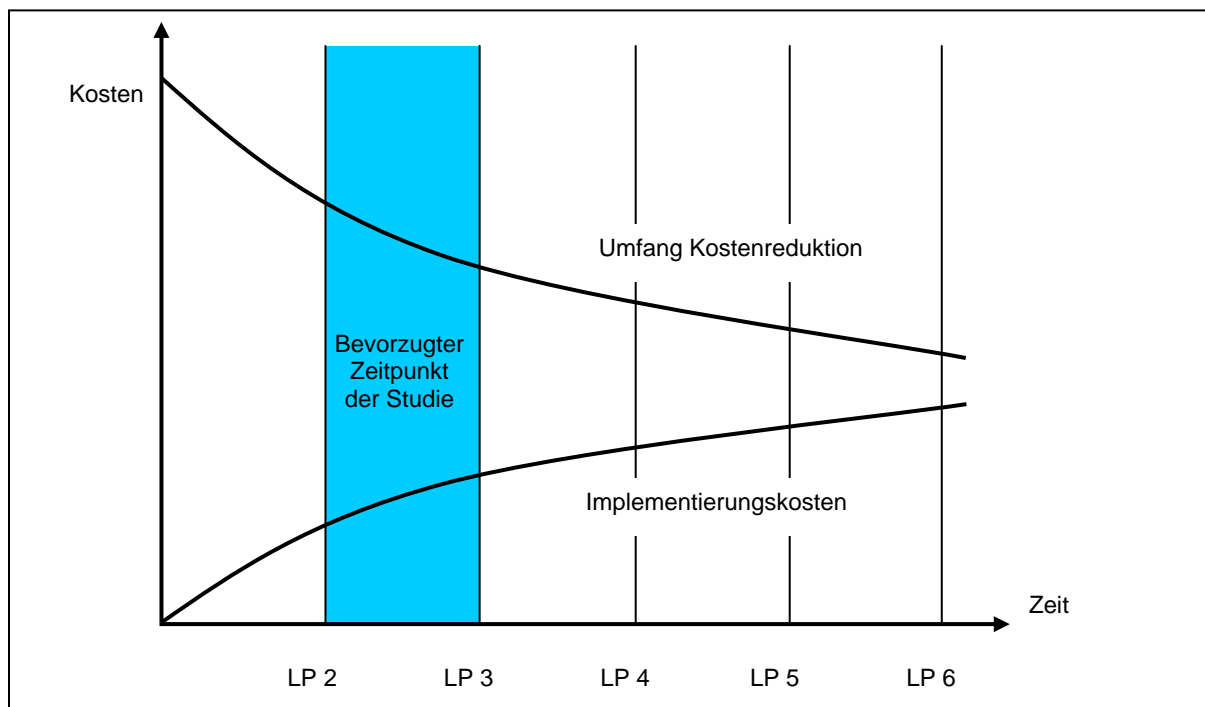


Abbildung 1: Bestimmung des Leistungsumfangs

Es bleibt festzuhalten, dass es sich bei der Frage nach der alternativen Realisierung einer baulichen Maßnahme im Rahmen eines PPP um einen Sachverhalt der Vollzugswirtschaftlichkeit und nicht um eine Prüfung der Maßnahme als solche handelt. Daher konzentriert sich der vorliegende Leitfaden ausschließlich auf die Vollzugswirtschaftlichkeit. Sofern eine Maßnahme feststeht bzw. die

Maßnahmenwirtschaftlichkeit gegeben ist, stellt PPP eine mögliche Variante für eine optimale Vollzugswirtschaftlichkeit dar.

Ein bedeutender Vorteil von PPP besteht in der **Optimierung der Lebenszykluskosten** des Projektes. Durch ein frühzeitig entwickeltes Facility-Management-Konzept können die Kosten für das Betreiben einer Immobilie erheblich reduziert werden. Aus Abbildung 2 geht hervor, dass der größte Einsparungseffekt am Anfang des Lebenszyklus zu erreichen ist und mit dem Fortschritt des Projektes immer weiter abnimmt.



**Abbildung 2: Einfluss der Leistungsphase (LP) auf die Kostenbeeinflussbarkeit**

Für den Start von PPP in Leistungsphase 2 bis 3 des § 15 der HOAI (deutsche Honorarordnung für Architekten und Ingenieure) sind eine klare Beschreibung des Leistungsumfangs und eine exakte Definition des dafür zur Verfügung stehenden Budgets notwendig. Weiterhin müssen eine projektbezogene Aufbau- und Ablauforganisation festgelegt werden.

Der Leitfaden betrachtet zunächst **typische Felder für Umstrukturierungen** und Erweiterungen bei Krankenhäusern. Anschließend wird dargestellt, welche **Dienstleistungen** auf Private übertragbar sind und welche **Hauptrisiken** damit einhergehen. Diese Hauptrisiken werden dann ausführlicher im Rahmen einer Risikomatrix aufgliedert. Anschließend wird auf die **optimale Schnittstellengestaltung** bei der Integration des PPP in den bestehenden Standort eingegangen. Der nächste

Punkt des Leitfadens beschäftigt sich mit **Organisationsmodellen** und **PPP-Vertragstypen**. Die Darstellung eines **Praxisbeispiels** rundet die vorangegangenen theoretischen Ausführungen ab. Im Fazit werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst.

## 2 Typische Umstrukturierungen und Erweiterungen bei Kliniken

Typische Anwendungsfälle für Umstrukturierungen und Erweiterungen bei Kliniken sind:

- Neues Bettenhaus mit medizinischen Fachbereichen (z. B. Intensivstation für Atemwegserkrankungen)
- Neues Logistikzentrum
- Neues OP-Zentrum
- Neue Energiezentrale

Während vor einigen Jahrzehnten Klinikstandorte zur Vermeidung des Ausbruchs von Seuchen dezentral in Pavillon-Strukturen angelegt und zergliedert wurden, gehen die Bestrebungen aufgrund des hohen Kostendrucks in der heutigen Zeit dahin, Funktionseinheiten an einem Standort zu bündeln. Bettenhäuser, Logistikzentren sowie OP's werden zusammengelegt und leistungsfähigere Energiezentralen benötigt. Immer häufiger werden auch Arztpraxen mit eingebunden und der reine OP-Bereich zum Untersuchungs- und Behandlungszentrum erweitert.

Bei der Einbindung des PPP in die bestehende Organisation und deren betriebliche Abläufe können u. a. folgende Schnittstellenprobleme entstehen:

- Bauliche Anbindung an vorhandene Gebäude (Anschlüsse)
- Brandschutz, Rettungswege, Katastrophenschutz, IT-Systeme
- Integration des Versorgungssystems in die bestehende Technische Gebäudeausrüstung (TGA)
- Einhaltung der Hygienevorschriften während der Umbau- bzw. Errichtungsphase, da der Krankenhausbetrieb in der Regel fortgesetzt wird



### 3 Typischer Dienstleistungsumfang und verbundene Hauptrisiken

#### Typischer Dienstleistungsumfang

Die betrieblichen Leistungen in Kliniken werden häufig in die drei Kategorien Primär-, Sekundär- und Tertiärleistungen eingeteilt. Primärleistungen wie zum Beispiel OP-Leistungen sind in der Regel durch einen direkten Kontakt zum Patienten gekennzeichnet. Sie werden daher typischerweise nicht an Private übertragen. Gebäudebezogene Betriebs- und Instandhaltungsleistungen eignen sich eher für eine Public Private Partnership. Die Übertragung konzentriert sich daher auf Sekundär- und Tertiärleistungen. Nachfolgend ist der typische Dienstleistungsumfang für diese beiden Bereiche dargestellt.

- 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, Dampferzeugung, 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.

### **Verbundene Hauptrisiken**

Aus der Übertragung von Dienstleistungen an Private resultieren drei wesentliche Risikobereiche:

- Ausfall der Anlagen und Medienzulieferung (z. B. Strom, Klimaanlage, Heizung, technische Gase wie Sauerstoff oder Stickstoff),
- Nichteinhaltung der Vorschriften und Erfordernisse zu Hygiene und Sterilisation sowie
- Nichtverfügbarkeit der Räumlichkeiten (z. B. OP´s).

Die Gewährleistung der dauernden Verfügbarkeit wird mit zunehmender technischer Ausstattung komplexer.

Die Einhaltung der Hygienevorschriften ist essentiell. Hierzu gehören u. a. Probleme mit Legionellen sowie Bakterien, Pilzsporen oder Viren in Lüftungsschächten.

Die Verfügbarkeit der Räume stellt für ein Krankenhaus ein weiteres wichtiges Kriterium dar. Bei den ausländischen PPP-Vorhaben werden die einzelnen Räume entsprechend ihrer Bedeutung für die im Krankenhaus ablaufenden Prozesse klassifiziert und die Bonus-/Malus-Systeme in Abhängigkeit davon gestaltet.

#### **4 Risikomatrix und Schnittstellengestaltung**

Grundsätzlich sollte die Risikoverteilung bei PPP-Projekten nach dem Prinzip der besten Risikomanagementkompetenz erfolgen. Die im vorigen Gliederungspunkt aufgeführten Hauptrisiken spiegeln sich in der nachfolgenden Risikomatrix wider. Diese enthält entsprechend der Lebenszyklusphasen eines PPP-Projektes Planungs- und Genehmigungsrisiken, Baurisiken, Leistungs- und Betriebskostenrisiken sowie Risiken der Instandhaltung und der Verwertung. Die Matrix wird um eine Einschätzung verschiedener PPP-Akteure ergänzt, ob das betreffende Risiko bei der öffentlichen Hand verbleiben, zwischen öffentlicher und privater Seite aufgeteilt oder von Seiten des Auftragnehmers (AN) getragen bzw. versichert werden sollte. Die befragten PPP-Akteure stammen aus Frankreich, da dort bereits umfangreiche Erfahrungen mit Krankenhaus-PPP vorliegen. Ergänzt wird die subjektive Meinung der Akteure um den allgemeinen Konsens in Frankreich bzw. die in der Mehrzahl der Projekte erfolgte Risikoverteilung.

Nicht betrachtet werden Risiken, die eindeutig dem Privaten zugeordnet werden können, da sie aus dem normalen Geschäftsbetrieb eines Bauunternehmens resultieren<sup>2</sup> oder aus seiner Verantwortlichkeit für die von ihm beauftragten Subunternehmer<sup>3</sup>. Auch bei Risiken, die auf schlichtes Versagen des Konstrukteurs zurückzuführen sind<sup>4</sup>, ist die Verteilung eindeutig. Dieser Kategorisierung entsprechend existieren auch Risiken, die allein darin begründet sind, dass der

---

<sup>2</sup> Fehler in der Planung, Kostenkalkulation, Bauausführung, Sicherheit der Baustelle, schlechte Bauleitung, Insolvenz der Baufirma, etc.

<sup>3</sup> Schlechte Koordination oder schlechte Leistung des Zulieferers, Insolvenz des Zulieferers.

<sup>4</sup> Versteckte Mängel, nicht erreichte Leistungsziele, Nichtverfügbarkeit bestimmter Teile des Objektes, vom Auftragnehmer begangene Fehler, die entweder die Intervention der Fremdkapitalgeber oder die Vertragskündigung nach sich zieht.

öffentliche Vertragspartner ein Krankenhaus ist und deshalb auch bei diesem verbleiben<sup>5</sup>.

Nachfolgend wird dargestellt, wie die Risiken im Regelfall zwischen den Parteien aufgeteilt werden.

Legende

<b>A</b>	Allgemeiner Konsens, allgemein übliche Verteilung
<b>B</b>	Öffentliche Hand
<b>C</b>	Bauunternehmen
<b>D</b>	Bank
<b>E</b>	Eigenkapitalinvestor

---

<sup>5</sup> Veränderung der Planung aufgrund der Umsetzung neuer gesetzlicher Regelungen, die speziell das Krankenhaus betreffen, neue, speziell das Krankenhaus betreffende Regelungen, Fehler bei der Dauer- und Kostenschätzung bezüglich des Transfers des Personals und der Patienten in die neuen Gebäude, Veränderung der Aktivitäten des Krankenhauses, unerwarteter medizinischer Fortschritt

## Planungs- und Genehmigungsrisiken:

	ö. H.	ge- teilt	privat	
			AN	Vers.
Fehler in der Planung oder mangelhafte Planung			A	
Entwicklung der Planung			A	
Veränderung der Spezifikationen durch das Krankenhaus	A			
Veränderung der Spezifikationen durch den Auftragnehmer			A	
Veränderung der Konzeption infolge der Umsetzung neuer gesetzlicher Regelungen, die speziell das Krankenhaus betreffen	A			
Veränderung der Planung aufgrund der Umsetzung einer neuen, allgemeinen Regelung			A	
Prognosefehler bezüglich des Erhalts der Baugenehmigung und anderer städtebaulicher Genehmigungen		E	B	
		C		
		D		
Nicht-Erhalt der Baugenehmigung		A		
Verspätete städtebauliche Genehmigungen	C	A		

Tabelle 1: Planungs- und Genehmigungsrisiken

Die Konsequenzen der Veränderung von Spezifikationen werden in der Regel von dem Partner getragen, der die Änderungen wünscht. Die genauen Änderungsmodalitäten werden im PPP-Vertrag geregelt.

In Frankreich ist das zum Zeitpunkt der Fertigstellung geltende Recht entscheidend. Daher wäre eine Übertragung des Baugenehmigungsrisikos auf den Privaten bis zur Übergabe nicht sinnvoll. Gleiches gilt für die Übertragung des Risikos von Modifikationen, die nicht den geltenden Baunormen entsprechen.

**Baurisiken:**

	ö. H.	ge- teilt	privat	
			AN	Vers.
Fehler in der Konstruktion oder mangelhafte Konstruktion			A	
Fehler bei der Einschätzung der Dauer der Arbeiten			A	
Bedingungen des Standortes und des Untergrundes		A	A	
Zustand des Bodens unter der bestehenden Einrichtung	E	C	B	
	C			
Archäologie	E	A		
	C			
Verzögerung beim Zugang zum Standort	E	A		
	C			
Sicherheit der Baustelle			A	A
An Dritten verursachte Schäden		E	A	A
Den Bauablauf verzögernde Vorfälle	E	C	A	
	C			
Höhere Gewalt		A		A
Gefahr der Auflösung des Vertrags infolge höherer Gewalt		A		A
Neue gesetzliche Regelungen, speziell für Krankenhaus	A			
Neue gesetzliche Regelungen, nicht speziell das Krankenhaus betreffend (allgemeine gesetzliche Regelungen)	C	C	A	
Veränderung der Steuerlast	C/D	C	A	
Versagen / Insolvenz des Planers			A	
Schlechte Bauleitung			A	
Streik		A	A	
Einspruch Dritter / von Verbänden	E	A		
Fehler in der Schätzung der Kosten und der Dauer des Transfers des Personals und der Patienten von den bestehenden in die neuen Gebäude	A			
Fehler bei der Schätzung der Kosten und der Dauer der Inbetriebnahme der Anlagen	C	E	A	

Tabelle 2: Baurisiken

Die Erstellung eines Baugrundgutachtens durch das Krankenhaus stellt im Allgemeinen die für die öffentliche Hand günstigste Alternative dar. Juristisch gesehen ist der Private zunächst verpflichtet, das Bodenrisiko zu übernehmen, sofern er bei der PPP-Vertragsform der Bauherr ist.

Die Verantwortung für Verzögerungen beim Zugang zum Standort sehen alle Privaten eindeutig bei der öffentlichen Seite, während diese für eine Teilung des Risikos plädiert.

Bei der Verteilung des Risikos für Schäden, die an Dritten verursacht wurden, ist eine genaue Klassifizierung der Ursachen vorzunehmen. Es ist beispielsweise zu differenzieren, ob es sich um einen Schaden handelt, der in der Projektrealisierung allein oder in der Art und Weise der Realisierung begründet liegt.

Das Auftreten von Zwischenfällen, die den Bauablauf verzögern, hängt in erster Linie vom Standort ab, weshalb die Risikoallokation projektspezifisch unter Berücksichtigung der äußeren Umstände erfolgen muss.

Bei Risiken höherer Gewalt plädieren beide Parteien sowohl in der Bau- als auch in der Betriebsphase eindeutig für eine Teilung bzw. eine Versicherung der Risiken.

Die Konsequenzen einer Änderung allgemeiner gesetzlicher Regelungen sind nach Ansicht von öffentlicher Hand und Fremdkapitalgebern von privater Seite zu tragen. Die Bauunternehmen dahingegen bestehen hier auf einer Teilung (Änderungen vor Erteilung der Baugenehmigung zu Lasten des Privaten, danach zu Lasten des Krankenhauses) bzw. sogar auf einer Übertragung des Risikos an die öffentliche Hand. In der Praxis wird dieses Risiko dennoch häufig auf den privaten Auftragnehmer übertragen.

Bezüglich einer Veränderung der Steuerlast ist zu unterscheiden, ob sich diese auf das Projekt oder auf die allgemeine Situation des Privaten bezieht. Auch wenn nur ersteres zutrifft, wird das Risiko in der Regel trotzdem auf den privaten Partner transferiert.

Im Streikfall muss zwischen Nationalstreiks und Personal- bzw. Lieferantenstreiks differenziert werden. Während das Risiko bei General- oder Nationalstreiks geteilt

wird, ist der Auftragnehmer sowohl für sein eigenes Personal als auch für das seiner Nachunternehmer oder Lieferanten verantwortlich.

Erheben Dritte Einwände bezüglich der Wahl des Standortes, so ist zu beachten, dass dieser in der Regel vom öffentlichen Partner vorgegeben wird, weshalb der Private zwar die Verantwortung für aus seinen Fehlern resultierende Einsprüche übernimmt, nicht aber für Einwände bezüglich der Wahl des Standortes.

### Leistungs- und Betriebskostenrisiken:

	ö. H.	ge- teilt	privat	
			AN	Vers.
Versteckte Mängel			A	
Spezifizierung der Dienstleistungen durch das Krankenhaus	A			
Schlechte Koordination oder schlechte Leistung der Zulieferer			A	
Insolvenz / Versagen des Auftragnehmers oder seiner Zulieferer			A	
Streiks des mit den Betriebsleistungen beauftragten Personals			A	
Nicht erreichte Leistungsziele			A	
Nicht verfügbare Teile des Objektes			A	
Höhere Gewalt		A		
Auflösung des Vertrags in Folge höherer Gewalt		A		
Neue, speziell das Krankenhaus betreffende Regelungen	A			
Neue, nicht speziell das Krankenhaus betreffende Regelungen		A		
Fehler in der Kostenkalkulation der Instandhaltung			A	
Schlechtes Dienstleistungsmanagement: Verursachung von Ansteckungen unter den Patienten		A	A	

Tabelle 3: Leistungs- und Betriebskostenrisiken

Im Falle der Einführung neuer, allgemeiner Regelungen empfiehlt die öffentliche Hand in der Betriebsphase – anders als in der Bauphase – diese Risiken zu teilen, was auch der gängigen Praxis entspricht.



Begeht das dem Auftragnehmer zuzuordnende Personal einen Fehler, der einen direkten Einfluss auf die Gesundheit eines Patienten hat, so kann dieser Schadensersatz gegenüber dem Krankenhaus fordern. In jedem Fall bleibt die Beziehung zum Patienten in der Verantwortung des Krankenhauses, allerdings kann dieses im Falle eines schuldhaften Verhaltens des Auftragnehmers entsprechende Forderungen gegen diesen erheben.

### Vergütungsrisiken:

	ö. H.	ge- teilt	privat	
			AN	Vers.
Bedeutende Veränderung der Aktivitäten des Krankenhauses (quantitativ oder qualitativ)	A			
Plötzliche und unerwartete Erhöhung der Aktivitäten des Krankenhauses	A	B		
Ungeplanter medizintechnischer Fortschritt	A			
Fehler in der Kalkulation der durch kommerzielle Dienstleistungen generierten Einnahmen	C	D	A	

Tabelle 4: Vergütungsrisiken

Während die privaten Vertragspartner die Verantwortung im Falle einer plötzlichen und unerwarteten Erhöhung der Aktivitäten des Krankenhauses bei eben diesem belassen möchten, ist die öffentliche Hand der Meinung, dass der Auftragnehmer im Rahmen der ihm übertragenen Leistungen in der Lage sein muss, auf einen vorübergehenden Anstieg der Aktivität reagieren zu können. In der Praxis verbleibt dieses Risiko in Frankreich allerdings bei der öffentlichen Hand.

Das Risiko einer Fehlkalkulation der Einnahmen aus kommerziellen Dienstleistungen sehen Baufirmen und öffentliche Hand realistisch beim Privaten, während die Banken hier für eine Risikoteilung plädieren, was aber dem Gedanken des optimalen Risikotransfers widersprechen würde.

### Vertragskündigungsrisiken:

	ö. H.	ge- teilt	privat	
			AN	Vers.
Kündigung wegen Fehler des Krankenhauses	A			
Vom Auftragnehmer begangener Fehler, der eine Intervention seiner Fremdkapitalgeber nach sich zieht			A	
Kündigung wegen Fehler des Auftragnehmers			A	
Rückkauf/Kündigung aus allgemeinem Interesse	A			

Tabelle 5: Vertragskündigungsrisiken

Bei den Vertragskündigungsrisiken ist die Risikozuteilung einstimmig und eindeutig. Bei einer Kündigung aus Motiven des allgemeinen Interesses muss der Auftragnehmer entsprechend entschädigt werden.

### Risiko des technischen Fortschritts:

	ö. H.	ge- teilt	privat	
			AN	Vers.
Technischer Fortschritt und veraltete Geräte	C	D E	B	
Technischer Fortschritt und Änderung technischer Spezifikationen	C	A		

Tabelle 6: Risiko des technischen Fortschritts

Zu den komplexesten Punkten der Risikomatrix gehören technischer Fortschritt und Risiken, die aus einer Überalterung der Geräte und Einrichtungen resultieren können. Die Bauunternehmen sind einstimmig dagegen, diese Risiken zu übernehmen, während die öffentliche Hand zumindest bezüglich veralteter Geräte die Gegenposition einnimmt. In der Praxis werden beide Risiken geteilt. Darüber hinaus wird zwischen Materialien bzw. Geräten, die in der Struktur des Gebäudes verankert sind und damit in den Verantwortungsbereich des privaten Vertragspartners fallen, und medizinischen Geräten, deren Aufrüstung dem Krankenhaus obliegt, differenziert.

## Restwertrisiken:

	ö. H.	ge- teilt	privat	
			AN	Vers.
Rückgabe der Güter an das Krankenhaus zum Vertragsende	B		A	

Tabelle 7: Restwertrisiken

Das Risiko über den Objektzustand zum Vertragsende sollte durch eine Vertragsklausel geregelt werden (Endschaftsregelung).

Auch wenn die Zuweisung vieler Risiken eindeutig scheint, so ist doch bei jedem Projekt erneut zu überprüfen, ob das Risiko auch tatsächlich an die Vertragspartei übertragen wird, die es am besten und am kostengünstigsten managen kann. Darüber hinaus gestaltet sich die finanzielle Quantifizierung nach wie vor schwierig, da für den Krankenhausbereich in Deutschland noch keine Kennzahlen vorliegen. In Kapitel 6 des Endberichts „PPP-Krankenhäuser: Qualitative & quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken“ wird auf die Thematik der Risikobewertung näher eingegangen (siehe unter [http://fak6.tu-freiberg.de/fileadmin/Baubetriebslehre/inhalte/publikationen/Endbericht\\_PPP\\_KKH.pdf](http://fak6.tu-freiberg.de/fileadmin/Baubetriebslehre/inhalte/publikationen/Endbericht_PPP_KKH.pdf)).

## Schnittstellengestaltung

Eine optimale Gestaltung der Schnittstellen sollte Insellösungen (z. B. parallele TGA) vermeiden. Grundsätzlich sind klare und einfache Regelungen zu bevorzugen. Bei einem Bettenhaus oder einem Logistikzentrum könnte die Schnittstellengestaltung beispielsweise aus ausländischen Erfahrungen wie folgt gestaltet werden:

- Detaillierte Vereinbarungen bezüglich der Einbindung des Projektes in bestehende IT-, Brandschutz- und Versorgungssysteme
- Benennung technischer Referenten zur Schnittstellenregelung und -überwachung
- Risiko der baulichen Schnittstellen zwischen altem und neuem Gebäude liegt beim privaten Auftragnehmer
- Risiko der Integration bereits vorhandener medizinischer Geräte liegt ebenfalls beim privaten Auftragnehmer

- Feste Einbauten und Einrichtungsgegenstände fallen in den Verantwortungsbereich des Privaten

Bei einer Energiezentrale wäre folgende Schnittstellengestaltung denkbar:

- Die Verantwortung für das Verteilernetz sowie für die Anschlüsse an die Gebäude liegt beim privaten PPP-Auftragnehmer. Die Verteilung innerhalb der bestehenden Gebäude fällt in den Aufgabenbereich des Krankenhauses.
- Der Private hat darüber hinaus die Möglichkeit, überschüssige Energie in Rücksprache mit dem Krankenhaus extern an Dritte zu verkaufen. Wird am Krankenhausstandort ein weiteres Gebäude errichtet, ist er dazu verpflichtet, dieses in das Versorgungssystem einzubinden.

## 5 Bevorzugte Organisationsmodelle und PPP-Vertragstypen

PPP für Krankenhäuser ist insbesondere dann in Betracht zu ziehen, wenn die Maßnahme dringlich und komplex ist, es keine Vorbehalte seitens Politik und Verwaltung gibt und noch ausreichende Freiheitsgrade für Innovationen gegeben sind. Dies zeigen die Erfahrungen aus Frankreich.

Wird eine Einbeziehung von PPP als alternative Beschaffungsvariante ins Kalkül gezogen, sind umfassende **Vorarbeiten des Maßnahmenträgers** erforderlich.

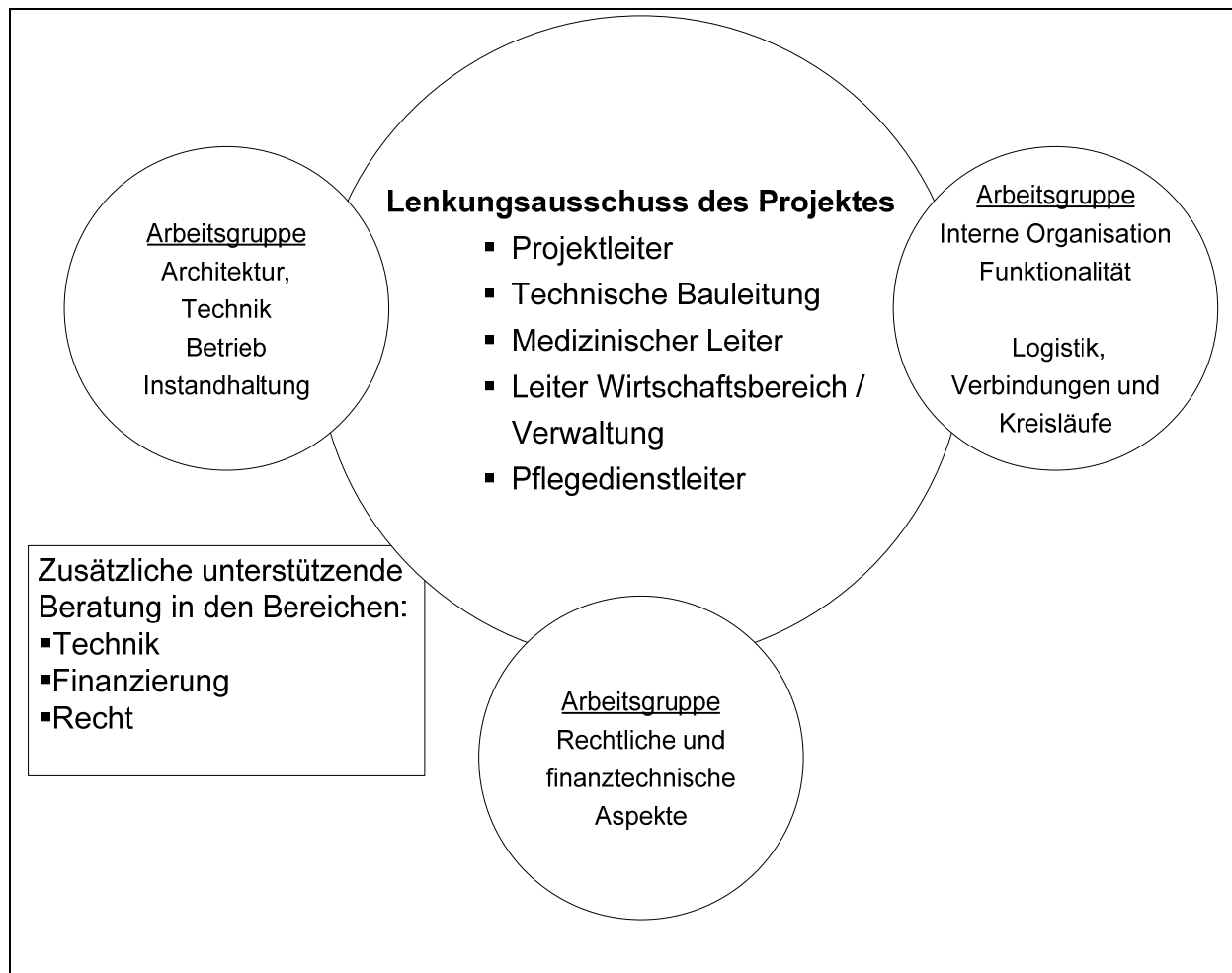
Zunächst müssen die Wirtschaftlichkeit der Maßnahme sowie die grundsätzliche Eignung des Projektes zur Realisierung als PPP festgestellt werden.<sup>6</sup> Eine vorläufige Wirtschaftlichkeitsuntersuchung soll Aufschluss darüber geben, „ob und in welcher Variante PPP im Vergleich zur konventionellen Realisierung wirtschaftlich sinnvoll sein kann“.<sup>7</sup> In Deutschland darf mit der PPP-Ausschreibung erst begonnen werden, wenn die Vorteilhaftigkeit von PPP indiziert wurde und ein entsprechendes Budget zur Realisierung der Maßnahme vorhanden ist.

Anschließend ist die projektbezogene Aufbau- und Ablauforganisation einschließlich Projektleitung festzulegen. Hierbei ist besonderes Augenmerk auf die Ausstattung der Projektleitung mit umfassenden Vollmachten zu richten, um die

<sup>6</sup> Vgl. Leitfaden „Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen bei PPP-Projekten“ vom September 2006, S. 11 f.

<sup>7</sup> Vgl. ebenda, S. 28.

Entscheidungsfähigkeit und die Durchsetzbarkeit von Entscheidungen sicherstellen zu können. Die Projektgruppe sollte interdisziplinär zusammengesetzt sein. Die nachfolgende Abbildung stellt exemplarisch die Struktur einer solchen Projektgruppe dar. Das betreffende PPP-Projekt beinhaltet die Umstrukturierung eines Bettenhauses am bestehenden Standort. Der Lenkungsausschuss, der die Entscheidungskompetenz inne hat, wird von drei Arbeitsgruppen und externen Beratern unterstützt.



**Abbildung 3: Beispiel für eine interne Projektsteuerung**

Nachdem ein Terminplan für das gesamte Projekt und die zeitliche Phase des Vergabeverfahrens erstellt wurde, ist ein abgestimmtes Raum- und Funktionsprogramm einschließlich der Darlegung der Schnittstellengestaltung aufzustellen. Weiterhin sind die zu übertragenden Dienstleistungen festzulegen (vgl. Punkt 3), und es ist eine erste Vorstellung über die Risikoverteilung zu entwickeln (vgl. Punkt 4). Schließlich ist ebenfalls eine Vorauswahl über das in Frage kommende PPP-Vertragsmodell zu treffen. In den meisten Fällen wird es sich dabei

um das PPP-Inhabermodell handeln.<sup>8</sup> Dieses Modell ist dadurch gekennzeichnet, dass der private Auftragnehmer Planung, Bau, Finanzierung, Betrieb und Instandhaltung einer neu zu errichtenden oder zu sanierenden Immobilie übernimmt. Das rechtliche und wirtschaftliche Eigentum an Grund und Boden sowie Gebäuden bleibt beim Krankenhaus. Die Laufzeit des zwischen dem öffentlichen Krankenhaus und der privaten Seite geschlossenen PPP-Vertrages beträgt in der Regel 20 bis 30 Jahre. Das Krankenhaus zahlt ein regelmäßiges, bei Vertragsabschluss vereinbartes Entgelt an den privaten Auftragnehmer. Mit diesem Entgelt sind die Kosten für Planung, Bau, Finanzierung und Betrieb sowie Wagnis und Gewinn abgedeckt.

Als **Vergabeverfahren** kommt vorzugsweise das zweistufige Verhandlungsverfahren in Betracht.<sup>9</sup> Es läuft in nachfolgenden Schritten ab:

- Erstellen der Ausschreibungsunterlagen
- Europaweite Bekanntmachung und Ausschreibung
- Eingang der Teilnahmeanträge
- Auswertung der Teilnahmeanträge
- Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes
- Angebotserstellung
- Angebotsauswertung
- Aufforderung zur 2. Angebotsabgabe
- Eingang der 2. Angebote
- Prüfung und Auswertung der 2. Angebote
- Verhandlungen mit ggf. 2 Bietern, bis ein bevorzugter Bieter feststeht
- Bieterinformation
- Zuschlag und Vertragsabschluss

---

<sup>8</sup> Vgl. Kapitel 3 „Vertragsgestaltung“ von Hoppenberg/Dinkhoff/Schäller, in: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung/Deutscher Sparkassen- und Giroverband (Hrsg.), PPP-Handbuch – Leitfaden für Öffentlich-Private-Partnerschaften, Bad Homburg 2008, S. 53-129, insbesondere S. 63 sowie Kapitel „Vertragsgestaltung bei ÖPP-Projekten im Hochbau“ von Berger, in: Jacob/Ring/Wolf (Hrsg.), Freiberger Handbuch zum Baurecht, 3. Auflage, Köln/Stuttgart 2008, § 17, S. 841-855, insbesondere S. 844.

<sup>9</sup> Vgl. Kapitel 6 „Auftragsvergabe“ von Pols/Scherer-Leydecker, in: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung/Deutscher Sparkassen- und Giroverband (Hrsg.), a.a.O., S. 205-248.

Die Dauer des Verhandlungsverfahrens beträgt erfahrungsgemäß mindestens 12 Monate. Für klar definierte und bereits durchgeplante Projekte kommt auch das Offene Verfahren in Betracht.

Eine wichtige Rolle spielt das Thema **Förderrecht**. Die Vorschriften für die Krankenhausförderung sind bundeseinheitlich im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelt. Grundsätzlich ist anzumerken, dass der Bund lediglich den gesetzlichen Rahmen setzt. Die Finanzierung der Investitionen ist allein Sache der Bundesländer. Auf Landesebene wird den Zuwendungen durch die jeweiligen Landeshaushaltsordnungen und Verwaltungsvorschriften ein rechtlicher Rahmen gegeben. Um die Förderfähigkeit von Krankenhaus-PPP zu erleichtern, haben die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Hessen die jeweiligen Krankenhausgesetze geändert. Nordrhein-Westfalen hat eine Baupauschale eingeführt. Das Land Hessen hat die Förderung von PPP und anderen alternativen Finanzierungsformen im Gesetz verankert.<sup>10</sup>

Zudem ist die **Finanzierbarkeit** zu berücksichtigen. Kommunale Krankenhäuser werden häufig als gemeinnützige GmbH's (gGmbH) geführt. Das bedeutet, dass sie einem Insolvenzrisiko ausgesetzt sind, zumal der öffentliche Träger keine Verpflichtung hat, das Krankenhaus im Insolvenzfall mit zusätzlichen finanziellen Mitteln auszustatten. Daher besteht eine Grundvoraussetzung für die PPP-Finanzierung darin, dass die öffentliche Hand während der Laufzeit des PPP-Vertrages eine Garantie- oder Patronatserklärung zum Bestandserhalt des Krankenhauses abgibt.

---

<sup>10</sup> Vgl. zum Thema Förderrecht Kapitel 5 „Fördermittel“ von Jacob/Kronsbein/Neunzehn, in: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung/Deutscher Sparkassen- und Giroverband (Hrsg.), a.a.O., S. 177-204, insbesondere S. 182-186.

## 6 Neutralisiertes Praxisbeispiel

### 6.1 Projektbeschreibung und Projektorganisation

Im Praxisbeispiel wird an dieser Stelle der Fall eines französischen Universitätsklinikums (1.600 Betten) dargestellt, dessen Leitung sich Anfang des Jahres 2004 für die Durchführung eines PPP-Projektes zur Errichtung eines neuen Gebäudes für Mütter, Kinder und Hämatologie entschied. Planung, Bau, Instandhaltung, teilweiser Betrieb und Finanzierung sollten über eine Laufzeit von 25 Jahren ab Inbetriebnahme an einen privaten Partner übertragen werden, der das Projekt mit Investitionskosten von ca. 80 Mio. EUR (ohne Steuern) realisieren sollte.

Hintergrund der Maßnahme war die Reduzierung der bisher vier Standorte auf zwei und die geplante Zentralisierung sämtlicher Aktivitäten der Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und vor allem der Operationsbereiche auf einen Standort.

Zur Realisierung des Projektes mit 345 Betten und einer Fläche von 35.000 m<sup>2</sup> entschied sich die Leitung des Universitätsklinikums für die Umsetzung als Public Private Partnership – Projekt. Die Gründe lagen in den zeitlichen Vorteilen der PPP-Variante bei Planung und Bau sowie der Schonung eigener personeller Ressourcen und der Effizienzgewinne durch Nutzung des fachspezifischen Know-Hows eines privaten Anbieters.

Das neue Gebäude für Frauen-Kinder-Hämatologie sollte die folgenden medizinischen Fachbereiche aufnehmen:

- Entbindung und Gynäkologie
- Neonatologie, postnatale Intensivstation und Reanimation
- Medizinische und chirurgische Pädiatrie, pädiatrische Reanimation, Notaufnahme Pädiatrie
- Operationsbereich
- Pädiatrische und Erwachsenen-Hämatologie, sterile Einheit Hämatologie

Zusätzlich wurden die folgenden Einrichtungen gefordert:

- Helikopterstation auf dem Dach



- Ausbildungsräume, Hörsaal und Eingangshalle mit Einzelhandelsflächen für den gesamten Komplex
- Angehörigenhotel mit 100 Betten

Zur effizienten Projektdurchführung wurde im Universitätsklinikum eine Projektgruppe, bestehend aus dem Projektleiter, dem Krankenhausdirektor und seinem Stellvertreter, dem Präsidenten der Medizinischen Kommission der Einrichtung als Vertreter der Ärzteschaft, dem Finanzdirektor und einer juristischen Vertreterin des Krankenhauses gegründet, die über alle Vorplanungs- und Projektphasen bestehen blieb. Der Projektleiter war als personelle Schnittstelle zugleich Ansprechpartner für die Bietergemeinschaften bzw. später für die Projektgesellschaft und auch für das Krankenhaus.

Zu Beginn des Projektes entschied sich die Projektgruppe zur Einbindung externer Berater in den Bereichen Recht, Finanzierung und Technik. Die rechtlichen Berater spielten eine wichtige Rolle. Sie leisteten beispielsweise bei der Entscheidung zur Durchführung der Maßnahme als PPP und der Auswahl der Bieter Unterstützung. Der technische Berater war für die Erstellung des Funktionsprogramms verantwortlich und wurde zur Analyse der finalen Angebote hinzugezogen.

## **6.2 Vorläufige Wirtschaftlichkeitsuntersuchung**

In Frankreich ist die Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsrechnung erst seit Ende 2006 verpflichtend und üblich. In den ersten Jahren von PPP war zum Beweis der Wirtschaftlichkeit die Erfüllung der Kriterien der Komplexität und der Dringlichkeit ausreichend. Im Praxisbeispiel wies das Universitätsklinikum die Komplexität des Projektes in einer Studie nach.

In Deutschland stellt die vorläufige Wirtschaftlichkeitsuntersuchung eine wichtige Vorbereitungsmaßnahme vor der Ausschreibung eines PPP-Projektes dar (vgl. Punkt 5).

## **6.3 Erstellung des Raum- und Funktionsprogramms**

Im Anschluss an die Entscheidung zur Durchführung der Maßnahme als PPP beauftragte die Universität einen technischen Berater mit der Erstellung des output-orientierten Funktionsprogramms. Im Raumprogramm sind typischerweise die erfor-

derlichen Räume, Nebenräume, Verkehrswege, Räume für die technische Ver- und Entsorgung, Lagerflächen usw. mit den erforderlichen Raumgrößen aufgelistet. Im dazugehörigen Funktionsprogramm sind unter anderem die Lage der Räume untereinander, die Erreichbarkeit von außen, notwendige Raumhöhen, Türbreiten und -höhen und die Lage hinsichtlich der Erreichbarkeit durch Aufzüge definiert. Vervollständigt wird das Raum- und Funktionsprogramm durch ein technisches Raumbuch, welches Mindestforderungen bezüglich Klimatisierung, Schalldämmung, Beleuchtung, Luftwechselzahl etc. und Ausstattung mit technischen Einrichtungen (z. B. Telekommunikation, Informationstechnologie, Medienversorgung, Gebäudeleittechnik) beinhaltet.

### **Raumbuch und Schnittstellengestaltung**

Eine der wenigen zwingenden Vorgaben dieses Funktionsprogramms war die Einrichtung der OP-Säle im dritten Stock, die dann durch eine Galerie mit dem OP-Bereich im benachbarten Hochhaus verbunden werden sollten. Bei den auf den verschiedenen Ebenen des Gebäudes vorgesehenen Verbindungsgalerien zum Hochhaus zählte die Erstellung des Übergangs zum Aufgabenbereich des Privaten, der Anschluss an das bestehende Hochhaus erfolgte aber durch das Universitätsklinikum, die Außenfassade des alten Gebäudes stellt die bauliche Schnittstelle dar.

Alle Gegenstände, die in der Struktur des Gebäudes fixiert sind, werden als zur Immobilie gehörend angesehen und die Verantwortung für die Instandhaltung entsprechend an den privaten Partner übertragen.

Die im Gebäude liegenden Leitungen und die Anschlüsse sowohl an bestehende Leitungen als auch an medizinische Ausgabegeräte im neuen Gebäude fallen in den Verantwortungsbereich des Privaten. Auf Grund der Vorgaben der Hygienerichtlinien und zur Vermeidung von Infektionen durfte der Abstand zwischen Hauptversorgungsrohr und Ausgabemedium beispielsweise nicht mehr als drei Meter betragen.

### **Risikoverteilung**

Die Risiken wurden entsprechend des Prinzips der besten Risikomanagementkompetenz zwischen dem Privaten und dem Universitätsklinikum aufgeteilt. Da das neue Gebäude auf dem Gebiet des Universitätsklinikums zu errichten war, wurden Risiken vorhandener Bodenverschmutzung und Kontamination sowie das Risiko

archäologischer Funde vom Universitätsklinikum getragen. Das auf Mängel im Gebäude gründende Risiko von Infektionen oder Erkrankungen wurde auf den privaten Partner übertragen. Zusätzlich sah sich dieser mit dem aus dem Betrieb des Patientenhotels, der Cafeteria und der Einzelhandelsflächen resultierenden Einnahmerisikos konfrontiert, das durch eine Vergabe an spezialisierte Nachunternehmer in den jeweiligen Bereichen minimiert werden konnte.

Zur Risikobewertung siehe Kapitel 6 im Endbericht „PPP-Krankenhäuser: Qualitative & quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken“ unter [http://fak6.tu-freiberg.de/fileadmin/Baubetriebslehre/inhalte/publikationen/Endbericht\\_PPP\\_KKH.pdf](http://fak6.tu-freiberg.de/fileadmin/Baubetriebslehre/inhalte/publikationen/Endbericht_PPP_KKH.pdf)).

#### 6.4 Übertragene Dienstleistungen

Im Rahmen des Projektes wurden dem privaten Partner umfangreiche Leistungen in Bezug auf Instandhaltung und Instandsetzung des neuen Gebäudekomplexes sowie viele gebäudebezogene Betriebsdienstleistungen und kommerzielle Dienstleistungen übertragen (vgl. Tabelle 8).

Dienstleistungskategorie	Übertragene Dienstleistungen
Instandhaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelmäßige technische Kontrollen und Wasseranalysen</li> <li>- Wartung, Instandhaltung und Erneuerung des Gebäudes, der technischen Gebäudeausstattung und der Außenanlagen</li> </ul>
Instandsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebäude, technische Gebäudeausstattung und Außenanlagen</li> </ul>
Gebäudebezogene Betriebsdienstleistungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wärme- und Kälteversorgung</li> <li>- Reinigung der Außenfenster und der Glasfassade</li> <li>- Reinigung der allgemeinen Flächen und der Verwaltungsbüros</li> <li>- Sicherheit, Gebäudeüberwachung</li> <li>- Brandschutz</li> </ul>
Kommerzielle Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angehörigenhotel</li> <li>- Cafeteria</li> <li>- Zeitungskiosk, Fotogeschäft, Frisör</li> <li>- Patiententelefon und TV</li> </ul>

**Tabelle 8: Übertragene Dienstleistungen**

Das Energiemanagement wurde teilweise an den Privaten übertragen. Der Neubau wird über eine eigene Heizzentrale und Warmwasserversorgung verfügen, während

Kaltwasser, Gas und Strom vom Universitätsklinikum gegen eine verbrauchsorientierte Abrechnung geliefert werden. Die Verantwortung für den Brandschutz wurde ebenfalls an den Privaten transferiert, da das neue Gebäude in eine andere Brandschutzklasse fällt als das bestehende Hochhaus. Von der ursprünglich vorgesehenen Übertragung des Abfallmanagements an den Privaten wurde im Verlauf der Bieterverhandlungen Abstand genommen.

## **6.5 Finanzierung und gegebenenfalls Garantien**

### **Finanzierungsstruktur**

Das Finanzierungskonzept des Projektes basiert darauf, dass 80 % der langfristig zu finanzierenden Investitionskosten vom Auftraggeber nach Baufertigstellung einredefrei gegenüber der finanzierenden Bank gestellt wurden. Komplettiert wurde die Finanzierung durch eine Projektfinanzierung, in die auch Eigenkapital der Projektgesellschaft einfließt. Der Vorteil der Projektfinanzierung liegt u. a. in der Nutzung der Vorteile der von der finanzierenden Bank durchgeführten Due Diligence, die eine genaue Analyse des Projektes, der technischen Details und aller Vertragsstrukturen umfasste. Der Eigenkapitalanteil stellt eine Sicherheit sowohl für das Universitätsklinikum als auch für die Fremdkapitalgeber dar.

Unterstützt wurde das Projekt darüber hinaus durch den Investitionsplan „Hôpital 2007“, einer Bezuschussung der Entgeltzahlungen durch Fördermittel über die gesamte Vertragslaufzeit.

In der fortgeschrittenen Betriebsphase können Refinanzierungsgewinne durch eine Umstrukturierung des Fremdkapitals oder der Eigenkapitalanteile in der Projektgesellschaft erzielt werden. Diese werden dann entsprechend der getroffenen vertraglichen Regelungen zwischen Universitätsklinikum und privatem Partner aufgeteilt.

### **Gestaltung der Entgelte**

Das an den Privaten zu zahlende Entgelt setzt sich zusammen aus einem Anteil zur Rückzahlung der langfristig zu finanzierenden Investitionskosten, einem Anteil Vergütung für Instandhaltung, Instandsetzung und Erneuerung und einem Anteil Vergütung für Betriebsleistungen abzüglich des Pachtzinses für kommerzielle Dienstleistungen. Die Zahlungen zur Tilgung der langfristig zu finanzierenden

Investitionskosten beginnen mit der Übergabe des Gebäudes, die Instandhaltungs- bzw. Betriebsvergütung wird erst ab Inbetriebnahme fällig.

Die Vergütungen für Instandhaltung, Instandsetzung und Erneuerung sowie Betriebsdienstleistungen werden jährlich mittels einer Wertsicherungsklausel angepasst. In Deutschland erfolgt die Wertsicherung der Verträge im Regelfall jährlich auf der Grundlage der Indikatoren des Statistischen Bundesamtes.

Die vom Privaten zu betreibende Cafeteria garantiert dem Krankenhaus einen jährlichen Pachtzins von mindestens 150.000 EUR (netto), bei Überschreitung gewisser Umsatzgrenzen wird das Krankenhaus zusätzlich prozentual beteiligt.

Für große Erneuerung und Modernisierung wird ein Treuhandkonto eingerichtet, welches im Rahmen der regelmäßigen Entgeltzahlung dotiert wird. Das Universitätsklinikum erhält das Recht auf Kontoeinsicht. Bei einer vorzeitigen Vertragsauflösung steht dem Klinikum das Guthaben zu.

### **Bonus-Malus-Systeme**

Die Leistungsbewertung erfolgt anhand der Verfügbarkeit bzw. der Dauer der Nichtverfügbarkeit der Räume, welche entsprechend ihrer Bedeutung für den Krankenhausbetrieb in vier Stufen klassifiziert wurden (Anforderungen an Verfügbarkeit: OP's 100 %, Geburtssäle 99,7 %). Aus der resultierenden Matrix werden Fristen zur Behebung abgeleitet. Bei Überschreitung dieser Frist kommt eine entsprechend erstellte Strafenmatrix zur Anwendung, wobei nur die Entgelte für Instandhaltung und Betrieb im Rahmen des Malus-Systems gemindert werden können. Weitere Einsparungen beim Energieverbrauch gegenüber der vertraglich festgelegten Sollmenge werden zwischen dem Privaten und dem Universitätsklinikum aufgeteilt.

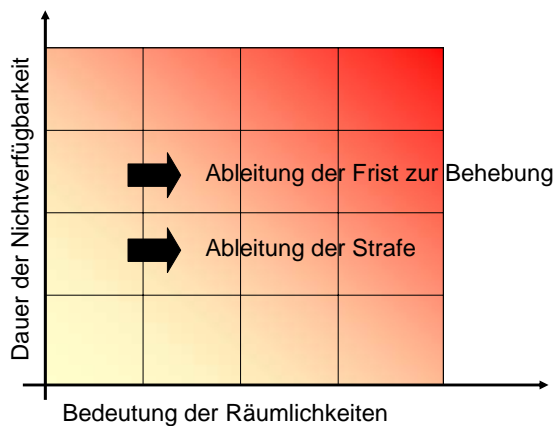


Abbildung 4: Generelle Strafenmatrix

### Ggf. Garantien der öffentlichen Träger während der Vertragslaufzeit zum Bestandserhalt

In Frankreich wird die Zahlungsfähigkeit des Krankenhauses als öffentliche Gesundheitseinrichtung durch den Staat garantiert. In Deutschland dahingegen können als gemeinnützige GmbH's geführte Krankenhäuser in Insolvenz fallen. Sie benötigen daher für das Projekt ebenfalls eine Absicherung durch den öffentlichen Träger, um die Finanzierungsfähigkeit sicherzustellen (vgl. Punkt 5).

### 6.6 Ablauf Vergabeverfahren

Der zeitliche Ablauf des Vergabeverfahrens stellt sich wie folgt dar:

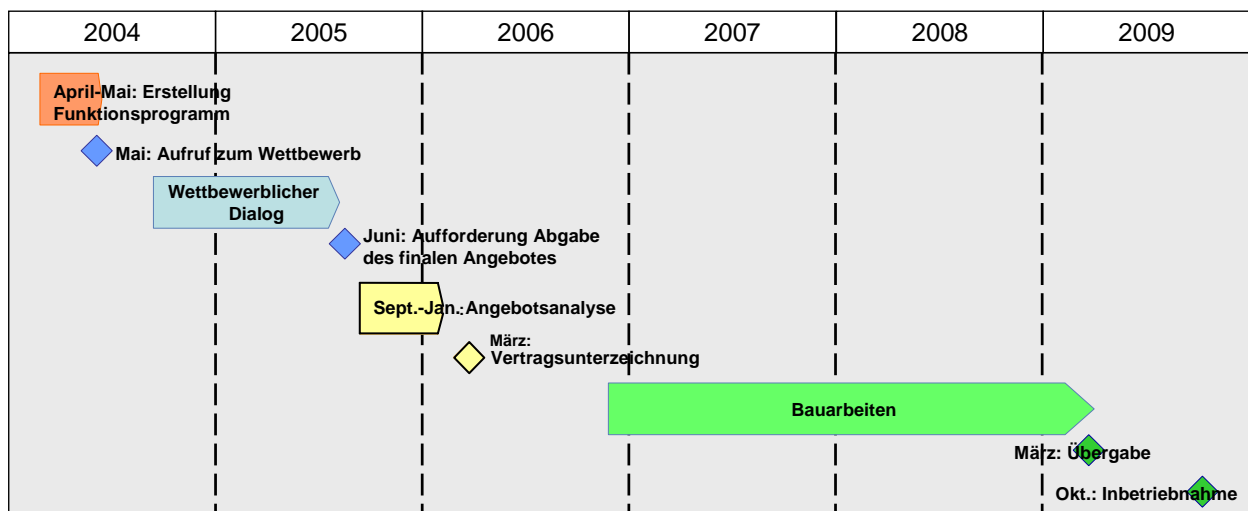


Abbildung 5: Ablauf Vergabeverfahren

Mit der Erstellung des Funktionsprogramms erfolgte am 25.05.2004 der Aufruf zum Teilnahmewettbewerb, sodass im September desselben Jahres der in Frankreich

damals obligatorische wettbewerbliche Dialog mit vier Bieterkonsortien aufgenommen werden konnte. Nach einem zehnmonatigen Dialog erfolgte die Aufforderung zur Abgabe der finalen Angebote im Juni 2005, die anschließende Analyse der Angebote dauerte von September 2005 bis Januar 2006: Die von den Bieterkonsortien abgegebenen Angebote wurden zu 35 % nach der Qualität der Dienstleistung, zu 20 % nach der Risikoverteilung, zu 35 % nach der Höhe des Mietbetrags und zu 10 % nach der architektonischen Qualität bewertet.

Exkurs: In Frankreich dauert die Vertragsanbahnung bei PPP keineswegs länger als bei konventioneller Realisierung.<sup>11</sup> Im Juli 2008 hat die französische Regierung ein PPP-Gesetz verabschiedet, das neben dem wettbewerblichen Dialog weitere Verfahren (ein- oder zweistufiges Verhandlungsverfahren, offenes Verfahren) erlaubt. In Deutschland wird im Allgemeinen das zweistufige Verhandlungsverfahren angewandt (vgl. dazu ausführlich Punkt 5).

Nach der Freigabe des bevorzugten Angebots durch den Verwaltungsrat des Universitätsklinikums erfolgte im März 2006 die Vertragsunterzeichnung. Das Universitätsklinikum hat die Projektgesellschaft gemäß der Projektstruktur von Abbildung 6 mit den Aufgaben Planung, Bau, Betrieb, Instandhaltung und Finanzierung beauftragt. Die Anteilseigner der Projektgesellschaft sind ein Finanzierungsinstitut (90 % der Geschäftsanteile), ein Bauunternehmen (5 % der Geschäftsanteile) und ein Facility-Manager (5 % der Geschäftsanteile).

---

<sup>11</sup> Vgl. dazu auch Abbildung 7 im Endbericht „PPP-Krankenhäuser: Qualitative & quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken“ unter [http://fak6.tu-freiberg.de/fileadmin/Baubetriebslehre/inhalte/publikationen/Endbericht\\_PPP\\_KKH.pdf](http://fak6.tu-freiberg.de/fileadmin/Baubetriebslehre/inhalte/publikationen/Endbericht_PPP_KKH.pdf).

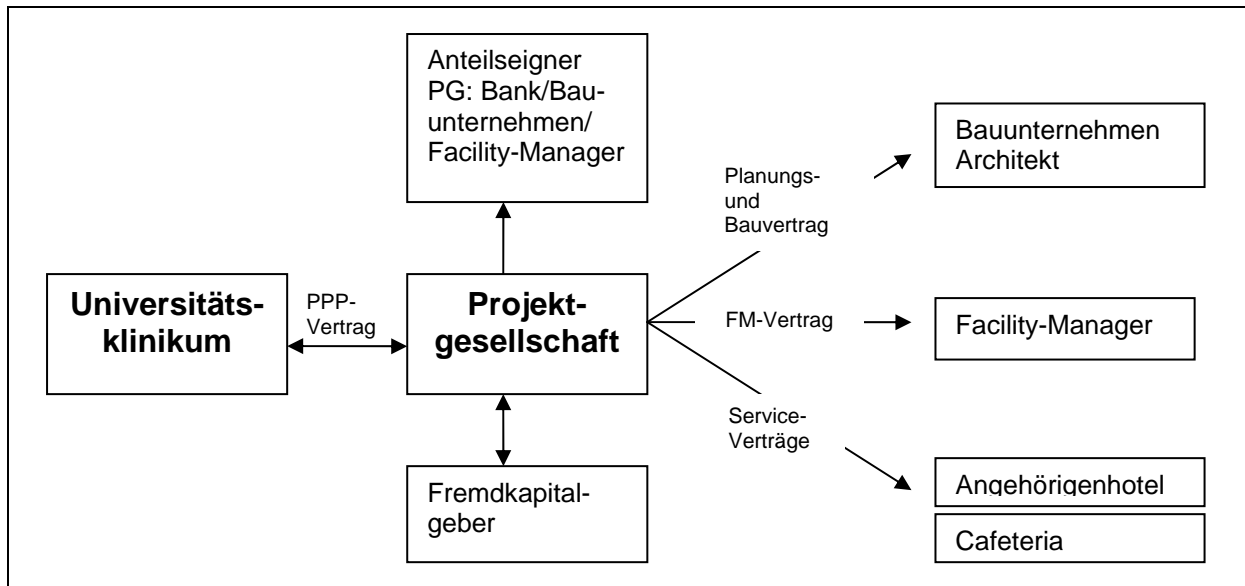


Abbildung 6: Projektstruktur

Auf Grund des für PPP typischen hohen Reifegrades der Planung bei Abgabe der finalen Angebote konnte bereits im Dezember 2006 mit den Bauarbeiten begonnen werden. Die Übergabe des Gebäudes ist für März 2009 geplant, die Inbetriebnahme wird sechs Monate später im Oktober 2009 erfolgen.

Das Fazit der Klinikleitung bestätigt die an die PPP-Variante gestellten Erwartungen einer schnelleren Umsetzung und die Vorteile der Nutzung privatwirtschaftlichen Management-Know-Hows. Darüber hinaus wurden weitere Vorteile durch die auf Basis des Funktionsprogramms geführte intensive Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen und Anforderungen des effizienten Krankenhausbetriebs konstatiert.



## 7 Fazit

Durch die Einführung der DRG's sind Rationalisierungsinvestitionen im Krankenhausbereich notwendig. In Frankreich existieren bereits umfangreiche PPP-Erfahrungen mit der Umstrukturierung von Kliniken in verschiedenen Bereichen (Logistik, Energie, Bettenhäuser, Zentralküchen, Wäschereien etc.).

In Deutschland muss die Maßnahme in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen werden, damit sie förderfähig ist. Von Seiten der öffentlichen Hand sollte ein langfristiges Interesse am Betrieb des Krankenhauses bestehen. Daher sollte sie bereit sein, entsprechende Garantieerklärungen gegenüber Dritten abzugeben.

Für eine Übertragung von Leistungen auf Private eignen sich insbesondere Planung, Bau und gebäudenaher Dienstleistungen. Die Risikoverteilung zwischen öffentlicher und privater Seite sollte wirtschaftlich sinnvoll sein, um die Effizienzpotentiale von PPP erschöpfend nutzen zu können.

Die positiven Projekterfahrungen in Frankreich haben eindeutig gezeigt, dass Public Private Partnership unter den richtigen Voraussetzungen ein geeigneter Weg zur wirtschaftlicheren Umstrukturierung von Kliniken sein kann.