



Empfehlungen
zu Public Private Partnerships (PPP)
und Privatisierungen in der
universitätsmedizinischen
Krankenversorgung

**Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen
in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung**

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
Kurzfassung.....	2
Vorbemerkungen	5
A. Ausgangslage	7
A.I. Charakterisierung von PPP und Privatisierungen	8
I.1. Zielsetzungen und wachsende Bedeutung	8
I.2. Merkmale und Grundkategorien	10
I.3. Chancen und Risiken.....	15
I.4. Gesetzliche Grenzen und Möglichkeiten.....	17
A.II. Situation der Universitätsmedizin in Deutschland	19
II.1. Struktur und Entwicklung	20
II.2. Grundlagen der Finanzierung	24
II.3. Aktuelle Herausforderungen	29
A.III. Kooperationen in der Universitätsmedizin.....	32
A.IV. Realisierte PPP-Modelle außerhalb der medizinischen Kernleistungen	36
IV.1. Finanzierungsmodelle.....	37
IV.2. Managementverträge.....	39
A.V. Erfahrungen mit Privatisierungen der Krankenversorgung	41
V.1. Privatisierung einzelner Kliniken	41
V.2. Privatisierung eines ganzen Universitätsklinikums	45
B. Empfehlungen.....	48
B.I. Optionen für Universitätsklinika in öffentlicher Trägerschaft	49
B.II. Allgemeine Empfehlungen zu PPP	58
B.III. Empfehlungen zu PPP außerhalb medizinischer Kernleistungen	61
III.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	61
III.2. Finanzierungs- und Betreibermodelle	64
B.IV. Empfehlungen zu Privatisierungen der Krankenversorgung	66
IV.1. Gewährleistungsverantwortung des Staates.....	69
IV.2. Organisationsverpflichtungen der öffentlichen Hand	74
C. Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen.....	82
D. Anhang	83

Kurzfassung

Die auskömmliche Finanzierung einer konkurrenzfähigen Universitätsmedizin ist angesichts der insgesamt angespannten Finanzsituation der öffentlichen Haushalte und der geplanten Abschaffung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau eine große Herausforderung, der sich die Länder künftig allein stellen dürften. Der Wissenschaftsrat hält es daher für zielführend, neue Wege zur Erschließung von Ressourcen und zur effizienteren Ausgestaltung auch der Universitätsmedizin zu beschreiten. PPP vor allem bei der Bereitstellung von Infrastruktur und Privatisierungen der Krankenversorgung können in diesem Zusammenhang geeignete Optionen sein. Die verschiedenen Ausprägungsformen von PPP werden eingehend analysiert und Empfehlungen für ihre weitere Nutzung aufgestellt.

Neben Überlegungen zu Formen der Zusammenarbeit von öffentlicher Hand und Wirtschaft sollten die Länder aber verstärkt prüfen, wie durch Erweiterungen des Handlungsspielraums der Universitätsklinika Effizienzsteigerungen erzielt werden können, die den Universitätsklinika auch im Rahmen der öffentlichen Trägerschaft erlauben, auf dem Krankenhausmarkt wettbewerbsfähig agieren zu können. Der Wissenschaftsrat stellt Optionen für Deregulierungsschritte vor und fordert zu einer weitergehenden Diskussion auf.

Die Zerteilung der Aufgaben Krankenversorgung einerseits sowie Forschung und Lehre andererseits durch Zuordnung zu verschiedenen Trägern bedingt eine besondere Form der öffentlich-privaten Kooperation. Für den Wissenschaftsrat ist es unverzichtbar, dass es aufgrund der Privatisierung eines Universitätsklinikums zu keinen Mitspracherechten des privaten Trägers bezüglich Umfang und Inhalt von Forschung und Lehre kommen darf. Insbesondere muss gesetzlich sichergestellt sein, dass das Klinikum der Medizinischen Fakultät zu deren Aufgabenerfüllung dient und der Staat weiterhin Träger der hoheitlichen Aufgaben bleibt.

Zur Gewährleistungsverantwortung des Staates gehört es daher, Vorkehrungen zu treffen, die der Universität und dem Land ausreichend Einwirkungsrechte sichern, um in den Aufsichtsorganen des Klinikums die Einhaltung der vertraglichen Regelungen

erwirken zu können. Weiterhin muss das Land über angemessene Informations- und Kontrollrechte verfügen und dafür Sorge tragen, dass Garantien für Studierende, Auszubildende und medizinische Nachwuchswissenschaftler bestehen. Für den Fall, dass der private Partner seine ihm übertragenen Aufgaben nicht oder nur schlecht erfüllt, hat das Land geeignete Vorsorge zu treffen. Heimfallrechte gekoppelt an die Aufgabenerfüllung sind dabei für die Wahrung der Interessen der öffentlichen Seite von besonderer Bedeutung.

Neben der Gewährleistungsverantwortung auf staatlicher Ebene hat die öffentliche Hand mit Blick auf das Binnenverhältnis von Klinikum und Fakultät Organisationsverpflichtungen zu erfüllen. In diesem Zusammenhang ist es zwingend erforderlich, dass Inhalt, Zweck und Ausmaß einer materiellen Privatisierung klar dargelegt und die wesentlichen Punkte zur Sicherstellung der universitären Belange gesetzlich festgeschrieben werden. Hierzu zählt, dass auch und insbesondere in einem materiell privatisierten Universitätsklinikum der Dekan Mitglied der Geschäftsführung oder eine adäquate Mitwirkung realisiert sein muss, um die Wahrung der Belange von Forschung und Lehre zu sichern.

Im Rahmen des Interessenausgleichs und einer sachgerechten organisatorischen Verzahnung sind Regelungen für eine gemeinsame Strategie-, Struktur- und Ausstattungsplanung vorzusehen. Dies betrifft insbesondere das Fächerspektrum, das sich an den Vorgaben von Forschung und Lehre auszurichten hat und zu Beginn festzulegen ist, sowie ein abgestimmtes Verfahren zur Berufung von Professoren, die im Klinikum gleichzeitig als Chefarzte tätig werden sollen.

Bei der notwendigen Trennung von Zuständigkeiten ist es gerade bei einem privatisierten Universitätsklinikum erforderlich, dass die Zuweisung des Zuschusses für Forschung und Lehre des Landes an die Medizinische Fakultät erfolgt und nur ihre Organe über Verwaltung und Verwendung dieser Mittel abschließend entscheiden.

Unerlässlicher Bestandteil der Organisationsverpflichtungen des Landes ist es, geeignete Mechanismen zur Lösung von Konfliktfällen zwischen Universitätsklinikum

(privatem Träger) und Medizinischer Fakultät (Universität) vorzusehen. Es bedarf einer mit Entscheidungskompetenz ausgestatteten unabhängigen Vermittlerinstanz, die im Falle fehlenden Einvernehmens von beiden Seiten angerufen werden kann. Der Wissenschaftsrat hält es in diesem Zusammenhang für zwingend erforderlich, dass die Anrufung einer Vermittlerinstanz eine zeitlich befristete aufschiebende Wirkung auslöst, die verhindert, dass durch die Umsetzung einer Forschung und Lehre beeinträchtigenden Maßnahme unter Umständen Fakten geschaffen werden, die nicht mehr rückgängig zu machen sind.

Vorbemerkungen

Im Bereich der Universitätsmedizin existieren seit Jahrzehnten unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit mit außeruniversitären Einrichtungen. Diese betreffen in der Lehre die Akademischen Lehrkrankenhäuser sowie bei der externen Etablierung von Fachgebieten neben Forschung und Lehre auch den Bereich der medizinischen Versorgung. Waren die Kooperationspartner zunächst Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft sind vor allem ab den 1990er Jahren gewerbliche Unternehmen als Träger von Kooperationseinrichtungen oder als Partner im Rahmen von PPP-Modellen hinzugekommen. Angesichts der generell angespannten Finanzlage der öffentlichen Haushalte erhöht sich der Druck für die Universitätsmedizin, neue Ressourcen durch die Beteiligung privaten Kapitals zu erschließen. Der Staat hat hierbei grundsätzlich zu klären, wie er sich organisiert, um öffentliche Einrichtungen zum Wettbewerb mit privaten Unternehmen zu befähigen und gleichzeitig seiner Verantwortung zur Daseinsvorsorge gerecht wird. Fehlentwicklungen in der Finanzierung der Hochleistungsmedizin und in den Strukturen des gesamten Gesundheitssystems in Deutschland behindern die klinische Forschung und verschärfen das Spannungsverhältnis zwischen akademischem Auftrag für Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits. PPP-Modelle können einen Beitrag zur Verbesserung dieser Situation leisten, lösen aber nicht die grundsätzlichen Struktur- und Finanzierungsprobleme der universitären Medizin.¹

Vor diesem Hintergrund hat der Wissenschaftsrat eine Arbeitsgruppe „Public Private Partnership in der Hochschulmedizin“ eingesetzt, um die existierenden Kooperationsformen zwischen Universitätsmedizin und Wirtschaft zu analysieren, zu bewerten und für die Sicherung der akademischen Belange erforderliche Kriterien zu erarbeiten. Die Arbeitsgruppe hat ihre Arbeit im Jahr 2003 aufgenommen. Ihr Fokus lag dabei zunächst auf der Krankenversorgung; Kooperationen mit der Wirtschaft im Bereich von Forschung und Lehre bedürfen einer gesonderten Betrachtung.

¹ Mit der „Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen“ (Drs. 6913-05, Bremen, November 2005) hat der Wissenschaftsrat erstmals für die deutsche Universitätsmedizin Leistungen und Ressourcen korreliert und Möglichkeiten für eine effizientere Ausrichtung der universitätsmedizinischen Einrichtungen identifiziert.

Die vorliegenden „Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung“ wurden von der Arbeitsgruppe auf Grundlage von Anhörungen und eines Vor-Ort-Besuches erarbeitet. Angehört wurden die beteiligten Seiten (Universitäten/Fakultäten und private Krankenhausbetreiber) sowie externe Sachverständige. Darüber hinaus berücksichtigte die Arbeitsgruppe die Erkenntnisse des Medizinausschusses im Rahmen der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, der hierzu eine Stellungnahme im November 2005 und Empfehlungen im Januar 2006 vorgelegt hat.²

Ermöglicht wurde die Einsetzung der Arbeitsgruppe erst durch die freundliche Unterstützung des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft, der sich in den vergangenen Jahren um die Aufarbeitung des Themas Public Private Partnership in der Wissenschaft verdient gemacht hat. Ihm wird für die laufende Projektförderung ausdrücklich gedankt.

In der Arbeitsgruppe haben auch Sachverständige mitgewirkt, die nicht dem Wissenschaftsrat angehören. Ihnen und den Beteiligten der Anhörungen ist der Wissenschaftsrat zu besonderem Dank verpflichtet.

Der Wissenschaftsrat hat diese Empfehlungen am 27. Januar 2006 verabschiedet.

² Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur geplanten Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Drs. 6918-05, Bremen, November 2005; Empfehlungen zur Aufnahme der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes, Drs. 7059-06, Berlin, Januar 2006.

A. Ausgangslage

Vor dem Hintergrund der Finanzkrise öffentlicher Gebietskörperschaften im Allgemeinen und der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen im Besonderen kommt der Frage einer Verlagerung bisher öffentlich wahrgenommener Aufgaben auf private Partner wachsende Bedeutung zu. Dabei kann es sich um eine vollständige oder teilweise Aufgabenverlagerung handeln. Das Konzept einer Kooperation zwischen öffentlicher Hand und Unternehmen der Privatwirtschaft ist nicht neu, stark zugenommen hat in den letzten Jahren allerdings die Intensität, mit der über Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen diskutiert wird. Auch das Spektrum der öffentlichen Aufgaben, das hierfür mittlerweile als geeignet angesehen wird, hat sich stark erweitert.³ PPP ist dabei eine neue Form der Organisation und Finanzierung bisher rein öffentlich wahrgenommener Aufgaben. Vor dem Hintergrund einer wachsenden Markt- und Wettbewerbsorientierung stellt diese Form eine alternative Beschaffungsvariante dar, bei der ein privater Partner umfassend eingebunden werden kann, ohne die öffentliche Einflussnahme wie bei einer vollständigen Privatisierung nahezu vollständig abzugeben.

In der Presse wird zunehmend im Zusammenhang mit öffentlichen Krankenhäusern vom Erwerb von Geschäftsanteilen oder gar der vollständigen Übernahme durch einen privaten Krankenhauskonzern berichtet. Waren es in der Vergangenheit vornehmlich kleinere Häuser der Grund- und Regelversorgung, so sind es mittlerweile auch große kommunale Klinikbetriebe und Häuser der Maximalversorgung, für die ihre Träger private Partner oder Übernehmer suchen. Diese Entwicklung macht auch vor den Universitätskliniken nicht halt, wobei allerdings die Besonderheiten der Universitätskliniken, die den Belangen von Forschung und Lehre zu dienen haben, besondere Probleme bereiten. Die Universitätsmedizin ist geprägt durch die enge Verbindung von Forschung, Lehre und der damit verbundenen Krankenversorgung sowie durch hoheitliche Aufgaben. Während der übliche Betrieb von Krankenhäusern eine Reihe von Möglichkeiten bietet, private Unternehmen einzubeziehen, und die Aufgaben der Krankenversorgung grundsätzlich auch von privater Seite erfüllt wer-

³ So rücken neben den häufig thematisierten Aufgabenfeldern wie Hoch- und Tiefbau, Verkehrsinfrastruktur, Energie-, Wasser- und Abfallwirtschaft auch zunehmend die Bereiche Bildung, Gesundheit und Soziales in die Diskussion.

den können, genießt die Freiheit von Forschung und Lehre Grundrechtsstatus, dem der Staat Rechnung tragen muss. Die Freiheit der Wissenschaft und das Gewinninteresse von Privatunternehmen können nicht als komplementäre Ziele angesehen werden. Öffentliche, dem Gemeinwohl verpflichtete Ziele und private Interessen stehen in einem Spannungsverhältnis, das es bei der Ausgestaltung von PPP und Privatisierungen im Hochschulbereich besonders zu beachten gilt.

A.I. Charakterisierung von PPP und Privatisierungen

I.1. Zielsetzungen und wachsende Bedeutung

Maßgeblich für die wachsende Bedeutung von PPP und Privatisierungen ist die zunehmende Finanznot der öffentlichen Haushalte auf allen drei Ebenen des föderalen Systems in Deutschland – Bund, Länder und Kommunen –, die die klassischen Formen der Organisation und Finanzierung öffentlicher Aufgaben immer schwieriger macht. Investitionen können zum Teil überhaupt nur noch durchgeführt werden, wenn die Finanzierung privaten Unternehmen übertragen wird, deren Refinanzierung durch die öffentliche Hand über einen längeren Zeitraum gestreckt werden kann. Ohne die hohe Verschuldung der öffentlichen Hand besäße die Einbindung privater Partner in die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben nicht den Stellenwert, der ihr derzeit zugebilligt wird. Hinzu kommt, dass eine systematische theoretische Durchdringung dieser zunehmend an Bedeutung gewinnenden Form öffentlicher Aufgabenerfüllung noch aussteht. Ein Beispiel dafür sind die Transaktionskosten. Aufgrund der komplexen Vertragsstrukturen und der langfristigen Laufzeit entstehen in der Vorbereitung einer PPP hohe Kosten. Gleichzeitig können aber während der Vertragsdauer vergleichsweise geringe Kosten anfallen, da in dieser Phase der Aufwand für den öffentlichen Auftraggeber zum Teil deutlich reduziert wird. Ein Vergleich der Transaktionskosten bei PPP und bei konventioneller Realisierung über einen langen Betrachtungszeitraum ist aufgrund der geringen Projekterfahrungen noch nicht sachgerecht zu führen.

Ein weiterer Grund liegt in der häufig proklamierten Ineffizienz öffentlicher Verwaltungen, die nicht selten durch Gesetze und Verordnungen bedingt ist und ihrer als erfor-

derlich angesehenen Reform. So muss die öffentliche Bauverwaltung neben der Erfüllung ihrer primären Aufgabe, der Errichtung eines Gebäudes, eine Reihe weiterer Ziele beachten, wie z.B. die lückenlose Einhaltung auch von nicht allgemein verbindlichen Tarifverträgen durch die Vertragsfirmen. PPP und Privatisierungen werden als eine Möglichkeit gesehen, privatwirtschaftliche Managementinstrumente und -verfahren in den öffentlichen Sektor einzuführen und für eine in der Gestaltung freiere und damit effizientere Aufgabenwahrnehmung nutzbar zu machen. Des Weiteren hat ein Umdenken in Bezug auf die Erfüllung öffentlicher Aufgaben eingesetzt. Allgemein setzt sich die Tendenz des Wandels vom produzierenden Staat zum Gewährleistungsstaat durch, d.h. der Staat tritt immer weniger als Produzent auf, sondern zunehmend nur noch als „Gewährleister“ dafür, dass eine bestimmte Aufgabe in der Gesellschaft wahrgenommen wird. In diesem Sinne fördert auch die Wettbewerbskonzeption der EU die Öffnung öffentlicher Angebotsmonopole zugunsten einer privatwirtschaftlichen Beteiligung.

Nicht zuletzt ist PPP als eine Beschaffungsvariante des öffentlichen Sektors zu verstehen, die über den gesamten Lebenszyklus der Investition zu analysieren und vergleichend mit den herkömmlichen Beschaffungsvarianten zu beurteilen ist. Auf diesen ganzheitlichen, auf den gesamten Lebenszyklus ausgerichteten Prozessanalysen beruht im Wesentlichen die derzeitige Begründung für die Vorteilhaftigkeit von PPP gegenüber der staatlichen Eigenerstellung.

Die genannten Gründe für eine wachsende Bedeutung spiegeln auch die Zielsetzungen wider, die die öffentliche Hand mit PPP und Privatisierungen verbindet.

Zu den **öffentlichen** Zielen zählen:

- Erschließung privater Ressourcen, insbesondere privaten Kapitals,
- Verlagerung von Risiken auf den privaten Partner, die dieser besser beeinflussen und effizienter handhaben kann,
- Effizienzsteigerung bei der Erfüllung öffentlicher Aufgaben,
- Erschließung privatwirtschaftlich möglicher Innovationen für den öffentlichen Sektor,
- Nutzung von Märkten und Wettbewerbsstrukturen.

Private Unternehmen drängen andererseits in bisher von der öffentlichen Hand besetzte Aufgabenbereiche, um sich neue Geschäftsfelder zu erschließen. Häufig handelt es sich dabei um Märkte mit einer konjunkturstabilen Nachfrage. So gehen viele PPP-Initiativen von der Privatwirtschaft aus.

Zu den **privaten** Zielsetzungen einer Beteiligung an PPP zählen:

- Erschließung neuer Renditemöglichkeiten,
- Risikoverlagerung bzw. Risikoteilung mit der öffentlichen Hand in Geschäftsfeldern, in denen keine entsprechenden Gewinne gesichert erscheinen,
- Erschließung und Entwicklung neuer Märkte,
- Erschließung von Innovationen aus der Forschung für private Unternehmen,
- Einstieg in die vollständige Privatisierung öffentlicher Aufgabenfelder,
- Gewinnung öffentlicher Meinungsträger für private Unternehmen.

I.2. Merkmale und Grundkategorien

I.2.a) PPP

Bei PPP handelt es sich um einen Oberbegriff, der oft unstrukturiert für sehr unterschiedliche Sachverhalte und Erscheinungsformen der Kooperation zwischen öffentlichen Einrichtungen und privaten Unternehmen zur Erstellung bestimmter Leistungen verwendet wird. Gerade in der öffentlichen Diskussion besteht die Tendenz, jede Form der Zusammenarbeit zwischen privatem und öffentlichem Sektor unter diesen Begriff zu fassen. Eine allgemeingültige Abgrenzung des Begriffes PPP ist daher schwierig. Allerdings wird mit der Definition in dem Bundesgutachten „PPP im öffentlichen Hochbau“ ein Vorschlag unterbreitet, in dem der Kern dieser Beschaffungsform wiedergegeben wird: Abstrakt werden PPP demnach, als eine langfristig, vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und Privatwirtschaft zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben definiert, bei der die erforderlichen Ressourcen in einen gemeinsamen Organisationszusammenhang eingestellt und vorhandene Projektrisiken entsprechend der jeweiligen Risikomanagementkompetenz der Projektpartner verteilt werden.

Wesentliche Merkmale von PPP sind:

- Kompatibilität der Zielsetzungen der Partner,
- Risikoteilung zwischen den Partnern,
- Kontinuierlicher Abstimmungsbedarf zwischen den Partnern,
- Gemeinsame Aufgabenerfüllung,
- Längerfristige Zusammenarbeit.

Die Zielsetzungen des öffentlichen und privaten Partners müssen mindestens kompatibel, besser sogar komplementär sein. Bestehen Zielkonflikte in der Form, dass die Zielerreichung eines Partners auf Dauer nur zu Lasten des anderen zu realisieren ist, ist die Grundlage für eine funktionsfähige PPP nicht gegeben. Beide Partner müssen sich sowohl Chancen als auch Risiken teilen, auf Dauer muss PPP zu einer Win-win-Situation beider Seiten führen.

Zur Abgrenzung gegenüber klassischen Verträgen zwischen öffentlichen und privaten Vertragspartnern wird verstärkt gefordert, nur solche Kooperationsformen als PPP zu bezeichnen, bei denen im Zentrum die Erfüllung einer Aufgabe steht, deren Ausgestaltung zu Beginn der Partnerschaft nicht vollständig hinsichtlich aller zukünftigen Kosten und Leistungen umschrieben werden kann.⁴ Ursächlich für eine derartige unstrukturierte Ausgangssituation können etwa die Art der wahrzunehmenden Aufgabe, die Komplexität der Organisation zu ihrer Erfüllung oder die Unsicherheit und Unwägbarkeit sich verändernder Rahmenbedingungen sein. Dies erzeugt kontinuierlichen Abstimmungsbedarf. Unwägbarkeiten resultieren aber allein schon aus der Laufzeit der Kooperationen, die häufig über einen Zeitraum von 20-30 Jahren angelegt sind. Da sich die zukünftigen Entwicklungen in einem auf einer langfristigen Zusammenarbeit beruhenden PPP-Projekt nicht in allen Einzelheiten bei Vertragsabschluss regeln lassen, sind in den Verträgen detaillierte Regelungen aufzunehmen, wie bei unvorhersehbaren Ereignissen zu verfahren ist. Die Anwendung und Auslegung dieser vertraglichen Rahmenbedingungen erfordern eine partnerschaftliche Zusammenarbeit für die wiederum gegenseitiges Vertrauen wichtig ist.

⁴ Vgl. hierzu und im Folgenden Budäus D., Public Private Partnership – Strukturierung eines nicht ganz neuen Problemfeldes, Zeitschrift Führung und Organisation 6/2004, S. 312-318.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Begriffsnutzungen und der Tatsache, dass trennscharfe Abgrenzungen nicht immer möglich sind, wird in diesen Empfehlungen von einem weiter gefassten PPP-Begriff ausgegangen, der auch einfachere finanzierungs- oder managementorientierte Kooperationsformen mit einschließt.⁵

Um die Vielfalt der existierenden PPP-Formen dennoch unterscheiden und diskutieren zu können, soll eine Differenzierung des Spektrums der PPP anhand ihrer strukturellen und inhaltlichen Dimension vorgenommen werden. Auf **struktureller Ebene** wird zwischen PPP als Tauschmodell (projektbezogene PPP) und PPP als Poolmodell (institutionelle PPP) unterschieden:⁶

- Bei der **Projektbezogenen PPP (Vertrags-PPP)** geht es um einen Austausch von Leistungen zwischen den Partnern auf Basis vertraglicher Beziehungen. Ein privater Partner wird in ein abgegrenztes öffentliches Projekt einbezogen, das durchaus auf einen längeren Zeitraum, etwa 30 Jahre, angelegt sein kann. Die Leistung des privaten Partners liegt in der Erstellung eines bestimmten Projektes (z.B. Errichtung oder Sanierung einer Klinik), dessen Finanzierung und/oder der Bereitstellung einer Dienstleistung (z.B. Betrieb und Unterhaltung eines Krankenhauses); die Leistung des öffentlichen Partners liegt in der Vergütung der privat erbrachten Leistung. Der Kooperationsbedarf resultiert aus der sukzessiven Bewältigung von nicht vorhersehbaren Ereignissen, Komplexität und Leistungskonkretisierung.
- Bei der **Institutionellen PPP (Organisations-PPP)** werden private und öffentliche Ressourcen zusammengelegt (gepoolt). Die Zusammenarbeit der Partner erfolgt innerhalb eines eigenen Rechtssubjekts. Es handelt sich in der Regel um die unbefristet angelegte Einrichtung eines gemeinsamen Unternehmens, mit dem Ziel der dauerhaften Bereitstellung einer Sach- oder Dienstleistung. Der Ko-

⁵ Es ist allerdings u.a. aufgrund der Arbeit der PPP Task Force des Bundes eine zunehmende Tendenz zu einer deutlicheren Definition von PPP vorhanden, was sich auch in den Standardisierungsbemühungen der öffentlichen Hand zeigt.

⁶ Vgl. Europäische Kommission, Grünbuch zu öffentlich-privaten Partnerschaften und den gemeinschaftlichen Rechtsvorschriften für öffentliche Aufträge und Konzessionen, KOM (2004) 327, Brüssel 2004.

operationsaufwand besteht hier etwa in der Festlegung des Einsatzes der gemeinsamen Ressourcen, der Managementziele und der Verteilung des Ergebnisses. Eine Organisations-PPP kann dabei durch die Gründung eines neuen gemeinsamen Unternehmens oder durch die Übernahme einer Teilhaberschaft an einem öffentlichen Unternehmen durch einen privaten Akteur erfolgen.

Auf **inhaltlicher Ebene** werden die Leistungsschwerpunkte der Kooperation betrachtet. Drei insbesondere für Infrastrukturprojekte gebräuchliche Modelle, deren Charakteristika sich überschneiden können, finden dabei auch im Krankenhausbereich Anwendung:⁷

- **Finanzierungsmodelle** sind insbesondere im Hochbau gebräuchliche Modelltypen, die den Aspekt der Vor- oder Zwischenfinanzierung hervorheben. Bei diesen Modellen beruht der Leistungsumfang des privaten Partners neben der Errichtung eines Gebäudes vornehmlich auf dessen Finanzierung im Rahmen eines Mietkauf- oder Leasingvertrags. Es handelt sich in dem Sinne um eine Vorfinanzierung, da es hier im Gegensatz zur konventionellen Finanzierung in der Regel erst ab Nutzungsbeginn zu Entgeltzahlungen des öffentlichen Auftraggebers kommt.
- Bei **Betriebsführungsmodellen** übernimmt ein privates Unternehmen auf vertraglicher Basis gegen Entgelt die Betriebsführung von Anlagen des öffentlichen Auftraggebers. Der private Partner tritt hier nicht selbst in unmittelbare Rechtsbeziehungen zu den Empfängern der Leistung. Betriebsführungsverträge werden allgemein mit dem Ziel der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit geschlossen. Häufig geht es aber auch darum, einen Mangel an Führungskräften, Personal, Know-how o.ä. beim Betriebseigner zu überbrücken. Beim Management- oder Geschäftsbesorgungsvertrag wird in der Regel lediglich die Leitungsposition vom privaten Partner gestellt, deren Kompetenzen im Betrieb vertraglich geregelt sind.

⁷ Für eine detailliertere Einteilung siehe das Gutachten zu „PPP im öffentlichen Hochbau“, in Auftrag gegeben vom Lenkungsausschuss PPP im Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen, 2003, Band II, Teilband 1, S. 1-22.

- Der Begriff **Betreibermodelle** wird in der aktuellen Praxis für sehr unterschiedliche Vertragstypen verwendet. Man spricht von Betreibermodellen, wenn im Verbund mit Planungs- und Bauleistungen der Betrieb, die Unterhaltung oder sonstige Aufgaben des Facility Managements übernommen werden.⁸ Das Privatunternehmen führt dabei die erforderlichen Baumaßnahmen und Dienstleistungen in eigener wirtschaftlicher Verantwortung durch. Neben der Bauherreneigenschaft trägt der private Partner wirtschaftliche Risiken.⁹ Dafür erhält er von der öffentlichen Hand ein Entgelt, das je nach Vertragsgestaltung Element eines Mietkauf-, Leasing- oder Mietvertrags ist.¹⁰

I.2.b) Privatisierung

Unter dem Begriff Privatisierung wird im weitesten Sinne der Aufgabentransfer von der öffentlichen Hand in den Raum privatwirtschaftlicher Betätigung verstanden.

Auch hier gilt es zwischen unterschiedlichen Bedeutungen zu unterscheiden:

- Bei der **formalen Privatisierung** geht die Rechtsform eines Betriebes von einer öffentlich-rechtlichen in eine private über. Das Eigentum an der Gesellschaft verbleibt jedoch in öffentlicher Hand. Man spricht daher auch von einer Organisationsprivatisierung. Die Verwaltung erfüllt in diesem Fall weiterhin eine öffentliche Aufgabe, jedoch nun mit Instrumenten des Privatrechts.¹¹
- Bei einer **materiellen Privatisierung** geht hingegen auch das Eigentum an der Gesellschaft auf die private Seite über. Die öffentliche Hand gibt damit eine Aufgabe ab und überträgt die Verantwortung auf den privatwirtschaftlichen Bereich.

⁸ In Deutschland sind Betreibermodelle bisher im kommunalen Bereich etwa bei der Abwasser- und Abfallentsorgung verbreitet. In Großbritannien oder den USA gilt dies auch für den Betrieb von Krankenhäusern.

⁹ Vgl. Eurostat, Behandlung öffentlich-privater Partnerschaften: Vermögenswerte, die Gegenstand einer öffentlich-privaten Partnerschaft sind, sind nicht als Vermögenswerte des Staates zu klassifizieren und folglich nicht in der Bilanz des Sektors Staat zu verbuchen, wenn die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind: 1. der private Partner trägt das Baurisiko, und 2. der private Partner trägt mindestens entweder das Ausfallrisiko [auch Verfügbarkeitsrisiko genannt] oder das Nachfragerisiko [auch Auslastungsrisiko genannt], Februar 2004.

¹⁰ Zunehmend wird nur für die Modelle, welche die unter dem Begriff des Betreibermodells beschriebenen Merkmale aufweisen, der PPP-Begriff verwendet.

¹¹ Ein Beispiel ist die Klinikum Mannheim gGmbH, deren alleinige Gesellschafterin die Stadt Mannheim ist. Sie ist Partner der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg.

Man spricht daher auch von Aufgabenprivatisierung. Werden die Gesellschaftsanteile vollständig an einen privaten Partner veräußert, so wird auch der Begriff **Vollprivatisierung** verwendet. Behält die öffentliche Hand Gesellschaftsanteile in ihrem Besitz oder privatisiert nur einzelne Leistungsbereiche, spricht man von **Teilprivatisierung**. Bezogen auf die universitäre Krankenversorgung sind hier die Auslagerung bestimmter Bereiche (z.B. Orthopädie, Kardiochirurgie) aus einem Klinikum und ihre Übernahme durch einen privaten Betreiber oder die direkte externe Etablierung in privater Trägerschaft zu nennen.

PPP im Sinne einer Beschaffungsvariante müssen deutlich von einer vollständigen Privatisierung unterschieden werden. Aus dem Umstand, dass Forschung und Lehre auf Art und Umfang der universitären Krankenversorgung unmittelbar angewiesen sind, ergibt sich die Notwendigkeit einer öffentlich-privaten Zusammenarbeit, selbst wenn die Krankenversorgung durch die materielle Privatisierung eines Universitätsklinikums vollständig an private Dritte abgegeben worden ist. Ob die Ziele von Universität und privatem Klinikbetreiber kompatibel sind und durch eine PPP innerhalb des deutschen Rechtsrahmens tatsächlich besser erreicht werden können, muss die zukünftige Entwicklung zeigen.

I.3. Chancen und Risiken

Die Einschätzung von Chancen und Risiken von PPP und Privatisierungen wird durch verschiedene Blickwinkel bestimmt:¹²

- Aus **ordnungspolitischer Perspektive** wird – sollten PPP nur den Einstieg in eine vollständige materielle Privatisierung bedeuten – die Gefahr der Bildung von Oligopolen oder gar Monopolen gesehen. Auf lange Sicht könnten sich so eventuelle betriebswirtschaftliche Vorteile ins Gegenteil verkehren und unter Umständen die Einführung neuer wettbewerbsrechtlicher Normen erforderlich machen.

¹² Vgl. Gottschalk W., Praktische Erfahrungen und Probleme mit Public Private Partnership (PPP) in der Versorgungswirtschaft, in: Budäus D. und Eichhorn P. (Hrsg.), Public Private Partnership: Neue Formen öffentlicher Aufgabenerfüllung, Baden-Baden 1997, S. 164-166; siehe auch Sack D., Gratwanderung zwischen Partizipation und Finanzengpässen. Ein Überblick über die deutsche Public Private Partnership-Entwicklung, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Band 26, 2003, Heft 4, S. 353-370.

In diesem Zusammenhang ist auf Entscheidungen des Bundeskartellamtes hinzuweisen, das zu Beginn des Jahres 2005 erstmals einem privaten Krankenhauskonzern untersagt hat, kommunale Krankenhäuser zu erwerben, um eine weitere marktbeherrschende Stellung des Klinikbetreibers auf den betroffenen Märkten zu verhindern. Mit der Durchsetzung des Wettbewerbs auf dem Krankenhausmarkt verfolgt das Bundeskartellamt das Ziel, das Angebot und die Aufrechterhaltung von Auswahlmöglichkeiten im Interesse der Patienten an einer qualitativ hochwertigen Versorgung langfristig zu sichern.¹³

- Aus **volkswirtschaftlicher Perspektive** wird von Kritikern argumentiert, dass PPP gesamtwirtschaftlich weder zu mehr Wettbewerb noch zu kostengünstigerer Produktion führe, da für PPP von privater Seite nur rentable Bereiche interessant seien, während unrentable Bereiche in öffentlicher Hand verblieben und deren Defizitlage noch verschlechterten. Es bestehe die Gefahr, dass der Staat die nötigen Ausgleichsbeträge über höhere Steuern und Abgaben finanziere. Es käme damit nur zu einer anderen Zuordnung von Gewinn und Verlusten zwischen privaten Unternehmen, Bürgern und Staat. Befürworter sehen in PPP allerdings die Chance, die Arbeitsproduktivität und die Effizienz von bisher öffentlich erstellten Leistungen zu steigern. Ein Risiko für die öffentliche Hand wird zudem in den möglicherweise heute nicht erkennbaren und/oder nicht berücksichtigten Folgewirkungen der zum Teil mit PPP verbundenen langfristigen Verpflichtungen gesehen (PPP als Kredit ähnliches Geschäft). So könnten PPP eine verdeckte Erweiterung der Verschuldung der Gebietskörperschaften darstellen und die Zielsetzung der Maastricht-Kriterien konterkarieren. Zu berücksichtigen bleibt allerdings, dass inzwischen durchaus Situationen denkbar sind, in denen dringend notwendige Beschaffungsmaßnahmen ohne die Einbeziehung privater Investoren überhaupt nicht durchgeführt werden können.
- Aus **betriebswirtschaftlicher Perspektive** ist zu fragen, ob die Produktivitäts- und Effizienzgewinne wirklich nur von privater Seite zu erbringen sind oder ob sie nicht auch durch Optimierungen und Veränderungen des gesetzlichen Rahmens

¹³ Entscheidungen B10 - 123/04 vom 10. März 2005 und B10 - 109/04 vom 23. März 2005 des Bundeskartellamtes online verfügbar unter <http://www.bundeskartellamt.de>.

auf der öffentlichen Seite zu erreichen wären. Befürworter von PPP machen allerdings geltend, dass Veränderungen durch eine Beteiligung Privater oder eine Privatisierung einfacher umzusetzen seien, als eine Änderung der die öffentliche Seite hemmenden rechtlichen Rahmenbedingungen.¹⁴ PPP böten die Chance zu einer anders nicht erreichbaren Durchdringung der öffentlichen Seite mit Freiheitsgraden und Methoden der Privatwirtschaft in Management, Produktion und Vertrieb.

- Aus **politischer Perspektive** wird die Befürchtung geäußert, dass bei PPP die unterschiedlichen Ziele der privaten und der öffentlichen Seite insbesondere bei gemischtwirtschaftlichen Unternehmen derart miteinander konkurrieren könnten, dass es zu Spannungen innerhalb des Unternehmens komme. Dies zeigt die Bedeutung des bereits genannten Kriteriums der Zielkomplementarität oder zumindest Kompatibilität, das vielfach sogar zur Bedingung gemacht wird, um überhaupt von einer PPP sprechen zu können. Andererseits muss man festhalten, dass angesichts der schlechten Finanzlage der öffentlichen Haushalte Investitionen zur Verbesserung oder zum Erhalt der Leistungen, zu denen die öffentliche Seite verpflichtet ist, zum Teil gar nicht mehr möglich wären, ohne private Partner einzubeziehen. So bestehe die Chance, private Partner zu mobilisieren, ohne die Gewährleistungsfunktion aufzugeben.

I.4. Gesetzliche Grenzen und Möglichkeiten

Der europäische Rechtsrahmen¹⁵ stellt klar, dass öffentliche Unternehmen von den allgemeinen Wettbewerbsregelungen genauso betroffen sind wie private Unternehmen.¹⁶ Gleichwohl gelten Ausnahmen für Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse.¹⁷ Hierzu zählen auch die Dienstleistungen der Krankenhäuser. Sie werden von den im EG-Vertrag festgelegten Wettbewerbsregelungen, insbesondere der Notifizierungspflicht für Beihilfen und den Beihilfenregelungen ausge-

¹⁴ Dieses Argument wird auch von Vertretern privater Klinikkonzerne für eine Teil- oder Vollprivatisierung der universitären Krankenversorgung angeführt.

¹⁵ Insbesondere Art. 86 Abs. 1 EG-Vertrag.

¹⁶ Vgl. die Privatisierung von Teilen von Landesbanken und Sparkassen nach Wegfall von Anstaltslast und Gewährträgerhaftung.

¹⁷ Gemäß Art. 86 Abs. 2 EG-Vertrag.

nommen. Allerdings erfolgt dies mit dem Zusatz, dass damit dem Umstand Rechnung getragen wird, dass im jetzigen Entwicklungsstadium des Binnenmarktes die Wettbewerbsverfälschung nicht zwangsläufig in einem direkten Verhältnis zum Umsatz und zur Höhe der Ausgleichszahlungen steht.¹⁸

Auch das Grundgesetz stellt keine generellen Privatisierungsschranken auf. Hinsichtlich der Ausgestaltung von PPP und Privatisierungen im Krankenversorgungsbereich von Universitätsklinikum dürfte aber der aus der Wesentlichkeitstheorie¹⁹ folgende Vorbehalt des Gesetzes greifen. Danach muss die Organisations- und Aufgabenprivatisierung der Universitätsklinikum durch Landesgesetz geregelt werden.

Hinsichtlich der Organisation des privaten Universitätsklinikums ergeben sich außerdem Vorgaben aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Daher müssen zumindest entsprechende Klarstellungen hinsichtlich der Verbindung der Krankenversorgung mit Forschung und Lehre sowie der Vertretung des Dekans im Leitungsgremium gesetzlich verankert werden. Der Gesetzgeber hat die Pflicht, in wissenschaftsrelevanten Angelegenheiten organisatorische Schutzregelungen selbst zu erlassen, um zwischen möglicherweise gegensätzlichen Grundrechtspositionen einen Ausgleich zu finden.²⁰ Zum Kernbereich der gegen Gefahren staatlicher oder anderweitiger Fremdbestimmung zu schützenden Entscheidungen in wissenschaftsrelevanten Angelegenheiten gehören danach unter anderem die Planung der für wissenschaftliche Zwecke erforderlichen fachlichen Struktur sowie die Ausstattung zu führender klinischer Fachgebiete. Nicht ausreichend sind in diesem Zusammenhang nachträgliche Kontroll- und Aufsichtsbefugnisse.

¹⁸ Europäische Kommission: Aktionsplan staatliche Beihilfen vom 15. Juli 2005: Über die Anwendung von Art. 86 Abs. 2 EG-Vertrag auf staatliche Beihilfen, die bestimmten mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse betrauten Unternehmen als Ausgleich gewährt werden, hier insbesondere Erwägung 16. Vgl. auch Entscheidung des EuGH in Sachen „Altmark Trans“ vom 24. Juli 2003 – Rs. C-280/00, in der der Gerichtshof festgestellt hat, dass eine staatliche Maßnahme nicht unter das Beihilfenverbot fällt, wenn sie als Ausgleich anzusehen ist, der die Gegenleistung für Leistungen bildet, die von den Unternehmen, denen sie zugute kommt, zur Erfüllung gemeinwirtschaftlicher Verpflichtungen erbracht werden.

¹⁹ Staatliche Handlungen mit Grundrechtsrelevanz unterliegen nach der allgemein anerkannten Wesentlichkeitstheorie dem Vorbehalt des Gesetzes: Im Bereich der Grundrechtsausübung, soweit diese staatlicher Regelung zugänglich ist, ist der Gesetzgeber verpflichtet, alle wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen. Vgl. BVerfGE 47, 46/79; 49, 89/126; 80, 124/132.

²⁰ Vgl. BVerfGE 35, 79/123, 133; 57, 70/99.

Der Rückzug des Staates aus der öffentlichen Aufgabenwahrnehmung im Sinne eines Wandels vom produzierenden Staat zum Gewährleistungsstaat schließt die Pflicht ein, insbesondere die negativen Folgen einer materiellen Privatisierung durch ein **Privatisierungsfolgenrecht** aufzufangen und Privatisierungsmaßnahmen regulierend zu begleiten. Eine Möglichkeit zur Umsetzung einer solchen **Gewährleistungsverantwortung** besteht in der Beteiligung als Gesellschafter. Dadurch kann ein vollständiger Kompetenz- und Steuerungsverlust der öffentlichen Hand vermieden werden. Die Besonderheiten der universitären Medizin und ihre Abhängigkeit von einer in quantitativer und qualitativer Hinsicht²¹ geeigneten Krankenversorgung für die Erfüllung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre müssen ausreichend berücksichtigt werden.

A.II. Situation der Universitätsmedizin in Deutschland

Abgesehen von der gesellschaftlichen Bedeutung des medizinisch-technischen Fortschritts ist es die Krankenversorgung, die der Universitätsmedizin eine bedeutende wirtschaftliche Stellung und damit einen besonderen Status innerhalb der Hochschulen zukommen lässt. Der Haushalt der Universitätsmedizin, der wesentlich durch die Einnahmen aus den medizinischen Dienstleistungen finanziert wird, ist meist deutlich größer als der aller nicht-medizinischen Fächer einer Universität zusammen. Damit ist die Universitätsmedizin aber auch häufiger Gegenstand von Reformbemühungen und gesetzlichen Eingriffen als andere Fachdisziplinen. So hat die Universitätsmedizin neben Einsparmaßnahmen durch Absenkung der Landeszuführungsbeträge und die drastische Kürzung der Hochschulbaufinanzierung, denen alle Hochschulen gleichermaßen ausgesetzt sind, noch die finanziellen und strukturellen Herausforderungen durch den Kostendruck im öffentlichen Gesundheitswesen zu bewältigen. Die Universitätsmedizin hat sich daher in den letzten Jahren zunehmend einem strukturellen Wandel unterzogen. Hierzu zählt der von den meisten Ländern in den vergan-

²¹ Die Ärztliche Approbationsordnung setzt einen bestimmten Fächerkanon voraus. Die Zulassungszahlen der Studierenden im klinischen Bereich werden maßgeblich durch die Zahl der Betten und der poliklinischen Neuzugänge vorgegeben. Schwerpunkte in der klinischen Forschung setzen entsprechende Kompetenzen in der stationären und ambulanten Krankenversorgung (Spezialambulanzen) voraus. Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, Drs. 6913-05, Bremen, November 2005, S. 49 ff. (zur Kapazität) und S. 63 ff. (zur Forschung).

genen Jahren durchgeführte Rechtsformwechsel, der die Universitätsklinika in eine gewisse Selbstständigkeit entlassen und ihnen stärkeres unternehmerisches Handeln ermöglicht hat. Nachfolgend sollen diese Entwicklung und die darüber hinausgehenden finanz- und strukturpolitischen Herausforderungen kurz skizziert werden.

II.1. Struktur und Entwicklung

Die Universitätsklinika gehören mit 804 bis 3.240 Planbetten und 2.300 bis 15.000 Vollkräften zu den größten Krankenhäusern in Deutschland. Bei einem zahlenbezogenen Anteil von 1,5 % an allen Krankenhäusern versorgen sie über 9 % aller stationären Patienten. Im Jahr 2003 wurden rund 15 % aller ambulanten Operationen in Universitätskliniken durchgeführt. Darüber hinaus erbringen die Universitätsklinika weitere bedeutende nichtstationäre Versorgungsleistungen. So sorgen sie u.a. durch Spezialambulanzen, die es außerhalb von Universitätsklinika nicht gibt, etwa im Bereich seltener Erkrankungen für eine Sicherstellung der Krankenversorgung im ambulanten Bereich. Als Krankenhäuser der Maximalversorgung halten die Universitätsklinika zumeist das gesamte medizinische Fächerspektrum vor und versorgen Patienten mit komplexen Erkrankungen und Verletzungen, deren Behandlung von den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung abgelehnt werden kann. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eines Universitätsklinikums sind umfassender ausgeprägt als in anderen Krankenhäusern. Aufgrund der verstärkten Durchführung risikobehafteter Behandlungen ist der Anteil der Universitätsklinika an der intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland mit 18 % entsprechend hoch. Für die Erfüllung dieser Aufgabenvielfalt beschäftigen sie rund 20 % aller Klinikärzte in Deutschland (siehe Übersicht 1).

Übersicht 1: Vergleichsdaten zur Krankenversorgung für das Jahr 2003

	Anzahl	Vollstationäre Aufnahmen	Berechnungstage Intensivpflege	Ärzte (Vollkräfte)
Krankenhäuser insgesamt	2.197	17,3 Mio.	6,6 Mio.	114.105
darunter Uni- versitätsklinika	34 1,5 %	1,6 Mio. 9,2 %	1,2 Mio. 18,1 %	22.844 20,0%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 / Reihe 6.1 für das Jahr 2003, <http://www.destatis.de>.

Je nach Präsenz weiterer Krankenhäuser am Standort, sind die Universitätsklinika in unterschiedlichem Umfang in die regionale Grund- und Regelversorgung eingebunden. Einige Universitätsklinika kooperieren in bestimmten Fächern (insbesondere Orthopädie, Psychiatrie, Herzzentren) mit anderen Krankenhäusern und halten somit diese Fächer nicht am Klinikum vor. Zu den Aufgaben universitätsmedizinischer Einrichtungen zählen auch Dienstleistungen für die öffentliche Gesundheitspflege und hoheitliche Tätigkeiten (insbesondere mit Instituten für Hygiene, Medizinische Mikrobiologie und Virologie, Rechtsmedizin und Forensische Psychiatrie).

Den Veränderungen im Gesundheitswesen wird in den Ländern seit 1998 unter anderem mit einer Verselbstständigung der Universitätsklinika – in der Regel zu rechtsfähigen Anstalten des öffentlichen Rechts – begegnet. Entscheidungsstrukturen, in denen operative Geschäftsführung und Trägerfunktionen klar voneinander getrennt werden, sollen für mehr Flexibilität und vereinfachte Entscheidungswege sorgen. Der Staat zieht sich dabei aus der Detailsteuerung in ein Aufsichtsgremium zurück und beschränkt sich auf eine Rechtsaufsicht. Um den Zusammenhang des verselbstständigten Klinikums mit der Universität zu wahren, wird die institutionelle und personelle Verankerung von Forschung und Lehre in den Leitungs- und Aufsichtsorganen des Klinikums vorausgesetzt. Wissenschaftsrat und Kultusministerkonferenz (KMK) haben für die Gestaltung dieser organisationsrechtlichen Reformen Vorschläge und Empfehlungen vorgelegt.²² Von der KMK wird die Verselbstständigung der Universitätsklinika in Anstalten öffentlichen Rechts präferiert, verbunden mit personellen Verflechtungen zwischen den Leitungsorganen von Klinikum und Fakultät (**Kooperationsmodell**). Der Wissenschaftsrat befürwortet hingegen eine Organisationsvielfalt, die sowohl die Rechtsformen des öffentlichen und privaten Rechts als auch eine Integration der Leitungsorganisation des Klinikums und der Fakultät einschließt. Für das sog. **Integrationsmodell** (Niedersachsen, Hamburg und Berlin) ist die Zusammenfassung von Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten für Forschung, Lehre und Krankenversorgung in einem einheitlichen Vorstand charakteris-

²² Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1995, Band I, Köln 1996, S. 77-99. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin. Aufgaben, Organisation, Finanzierung, Köln 1999. Kultusministerkonferenz: Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin, Beschluss vom 29. September 1995.

tisch. Eine zusammenfassende Darstellung der bisher in den Ländern realisierten Rechtsformen für die staatlichen Universitätsklinika zeigt Übersicht 2.

Mit Errichtung der Universitätsklinika als rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts wurde die Zuordnung des Personals in der Regel so getroffen, dass das nicht-wissenschaftliche Personal an die Anstalten überführt wird und das ärztlich-wissenschaftliche Personal bei der Fakultät und damit beim Land verbleibt.²³ Eine weitergehende Umwandlung der staatlichen Universitätsklinika in eine private Rechtsform, etwa eine GmbH, ist bisher nur in Hessen durchgeführt worden.

Unter zunehmendem wirtschaftlichen Druck wird jedoch neben dem Wechsel der rechtlichen Organisationsstruktur in den Ländern, die über mehr als eine Medizinische Fakultät und ein Universitätsklinikum verfügen, verstärkt die Vorstellung verfolgt, an mehreren Standorten vertretene Fachgebiete mit Hilfe von Kooperationen teilweise einzusparen. Der Fortbestand einzelner Standorte wurde bisher selten in Frage gestellt; ihr Abbau aber auch nicht ausgeschlossen.

Ergänzend zu den Kooperationsbestrebungen ist ein Trend zur Spezialisierung sowohl im Bereich der Forschung als auch bei der Krankenversorgung zu verzeichnen, der nicht nur unter Kostengesichtspunkten sondern auch unter dem Aspekt der Qualitätssicherung und der Profilbildung im steigenden Wettbewerb gesehen werden muss.

Zu einer Spezialisierung trägt auch die Festlegung von Mindestmengen für verschiedene große operative Eingriffe bzw. komplexe medizinische Erkrankungen bei, die auf einer Korrelation von Fallzahl und Ergebnisqualität beruhen. Sie sind ein Instrument der Qualitätssicherung, für dessen Ausbau sich der Wissenschaftsrat unlängst ausgesprochen hat.²⁴

²³ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Wiederaufnahme der rechtlich verselbstständigten Universitätsklinika des Landes-Sachsen-Anhalt in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes, Drs. 6324-04, Hamburg, November 2004.

²⁴ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, Drs. 6913-05, Bremen, November 2005, S. 78 ff.

**Übersicht 2: Rechtsformen der staatlichen Universitätsklinika in Deutschland
(Stand: Januar 2006)**

Bundesland	Standort	Rechtlich selbstständig: Kooperationsmodell	Rechtlich selbstständig: Integrationsmodell	Rechtlich unselbstständig
Baden-Württemberg ¹⁾	Freiburg	AöR		
	Heidelberg	AöR		
	Tübingen	AöR		
	Ulm	AöR		
Bayern ²⁾	Erlangen-Nürnberg			x
	LMU München			x
	TU München ³⁾	AöR		
	Regensburg			x
	Würzburg			x
Berlin	Charité ⁴⁾		Gliedkörperschaft	
Hamburg	Hamburg		Gliedkörperschaft	
Hessen	Frankfurt	AöR		
	Gießen/Marburg ⁵⁾	GmbH		
Mecklenburg-Vorpommern	Greifswald	AöR		
	Rostock	AöR		
Niedersachsen ⁶⁾	Hannover			Medizinische Hochschule
	Göttingen			Bereich der Stiftungsuniversität
Nordrhein-Westfalen ⁷⁾	Aachen	AöR		
	Bonn	AöR		
	Düsseldorf	AöR		
	Essen	AöR		
	Köln	AöR		
	Münster	AöR		
Rheinland-Pfalz	Mainz	AöR		
Saarland	Homburg	AöR		
Sachsen	Leipzig	AöR		
	Dresden	AöR		
Sachsen-Anhalt	Halle	AöR		
	Magdeburg	AöR		
Schleswig-Holstein	Kiel/Lübeck ⁸⁾	AöR		
Thüringen	Jena			x

AöR: rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts,

Gliedkörperschaft: rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts

1) Ohne Mannheim. Die Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg nutzt als Universitätsklinikum die Klinikum Mannheim gGmbH der Stadt Mannheim (Alleingesellschafterin).

2) Bayern plant die Errichtung der übrigen Universitätsklinika als AöR zum 1. Juni 2006.

3) Klinikum rechts der Isar.

4) Charité - Universitätsmedizin Berlin als Gliedkörperschaft der FU Berlin und der HU Berlin.

5) Das Universitätsklinikum Gießen und Marburg dient den beiden Medizinischen Fakultäten in Gießen und Marburg. Der Formwechsel von der AöR zur GmbH wurde am 2. Januar 2006 vollzogen.

6) Integrationsmodelle.

7) Ohne Witten-Herdecke (private Universität) und Bochum. Die Medizinische Fakultät der Universität Bochum kooperiert mit verschiedenen Krankenhausträgern und verfügt über kein eigenes Universitätsklinikum.

8) Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein dient den beiden Medizinischen Fakultäten in Kiel und Lübeck.

II.2. Grundlagen der Finanzierung

Der besondere Status der Universitätsmedizin mit der Zugehörigkeit zum Hochschul- und Wissenschaftssystem einerseits und zum Gesundheitssystem andererseits spiegelt sich auch in der Systematik ihrer Finanzierung wider. Die Mittel für die Universitätsmedizin (siehe Übersicht 3) setzen sich entsprechend ihrer Aufgaben aus unterschiedlichen Quellen zusammen:

- Die Aufwendungen der Kostenträger für die Krankenversorgung; die bereinigten Kosten beliefen sich 2003 für die Universitätsklinika auf etwa 7,6 Mrd. Euro;²⁵
- den Zuschüssen der Länder für Forschung und Lehre sowie sonstige Trägeraufgaben an die 36 Medizinischen Fakultäten und ihre Klinika; 2002 belief sich dieser Betrag auf insgesamt rund 3,0 Mrd. Euro;²⁶
- von Dritten eingeworbene Mittel zur Durchführung von Forschungsprojekten, die u.a. von öffentlich finanzierten Einrichtungen, Stiftungen oder aus der Wirtschaft kommen; die Drittmittelinwerbungen der Universitätsmedizin beliefen sich 2003 auf rund 0,9 Mrd. Euro;²⁷
- die auf der Basis von Art. 91 a des Grundgesetzes von Bund und Ländern jeweils hälftig aufgebrauchten Investitionen für Gebäude und Großgeräte. Im Rahmen dieser Gemeinschaftsaufgabe wurden von 1974 bis 2004 insgesamt 22,9 Mrd. Euro (reale Ist-Ausgaben) für die Universitätsmedizin aufgewendet; dies entspricht etwa 31 % der Gesamtaufwendungen. Im Jahr 2004 belief sich diese Summe auf rund 0,9 Mrd. Euro.²⁸ Zusätzlich führen die Länder Investitionen, die unterhalb der Bagatellgrenze des HBFG liegen, in alleiniger Finanzierung durch.

²⁵ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 / Reihe 6.3 für das Jahr 2003, <http://www.destatis.de>.

²⁶ Erhebungsdaten der Kultusministerkonferenz (KMK) für das Jahr 2002.

²⁷ Statistisches Bundesamt, Fachserie 11 / Reihe 4.5 für das Jahr 2003, <http://www.destatis.de>.

²⁸ Angaben des BMBF. Mit dem 35. Rahmenplan für den Hochschulbau klafft erstmals eine Lücke von über 1 Mrd. Euro zwischen dem vom Wissenschaftsrat für erforderlich gehaltenen Finanzvolumen in Höhe von rund 2,9 Mrd. und den für den Rahmenplan für 2006 zur Verfügung stehenden Mitteln in Höhe von 1,85 Mrd. Euro. Dieser Betrag ergibt sich aus dem Haushaltsansatz des Bundes, der bei 925 Mio. Euro liegt und von den Ländern durch die gleiche Summe gegenfinanziert wird. Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 35. Rahmenplan für den Hochschulbau 2006 – 2009, Köln 2005.

Übersicht 3: Finanzierung von Krankenhäusern (Stand: Januar 2006)

Kostenbereiche	Nicht-universitäre Krankenhäuser in Landeskrankenhausplan aufgenommen	Universitätsklinik in die Anlage zum HBFG aufgenommen
Krankenversorgung	Krankenkassen über die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß SGB V, KHG, KHEntgG, BpflV und KFPV	
Forschung und Lehre		Zuführungsbeträge der Länder, Drittmittel
Investitionen	<ul style="list-style-type: none"> • Länder über Einzel- oder Pauschalförderung (§ 9 KHG) • Krankenkassen über Investitionszuschlag je Berechnungs-/Belegungstag für Krankenhäuser der neuen Bundesländer (Art. 14 GSG) 	Bund und Länder für Bauvorhaben über 1,5 Mio. € und für Großgerätebeschaffungen über 125 TEuro (§ 3 HBFG), unterhalb dieser Grenzen allein die Länder

Abkürzungen:

BPflV	Bundespflegeverordnung	KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz	KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz	SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
KFPV	Fallpauschalenverordnung		

Nach dem in § 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) formulierten Grundsatz der dualistischen Finanzierung („Dualistik“) werden die Investitionskosten für die Krankenhäuser im Landeskrankenhausplan in der Regel im Wege der öffentlichen Förderung durch die Länder übernommen. Die Kostenträger haben hingegen durch Vergütung der medizinischen Leistungen die Finanzierung der laufenden Betriebskosten zu decken. Für die Universitätsklinik tritt anstelle des KHG das Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG), nach dessen Bestimmungen die baulichen und apparativen Investitionen von Bund und Ländern gemeinsam finanziert werden (siehe Übersicht 3).

Übersicht 4 zeigt eine Gegenüberstellung der im Jahr 2004 nach KHG und HBFG in die Krankenhäuser bzw. Medizinischen Einrichtungen geflossenen öffentlichen För-

dermittel für Investitionen. Den rund 0,9 Mrd. Euro für die Universitätsmedizin stehen dabei knapp 2,8 Mrd. Euro für die Plankrankenhäuser gegenüber.

Übersicht 4: Öffentliche Investitionen (in Mio. Euro) in Krankenhäuser¹⁾ bzw. Medizinische Einrichtungen²⁾ im Jahr 2004

	KHG-Fördermittel¹⁾	HBFG-Ist-Ausgaben²⁾
Baden-Württemberg	322,30	153,94
Bayern	452,55	191,61
Berlin	144,68	10,65
Brandenburg	127,04	-
Bremen	34,10	-
Hamburg	70,73	25,75
Hessen	230,10	69,77
Mecklenburg-Vorpommern	127,80	48,15
Niedersachsen	87,39	51,36
Nordrhein-Westfalen	485,82	128,76
Rheinland-Pfalz	118,80	25,36
Saarland	38,18	20,01
Sachsen	154,25	44,17
Sachsen-Anhalt	172,51	59,32
Schleswig-Holstein	86,40	28,93
Thüringen	134,08	42,07
Deutschland	2.786,73	903,15*

1) Quelle: das Krankenhaus 12/2005, S. 1117. Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), Statistisches Bundesamt und Berechnungen der DKG.

Die Ansätze basieren auf den jeweiligen öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden:

1. Investitionsmittel der Hochschulkliniken; 2. Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser; 3. Eigenmittel der Plankrankenhäuser; 4. Mittel zu Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen; 5. Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge.

2) Quelle: Wissenschaftsrat nach Angaben des BMBF; Stand: 17. Juni 2005. Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 35. Rahmenplan zum Hochschulbau 2006 – 2009, Köln 2005, Übersicht 7 im Allgemeinen Teil bzw. Übersicht A in den Länderteilen.

Die Angaben bezeichnen nominale Ist-Ausgaben. Einschließlich Vorhaben nach der Vereinbarung „UK 2004“. Medizinische Einrichtungen sind alle Einrichtungen für die Fächergruppe Humanmedizin (einschließlich Zahnmedizin), d.h. medizinisch-theoretische Institute, vorklinische Einrichtungen und Kliniken. *Einschließlich den der Fächergruppe Humanmedizin zugerechneten Ist-Ausgaben in Brandenburg (1,17 Mio. Euro) und Bremen (2,11 Mio. Euro).

Vor dem Hintergrund der Trennung von HBFG und KHG ist darauf hinzuweisen, dass der geltende § 12 Abs. 3 des HBFG vorschreibt, dass das Land an den Bund bei Zweckentfremdung eines aufgrund des Rahmenplans durchgeführten Vorhabens einen Betrag in Höhe der Hälfte des Verkehrswertes zurückzahlen hat. Dies könnte der Fall sein, wenn ein Universitätsklinikum an einen privaten Dritten verkauft wird

und es sich dauerhaft nicht mehr um eine in die Anlage zum HBFVG aufgenommene Hochschuleinrichtung handelt, die einer Hochschule angegliedert ist.

Für die Realisierung von Betreibermodellen im Krankenhausbereich stellt die dualistische Finanzierung einen Hemmschuh dar. Konzepte, in denen komplexe Verträge die Finanzierung von Bau und Betrieb innerhalb eines Projektes und aus einer Hand abdecken, lassen sich schwer im bestehenden Finanzierungssystem abbilden, das eine klare Trennung von Investitions- und Betriebskosten vorsieht. Erfüllen Vorhaben die engen Kriterien für eine HBFVG-Förderung (die sich ausschließlich auf die Bauinvestitionen erstreckt) nicht, so entfällt auch die Mitfinanzierung durch den Bund. Die Möglichkeit zur gesetzeskonformen Ausgestaltung der PPP-Projekte wird entscheidend dafür sein, ob sich Betreibermodelle – und die sich damit erhofften Effizienzvorteile – im Krankenhausbereich realisieren lassen.

Vor einer gravierenden Umstellung steht das System der Investitionsfinanzierung der Universitätsklinik bei Umsetzung der Pläne zur Föderalismusreform, auf die sich die große Koalition geeinigt hat.²⁹ Im Rahmen der Neuordnung der Finanzverantwortung soll es zu einem Abbau von Mischfinanzierungen von Bund und Ländern kommen und u.a. die bisher in Art. 91 a Grundgesetz festgeschriebene Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau abgeschafft werden.³⁰ Der allgemeine Aus- und Neubau von Hochschulen einschließlich der Universitätsklinik würde damit künftig allein von den Ländern wahrgenommen. Als Kompensation sollen den Ländern von 2007-2019 für den durch die Abschaffung der Gemeinschaftsaufgaben bedingten Wegfall der Finanzierungsanteile des Bundes jährlich Beträge des Bundes zustehen, die als Festbeträge zweckgebunden an den Aufgabenbereich der bisherigen Mischfinanzierungen verteilt werden. Bund und Länder sollen bis Ende 2013 überprüfen, in welcher Höhe die zugewiesenen Finanzierungsmittel zur Aufgabenerfüllung der Länder noch angemessen und erforderlich sind. Die gruppenspezifische Zweckbindung soll ab 2014 entfallen, lediglich die investive Zweckbindung erhalten bleiben.

²⁹ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005: Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Anlage 2: Ergebnis der Koalitionsarbeitsgruppe zur Föderalismusreform (Stand: 7. November 2005).

³⁰ Die Förderung von Großgeräten und Vorhaben nationaler Exzellenz soll über die Gemeinschaftsaufgabe Forschungsförderung nach Art. 91 b GG fortgeführt werden.

Der Wegfall der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau und die damit verbundene Aufhebung des HBFG hätten für die Universitätsklinika weit reichende Folgen, die in ihrer Konsequenz auch eine Änderung weiterer Bundesgesetze erforderlich macht. Entscheidender Punkt ist die Tatsache, dass für den Status „Universitätsklinikum“ die Aufnahme in die Anlage (Hochschulverzeichnis) zum HBFG die bislang einzige bundeseinheitliche Bezugsgröße darstellte. Fällt dieser Bezugspunkt weg, ist eine neue Regelung erforderlich, die den gleichen Zweck erfüllt.

Das KHG (§ 5 Abs. 1 Nr. 1) sieht wie oben beschrieben vor, dass die Investitionen für Krankenhäuser, die nach dem HBFG gefördert werden, nicht unter das KHG fallen. Würde das HBFG ersatzlos gestrichen, gerieten die Universitätsklinika automatisch in den Geltungsbereich des KHG, das jedoch nicht auf eine Berücksichtigung von Forschung und Lehre ausgelegt ist. Nach den Grundsätzen des KHG könnten demnach voraussichtlich nur die Investitionen für die Krankenversorgung finanziert werden – und dies nach Maßgabe des in den Landeskrankenhausplänen festgelegten Bedarfs. Der Bedarf an Baumaßnahmen für Forschung und Lehre, so auch für die Hochschulambulanzen, müsste von den Ländern aus den Mitteln für Investitionen in die Hochschulen (einschließlich der zweckgebundenen Finanzierungsmittel des Bundes) bestritten werden.³¹ Neue Mischfinanzierungen für Universitätsklinika innerhalb der Länder und die Forderung nach einer Zusammenführung eines Teils der vom Bund zur Verfügung gestellten Beträge mit den Fördermitteln nach dem KHG könnten die Folge sein. Berücksichtigt man zudem die in den Ländern zurückgegangenen Haushaltsansätze für die Krankenhausfinanzierung könnte dies aus wissenschaftspolitischer Sicht zu einer massiven Einschränkung der Verwendung der Mittel für Investitionen in die Hochschulen und der Flexibilität ihres Einsatzes führen.

Die Auflistung in der Anlage zum HBFG sicherte den Universitätsklinika bislang auch die Zulassung als Krankenhaus nach § 108 Nr.1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V). Danach dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlungen neben den Universitätsklinika nur in Krankenhäusern erbringen lassen, die entweder in den Landeskrankenhausplan aufgenommen sind oder mit denen sie einen Versorgungs-

³¹ Zusätzliche Fördermittel des Bundes könnten – allerdings nur für Forschungsbauten – über den neu vorgesehenen Art. 91 b Abs. 1 Nr. 2 GG hinzukommen.

vertrag abgeschlossen haben. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Bundespflegesatzverordnung (BPflV) verweisen ebenfalls auf die Anlage zum HBFG, wonach eine Aufnahme in das Hochschulverzeichnis zur Definition des Versorgungsauftrags ausreicht. Mit einer ersatzlosen Streichung des HBFG könnten die Universitätsklinika demnach in eine stärkere Abhängigkeit von der Krankenhausplanung der Gesundheits- und Sozialministerien der Länder geraten. Eine untergeordnete Rolle von Forschung und Lehre wäre die Folge.

II.3. Aktuelle Herausforderungen

Die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und organisatorischen Gegebenheiten schränken die staatlichen Universitätsklinika über Gebühr ein. Die sinkende Finanzkraft des Bundes und der Länder lässt auch die für Forschung, Lehre und hiermit verbundene Krankenversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen schwinden. Dies zeigt sich insbesondere in dem seit Jahren eng bemessenen Spielraum der bisherigen Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau, die zunehmend unterfinanziert ist. Dies führt zu einem massiven Investitionsdefizit; notwendige Ersatzinvestitionen werden nicht getätigt und Neuinvestitionen müssen zurückgestellt werden. Dies gilt inzwischen auch für allgemein als finanzkräftiger eingestufte Länder. Für die Universitätsklinika bedeutet dies, dass die Modernisierung der für Versorgungszwecke als auch für akademische Belange notwendigen Infrastruktur verzögert wird. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Bedarf für Forschung und Lehre für eine modernen Standards entsprechende Ausstattung mit Großgeräten unverändert hoch ist und sich zugleich die Erneuerungszyklen der Geräte aufgrund der technischen Entwicklung verkürzen. Dauert diese Entwicklung an, dürfte dies in der Konsequenz eine Schwächung der Wettbewerbsfähigkeit in der Forschung und eine Gefährdung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Bereich der Krankenversorgung bedeuten.

Wettbewerb besteht für die Universitätskliniken in zunehmendem Maße auch auf dem Sektor der Krankenversorgung. Mit Ablösung des ausschließlich am Tagesaufenthalt des Krankenhauspatienten gekoppelten Pflegesatzsystems durch das diagnoseorientierte Fallpauschalensystem (engl.: Diagnosis Related Groups, DRG) zum

1. Januar 2004 erfolgt die Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung entsprechend vorgegebener Fallgruppen. Das System sieht vor, dass ab 2005 in einer vierjährigen Angleichungsphase eine schrittweise Heranführung der Krankenhausbudgets an ein landeseinheitliches Preisniveau (Landesbasisfallwert) erfolgt. Mit dieser Konstruktion gehen erhebliche finanzielle Umverteilungen in der Konvergenzphase einher. Für die Universitätsklinik, die mit ihren Basisfallwerten deutlich über den Landesbasisfallwerten liegen, ist nach Abschluss der Konvergenzphase im Jahr 2009 derzeit mit Erlöseinbußen von etwa 450 Mio. Euro zu rechnen.³² Dies erschwert auch die bisherige Defizitverringern im Bereich der Hochschulambulanzen aus Einnahmen der stationären Versorgung.

Gerade das DRG-System macht jedoch zusätzlich zum schon bestehenden Sanierungsbedarf Investitionen in die Universitätsklinik erforderlich denn je. Um dem steigenden Kostendruck begegnen zu können, ist eine Prozessoptimierung und eine Neuorganisation der Abläufe in der Krankenversorgung unumgänglich, was jedoch an vielen Klinikstandorten bauliche Veränderungen voraussetzt oder gar Neubauten erforderlich macht.

Eine weitere strukturpolitische Veränderung betrifft die zunehmende Verlagerung von ehemals stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich. Die Universitätsklinik werden sich mit einem erweiterten Katalog für Ambulantes Operieren und stationärer ersetzende Maßnahmen auf die Substitution von bis zu 20 % der stationären Leistungen einstellen müssen. Im ambulanten Bereich ergeben sich aber auch neue Chancen. Über Direktverträge mit den Krankenkassen können die Krankenhäuser für spezielle Leistungen Zugang zur ambulanten ärztlichen Behandlung bekommen.³³ Möglichkeiten für eine erweiterte Betätigung ergeben sich für Krankenhäuser zudem durch die neuen Versorgungsformen wie der Integrierten Versorgung oder die Medi-

³² Vorläufige Einschätzung durch die Kultusministerkonferenz (KMK) im Jahr 2005. Die Angaben beziehen sich jeweils auf die vollzogene Konvergenz zum Landesbasisfallwert, beschreiben also die Erlöseinbußen ab dem Jahr 2009. Grundsätzlich entsprechen die genannten Mindererlöse einem Differenzbetrag von etwa 400 Euro zwischen dem Landesbasisfallwert und dem Universitätsklinik-Basisfallwert. Gegenüber dem Jahr 2004 wird bereits im Jahr 2007 der Erlösausfall bei den Universitätsklinik 4,5 % (Inanspruchnahme der Kappung) betragen. Das entspricht 300 Mio. Euro.

³³ Ambulante Öffnung der Krankenhäuser nach § 116b SGB V für spezielle Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP), bei hochspezialisierten Leistungen, bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen.

zinischen Versorgungszentren.³⁴ Private Klinikbetreiber mögen hier mit ihrer stärkeren Marktorientierung und offensiveren Marktpolitik einen Vorteil haben. Zudem sind sektorübergreifende Konzepte in einem Konzern, der neben Akutkrankenhäusern zum Beispiel auch Reha-Kliniken betreibt, im Sinne einer Wertschöpfungskette einfacher zu realisieren.

Zu beachten sind mögliche Mehraufwendungen, die aus dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH), das Bereitschaftszeiten des Personals in Krankenhäusern als Arbeitszeit anerkennt und dessen Umsetzung mit der Novellierung des deutschen Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) resultieren.³⁵

Von den rechtlich verselbstständigten Universitätsklinika wird zunehmend der Umstand kritisiert, dass sie bei ihrer Errichtung als Anstalt des öffentlichen Rechts in der Regel die Bindung an die Tarifverträge und die Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst mit auf den Weg bekommen haben. Sie sehen hierin gravierende Nachteile im Gesundheitsmarkt gegenüber den Mitkonkurrenten und plädieren in beiden Fällen für einen Ausstieg.

Die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) regelt die Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes. Der abgeschlossene Tarifvertrag über die betriebliche Altersversorgung der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes gilt verpflichtend für alle Beschäftigten, die unter den Geltungsbereich nahezu aller Tarifverträge des öffentlichen Dienstes fallen und deren Arbeitgeber bei der VBL Beteiligte sind. Der Arbeitgeberanteil an der Zusatzversorgung beläuft sich für Universitätsklinika auf mehrere Millionen Euro pro Jahr und ist in den letzten Jahren merklich gestiegen. Modelle der Altersversorgung auf privatrechtlicher Ebene werden daher häufig als attraktiver angesehen, da sie bei geringerem Aufwand gleiche oder auch höhere Leistungen erwarten lassen. Auch die verselbstständigten Universitätsklinika sind in der Regel durch die Länder verpflichtet worden, die bestehenden Tarifverträge auf

³⁴ Integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V, Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V.

³⁵ Der Gesetzgeber sieht mit § 4 Abs. 13 KHEntgG einen Ausgleich vor: Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen können die Vertragsparteien bis 2009 jährlich einen Zuschlag bis zu einer Höhe von 0,2 % auf das Erlösbudget vereinbaren. Voraussetzung ist der Nachweis zusätzlicher Personalkosten aufgrund einer Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung.

die Beschäftigungsverhältnisse anzuwenden. Tarifgebundene Arbeitgeber haben derzeit keine Kündigungsmöglichkeit. Nach geltender Satzung hat der aus der VBL ausscheidende Arbeitgeber für die aus seiner Beteiligung hervorgegangenen derzeitigen und künftigen Rentenlasten an die VBL einen Gegenwert als „Ablösesumme“ zu zahlen. Nach Schätzungen beträgt der Gegenwert ein Vielfaches des Jahresumlagesatzes, was für ein durchschnittliches Universitätsklinikum eine Größenordnung von über 100 Mio. Euro bedeutet. In den neuen Bundesländern erscheint der Austritt aus der VBL attraktiver, da hier wegen der kürzeren Zugehörigkeit geringere Ablösesummen fällig sind.

A.III. Kooperationen in der Universitätsmedizin

Die Zusammenarbeit mit außeruniversitären Krankenhäusern spielt in der Universitätsmedizin schon lange – weit vor einer Diskussion um PPP und Privatisierungen – eine große Rolle. Viele Medizinische Fakultäten können zum Teil schon auf jahrzehntelange Erfahrungen mit der Einbeziehung von Kooperationspartnern zurückblicken. Insbesondere mit der Gründung neuer Universitäten in den 1960/70er Jahren wurde auch mit der Errichtung eigener Universitätsklinika begonnen. Um parallel zu einem Bau der Universitätsklinika bereits eine Ausbildung in den klinischen Studienabschnitten zu ermöglichen, wurden z.B. an Universitätsstandorten wie Ulm oder Regensburg bestimmte Fachgebiete extern etabliert. Die Kooperationspartner waren zunächst in der Regel Krankenhäuser in öffentlicher (kommunaler) oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Waren viele dieser Kooperationen zunächst nur für eine Übergangszeit geplant, sind aus Ihnen Partnerschaften auf Dauer geworden, da der geplante Vollausbau der Universitätsklinika aus finanziellen Gründen nicht realisiert werden konnte.

Im Fall der Ruhr-Universität Bochum wurde 1975 entschieden, ganz auf den geplanten Neubau eines Klinikums zu verzichten. Die Fakultät blieb so auf eigene vorklinische Einrichtungen beschränkt. Die Ausbildung in den klinischen Studienabschnitten wird im so genannten „Bochumer Modell“ durch die vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit bestehenden Krankenhäusern der Region ermöglicht. Die Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg stellt ebenfalls

einen Sonderfall dar. Hier ist die Klinikum Mannheim gGmbH der Stadt Mannheim der alleinige klinische Partner.

Darüber hinaus sind in den 1990er Jahren Unternehmen der Privatwirtschaft als Träger von Kooperationseinrichtungen oder als Partner im Rahmen von PPP-Modellen, die die Finanzierung und Erstellung von Bauvorhaben oder die Betriebsführung des Klinikums zum Inhalt haben, hinzugekommen.

Bei der Kooperation zwischen öffentlichen Einrichtungen handelt es sich um eine Public-Public-Partnership. Sie unterscheidet sich von einer PPP durch das Zielsystem. Dennoch sind auch hier die gleichen Details vertraglich festzulegen, die auch bei Kooperationsverträgen mit Partnern aus der Privatwirtschaft zu berücksichtigen sind. Hierzu zählen etwa die Ausgestaltung von Berufungen, die Freistellung wissenschaftlicher Mitarbeiter für Forschung und Lehre, die Transparenz der Verwendung von Geldern aus dem Landeszuführensbetrag für Forschung und Lehre und die wechselseitige Nutzung von Ressourcen. Im Hinblick auf die Kompatibilität der Ziele kann es jedoch durchaus einen Unterschied machen, ob der Partner öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich agiert. Im Falle eines privaten Klinikkonzerns als Partner der öffentlichen Hand kann es im Vergleich zu einem öffentlichen oder freigemeinnützigen Partner schwieriger sein, dessen Gewinninteresse mit den Belangen von Forschung und Lehre in Einklang zu bringen.

Die wesentlichen Kooperationen in der Universitätsmedizin, die an den verschiedenen Standorten mit öffentlichen, freigemeinnützigen oder privaten Trägern und Betreibern existieren, sind in Übersicht 5 zusammengefasst. Die Kooperationen mit privaten Partnern werden im Anschluss genauer untersucht.

**Übersicht 5: Ausgewählte Kooperationen der Universitätsmedizin aufgliederung nach Leistungsbereich und Trägerschaft des Partners
(Stand: Januar 2006)**

Bundesland	Standort	Leistungsbereich der Partner	Trägerform der Kooperationspartner	Bemerkungen	
Baden-Württemberg	Heidelberg	Orthopädie	öffentlich	Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg-Schlierbach als Landesstiftung geführt	
		Neubau Medizinische Klinik	privat/öffentlich	Planung, Finanzierung und Errichtung des Bauvorhabens, Bauzeitraum 2000-2004	
	Mannheim	ganzes Klinikum	öffentlich	Klinikum Mannheim gGmbH mit Stadt als alleiniger Trägerin	
	Ulm	Psychiatrie, Neurochirurgie	öffentlich	Bezirkskrankenhaus Günzburg	
		Neurologie, Orthopädie	privat/öffentlich	Rehabilitationskrankenhaus Ulm gGmbH, zu je 50% privater Träger und Universitätsklinikum Ulm	
Bayern	Erlangen	Stationäre Urologie	freigemeinnützig	Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH, nur Erwachsenenurologie	
		Herzchirurgie ¹⁾ , Innere Medizin (Nephrologie)	öffentlich	Klinikum Nürnberg in Trägerschaft der Stadt, ohne Aufgabe dieser Fächer am Universitätsklinikum	
	LMU München	Stationäre Dermatologie	öffentlich	Städtisches Klinikum München GmbH, Klinik Thalkirchner Straße, Kooperation seit 1929	
	TU München	Herzzentrum	öffentlich	Deutsches Herzzentrum München in Trägerschaft des Landes	
		Betriebsführung des Herzzentrums	privat	Managementvertrag seit 1997, 2002 Wechsel des Partners	
	Regensburg	Regensburg	Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Pädiatrie	freigemeinnützig	Krankenhaus St. Josef und Klinik St. Hedwig in verschiedener Trägerschaft
			Neurologie, Psychiatrie	öffentlich	Bezirksklinikum Regensburg
			Orthopädie	privat	Rheuma-Zentrum Bad Abbach, seit 2004 privater Träger (vorher BRK)

Berlin	Charité	Kliniken für Tumor- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen	privat	Kliniken am Campus Berlin-Buch seit 2001 in privater Trägerschaft (vorher HU Berlin)
Hessen	Frankfurt am Main	Orthopädie	freigemeinnützig	Stiftung Friedrichsheim
		Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ²⁾	freigemeinnützig	Stiftung Carolinum, gemeinnützige Institution privaten Rechts
	Gießen/Marburg	Universitätsklinikum ³⁾	privat	GmbH seit 2006, Gesellschafter: 95 % privater Träger, 5 % Land
	Gießen	Neubau Kinderherztransplantationszentrum	privat	Planung, Finanzierung und Errichtung des Bauvorhabens
Mecklenburg-Vorpommern	Greifswald	Psychiatrie	privat	Hanse-Klinikum Stralsund GmbH, seit 2004 in privater Trägerschaft
	Rostock	Frauenheilkunde, Neonatologie	öffentlich	Kooperations- und Betreibervertrag mit dem Klinikum Südstadt Rostock, Eigenbetrieb der Hansestadt Rostock
		Betriebsführung des Klinikums	privat	Managementvertrag von 2000-2003
Niedersachsen	Hannover	Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie ⁴⁾	öffentlich	Klinikum Hannover-Oststadt, Eigenbetrieb der Region Hannover
		Orthopädie	freigemeinnützig	Annastift Hannover
Nordrhein-Westfalen	Bochum	gesamte Krankenversorgung	freigemeinnützig/öffentlich	seit 1977 Verträge mit einer Reihe von Krankenhäusern der Region
	Düsseldorf	Psychiatrie, Psychosomatische Medizin	öffentlich	Rheinische Kliniken Düsseldorf in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland
	Essen	Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Forensische Psychiatrie	öffentlich	Rheinische Kliniken Essen in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland
		Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	freigemeinnützig	Kliniken Essen-Mitte Evang. Huysens-Stiftung/Knappschaft gGmbH, mehrere Träger
		Pneumologie	freigemeinnützig	Ruhrlandklinik Essen-Heidhausen
	Köln	Innere Medizin (Endokrinologie)	öffentlich	Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Krankenhaus Merheim
Sachsen	Leipzig	Herzzentrum	privat	seit 1994
	Dresden	Herzzentrum	privat	seit 2002

Thüringen	Jena	Orthopädie	öffentlich	Waldkrankenhaus Eisenberg gGmbH, Gesellschafter: 73,27 % Landkreis, 26,73 % Land
		schlüsselfertiger Klinikumsneubau	privat/öffentlich	Planung, Finanzierung und Errichtung des Bauvorhabens, Bauzeitraum 1999-2004

- 1) Kooperationsvertrag auf dem Gebiet der Herzchirurgie vom Klinikum Nürnberg mit Wirkung zum 1. Januar 2007 gekündigt. Das städtische Klinikum, das seine Herzchirurgie mit Hilfe des Universitätsklinikums wieder gut aufgestellt hat, erwartet sich von der Beendigung der derzeitigen Kooperation bessere wirtschaftliche Aussichten.
- 2) Die stationäre Versorgungseinrichtung der Mund, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist organisatorisch dem Zentrum zugeordnet, wird jedoch in Trägerschaft des Landes betrieben.
- 3) Wirtschaftlicher Stichtag für die materielle Privatisierung soll der 1. Januar 2006 sein.
- 4) Die Kooperation endete mit Ablauf des Jahres 2005. Die Klinik ist zum 1. Januar 2006 auf den Campus der Medizinischen Hochschule Hannover umgezogen.

A.IV. Realisierte PPP-Modelle außerhalb der medizinischen Kernleistungen

Bei den bisher realisierten PPP stehen Finanzierungsmodelle im Vordergrund, bei denen der Leistungskatalog der privaten Seite hauptsächlich den Neubau bzw. die Sanierung einer Immobilie und deren Finanzierung umfasst. Darüber hinaus gibt es Erfahrungen mit Managementverträgen. Die Kooperationen sind in der Regel projektbezogen und somit als Vertrags-PPP angelegt. Die Verantwortung für die medizinischen Kernleistungen, also die unmittelbare Patientenversorgung einschließlich diagnostischer und therapeutischer Leistungen, verbleibt grundsätzlich in öffentlicher Hand bei den Universitätsklinika.

Betreibermodelle, die neben Planung, Bau und dessen Finanzierung als wesentliche Leistungsinhalte auch den Betrieb der Immobilie und Aufgaben des Facility Managements für den privaten Partner vorsehen (Lebenszyklusansatz), existieren bislang nicht. Erste Überlegungen, ein derartiges Projekt als institutionelle PPP zu realisieren, wurden seitens des Universitätsklinikums Münster angestellt. Angedacht war, sämtliche Aktivitäten des Klinikums im Bereich Bau und Betrieb sowie Finanzierung in eine gemeinsam mit privaten Partnern zu gründende Gesellschaft zu verlagern. Diese Überlegungen wurden jedoch bis auf weiteres nicht fortgeführt.

Auf die Beschreibung von Ausgründungen von Servicegesellschaften unter Beteiligung von Unternehmen der Privatwirtschaft etwa für die Bereiche Gebäudereinigung,

Wäscherei, Speisenversorgung oder anderer sekundärer Dienstleistungen, wie sie auch bei Universitätsklinika Anwendung finden, wird in den vorliegenden Empfehlungen verzichtet.

IV.1. Finanzierungsmodelle

Nachdem die Möglichkeit zur alternativen Finanzierung von Hochschulbauten mit Novellierung des HBFVG im Jahre 1996 eingeräumt wurde, sind eine Reihe von dritt- vorfinanzierten Vorhaben zum Rahmenplan angemeldet und finanziert worden. Voraussetzung für eine Förderung war, dass es sich im Einzelfall und insbesondere unter Berücksichtigung von Bau- und Finanzierungskosten um die wirtschaftlichste Realisierungsform handelt, an dessen Ende der Erwerb des Eigentums steht. Reine Mietvorhaben sind aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht mitfinanzierungsfähig. Das Programm ist unter Ausschöpfung eines festgelegten Finanzierungskorridors mit Ablauf des Jahres 2004 eingestellt worden, da die Mitfinanzierung dritt- vorfinanzierter Vorhaben aus Sicht des Planungsausschusses für den Hochschulbau ihren Zweck erfüllt habe, den Rahmenplan kurzfristig zu entlasten und den zügigen Baubeginn vieler Vorhaben zu ermöglichen.³⁶

Im 34. Rahmenplan für den Hochschulbau (2005-2008) sind 32 bestätigte dritt- vorfinanzierte Vorhaben gelistet. Die Summe der Gesamtkosten beläuft sich auf rund 1,855 Mrd. Euro. Davon entfallen rund 1,024 Mrd. Euro (55 %) auf neun Vorhaben in der Medizin.³⁷

Nachfolgend sollen exemplarisch drei von privater Seite vorfinanzierte Projekte vorgestellt werden, zwei davon innerhalb, eines außerhalb der HBFVG-Förderung:

Jena

Beim 1. Abschnitt des Klinikumsneubau in Jena-Lobeda für Chirurgie und Neurologie handelt es sich um das größte Hochbauvorhaben des Landes. Die Realisierung wurde einem Generalübernehmer übertragen. Der Generalübernehmervertrag sah eine schlüsselfertige und termingerechte Erstellung des Vorhabens zu einem Festpreis (Baukosten von 156 Mio. Euro, zuzüglich Finanzierungskosten von 58 Mio. Euro) vor.

³⁶ Siehe 34. Rahmenplan für den Hochschulbau 2005-2008, Allgemeiner Teil.

³⁷ 34. Rahmenplan für den Hochschulbau 2005-2008, 17. Anlageband.

Der Baubeginn erfolgte 1999, die medizinische Inbetriebnahme 2004. Probleme bei der Realisierung des Generalübernehmervertrags sind in Form von Streitigkeiten über Standards bei der Bausausführung aufgetreten. Die verzögerte medizinische Inbetriebnahme wurde nur möglich, nachdem technische Anlagen (Elektrik, Lüftung) teilweise durch das Land nachgerüstet wurden. Streitigkeiten zwischen dem Generalübernehmer und dem Land um die Übernahme eines Teils der Kosten für die zusätzlichen Bauleistungen sind Gegenstand eines Schiedsgerichtsverfahrens. Trotz dieser Probleme wird die alternative Finanzierung des Klinikumsneubaus im Rahmen des PPP-Modells vom Land aber positiv bewertet, da hierdurch parallel zum Klinikumsneubau in Jena weitere Vorhaben ermöglicht wurden.

Heidelberg

In Heidelberg wurde als drittvo-finanziertes Leasingvorhaben der Neubau für die Medizinische Klinik realisiert (Baukosten von 108 Mio. Euro, zuzüglich Finanzierungskosten von 67 Mio. Euro sowie Baukosten für Anpassungsmaßnahmen von 19,6 Mio. Euro, die jedoch nicht dem Leasing unterlagen). Der Baubeginn erfolgte 2000, die Inbetriebnahme 2004. Das Land wurde von einem Leasing-Unternehmen vertreten, welches im Projekt durch das Hochbauamt Mannheim und dieses wiederum durch das Universitätsbauamt Heidelberg vertreten wurde. Das Leasing-Unternehmen hat mit dem Land einen Miet- und Nutzungsrechtsvertrag abgeschlossen und die Landesentwicklungsgesellschaft (LEG) mit der Projektausführung beauftragt. Bauherr war die LEG, der auch die Projektsteuerung oblag. Durch die Vielzahl an Planung und Ausführung beteiligter Institutionen³⁸ waren Zuständigkeiten teilweise unklar geregelt sowie Abstimmungen in bestimmten Fällen schwierig und langwierig. Bei aufgetretenen, teilweise gravierenden Gewährleistungsmängeln liegt es in der Entscheidung der LEG als Finanzier und Bauherr, wie mit diesen Mängeln gegenüber dem ausführenden Generalunternehmer verfahren wird. Das betriebliche und finanzielle Risiko (Folgekosten) aufgrund unsachgemäßer Ausführung liegt jedoch beim Klinikum.³⁹

Gießen

Das in Gießen am Universitätsklinikum Gießen und Marburg entstehende Herztransplantationszentrum für Kinder ist ein außerhalb des HBFG drittvo-finanziertes Vorhaben mit einem Baukostenvolumen von rund 7,5 Mio. Euro. Noch einmal die gleiche Summe wird für die technische Einrichtung über Spenden zur Verfügung gestellt. Planung, Bauerrichtung und Finanzierung sind in einem Generalübernehmermodell an zwei Unternehmen übertragen worden. Die schlüsselfertige Übergabe des Zentrums ist für 2006 vorgesehen.

³⁸ Oberfinanzdirektion, LEG, Universitätsbauamt, Generalunternehmer, Fachplaner, Subunternehmer, Klinikum.

³⁹ So profitiert das Klinikum z.B. nicht von einer zwischen LEG und Generalunternehmer ausgehandelten Minderung aufgrund eines Ausführungsmangels, hat aber die Folge-Mehrkosten zu tragen.

Analyse:

Die gemachten Erfahrungen zeigen, dass es von Seiten der öffentlichen Hand neben einer rechtlichen Absicherung der PPP unbedingt einer Festlegung und der Kontrolle quantifizierbarer Ziele im Projektverlauf bedarf. Vermehrte Schnittstellen und die untergeordnete Rolle des zukünftigen Nutzers Universitätsklinikum können hierbei hinderlich sein. Grundsätzlich stellen Finanzierungsmodelle eine Möglichkeit für die Länder dar, den Investitionsbedarf ihrer Universitätskliniken, der mit den herkömmlichen Instrumentarien nicht zeitnah abzudecken ist, vorzuziehen. Da Entgeltzahlungen der öffentlichen Hand erst ab Nutzungsbeginn anfallen, eröffnen sie vorübergehend einen größeren Handlungsspielraum für die Realisierung weiterer Vorhaben. Gleichzeitig verringern sie jedoch die Flexibilität in der Zukunft auf verschiedenen Ebenen; zum einen aufgrund der langfristig eingegangenen finanziellen Verpflichtungen, zum anderen durch die Verlagerung der Finanzierungskosten von den Finanzen zu den Wissenschaftsministerien. Der Vorteil sollte in der erwarteten effizienteren Erfüllung der bisher öffentlich erstellten Leistung liegen. Im Gegensatz zu den Ende der 1980er Jahre im Wege von Generalunter- bzw. Generalübernehmermodellen erbrachten Bauleistungen, die sich im Vergleich zur Eigenerstellung von gleicher Qualität erwiesen, scheint dies heute vor dem Hintergrund der gemachten Erfahrungen jedoch nicht zwangsläufig gegeben zu sein. Abschließend wird dies erst beurteilt werden können, wenn der noch ausstehende Bericht von Bund und Ländern vorliegt.

Ein größeres Potenzial für Effizienzvorteile wäre zu erwarten, wenn bei einer Vertrags-PPP das Projekt nicht nur geplant, realisiert und finanziert sondern über den gesamten Lebenszyklus auch vom privaten Partner betrieben würde. Die Fokussierung auf den Aspekt der Finanzierung sieht PPP lediglich als ein Instrument zur Substitution der nicht mehr erweiterbaren Kreditfinanzierung öffentlicher Gebietskörperschaften. Das eigentliche Ziel von PPP, Potenziale zur Effizienzsteigerung aususchöpfen, tritt dabei in den Hintergrund.

IV.2. Managementverträge

Als ein Typ von Betriebsführungsmodellen finden in Krankenhäusern die Management- oder Geschäftsbesorgungsverträge Anwendung. Für Universitätsklinika bilden sie jedoch die Ausnahme.

Rostock

Im November 2000 schlossen das Land und die Universität Rostock mit einem privaten Klinikkonzern für drei Jahre einen Geschäftsbesorgungsvertrag für das Universitätsklinikum ab, wonach der private Klinikkonzern den Verwaltungsdirektor stellte. Der Vertrag wurde jedoch Anfang 2003 vorzeitig in gegenseitigem Einvernehmen beendet. Beide Partner haben öffentlich bekundet, dass sie die Kooperation als gescheitert betrachten. Letztlich waren die Konflikte, die sich aus der Zuordnung des Klinikums als unselbstständige Betriebseinheit der Universität und der damit gegebenen Bindung an das Landeshaushaltsrecht ergeben haben sowie eine unterschiedliche Bewertung hinsichtlich der Leistungserbringung des Verwaltungsdirektors (externen Managers) die Hauptgründe für das Scheitern.

München

Das Deutsche Herzzentrum München befindet sich in direkter Trägerschaft des Freistaates Bayern. Als Klinik an der TU München ist das Krankenhaus in die universitäre Forschung und Lehre der dortigen Medizinischen Fakultät eingebunden. 1997 wurde das Management auf eine private Klinikgesellschaft übertragen. Mit Beginn des Jahres 2002 erfolgte ein Wechsel des privaten Partners.

Das Klinikum rechts der Isar der TU München hat seinerseits Anfang 2005 die Geschäftsbesorgung für das in kommunaler Trägerschaft befindliche Klinikum Freising mit 353 Planbetten übernommen.

Analyse:

Managementverträge stellen eine Möglichkeit dar, sich das unternehmerische Handeln eines Partners nutzbar zu machen. Die Erfahrungen rechtlich verselbstständigter Universitätsklinika zeigen, dass sie der unternehmerische Partner sein können. Ausschlaggebend für eine funktionierende Kooperation ist die eindeutige Abgrenzung zwischen den Aufgaben und Kompetenzen von Träger und Geschäftsführung. Der gestellte Manager muss über ausreichend Handlungsspielraum verfügen, um sein unternehmerisches Know-how einsetzen zu können. Für ein als Landesbetrieb geführtes Universitätsklinikum sind Managementverträge nicht geeignet, da hier das Regelwerk des Haushaltsrechts fortwirkt.

Ein Vorteil der auf Zeit abgeschlossenen Geschäftsbesorgungsverträge liegt für die öffentliche Hand in der Möglichkeit, unternehmerisches Know-how in die eigene Einrichtung zu transferieren, ohne die Verpflichtung, sich dauerhaft an einen Anbieter binden oder ganz auf die Trägerschaft verzichten zu müssen. Dabei sind jedoch geeignete Anreizsysteme erforderlich, um die Interessen des externen Managers mit den Zielen des Trägers zu verknüpfen.

Die Erfahrungen der letzten Jahre im Krankenhausbereich zeigen, dass Geschäftsbesorgungsverträge den Übergangszustand auf dem Weg zu einer materiellen Privatisierung darstellen können. Das liegt zum einen daran, dass die anteilige oder vollständige Übernahme der Krankenhäuser den privaten Klinikbetreibern den nötigen Einfluss zur nachhaltigen Verfolgung ihrer Geschäftsziele sichert. Zum anderen hat sich die Intention der öffentlichen Hand gewandelt. Stand anfänglich die Überbrückung von Managementdefiziten im Mittelpunkt des Interesses, so ist es heute die Erschließung privaten Kapitals. Im Falle der Einbindung eines privaten Partners dürften Managementverträge daher in Zukunft die Ausnahme, Geschäftsbeteiligungen die Regel sein.

A.V. Erfahrungen mit Privatisierungen der Krankenversorgung

Die erste materielle Privatisierung eines Universitätsklinikums in Deutschland befindet sich in der Umsetzung. Ihr ist eine formale Privatisierung durch Formwechsel von einer Anstalt öffentlichen Rechts in eine GmbH vorausgegangen (siehe A.V.2.). Liegen für die Privatisierung ganzer Universitätsklinika bisher kaum Erfahrungen vor, so sind doch schon einzelne Kliniken, die zur Universität gehörten, an private Klinikbetreiber verkauft worden oder die Krankenhäuser extern etablierter Fächer in private Trägerschaft übergegangen. Übersicht 5 (siehe A.III.) dokumentiert die Standorte mit Teilen der universitären Krankenversorgung in privater Trägerschaft.

V.1. Privatisierung einzelner Kliniken

Im Folgenden werden die Gegebenheiten dieser Standorte kurz skizziert und darüber hinaus auch weitere vorgestellt, in denen Verhandlungen über eine private Beteiligung ergebnislos abgebrochen wurden.

Berlin-Buch

Berlin-Buch war in der DDR ein zentraler Standort der Akademie der Wissenschaften. Angesiedelt waren dort drei Zentralinstitute für Krebsforschung, für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für molekulare Medizin. Auf Empfehlung des Wissenschaftsrates sollte die Besonderheit der Institute in Buch – die enge Verzahnung von Grundlagenforschung und Klinik – erhalten bleiben. Dies führte zur Gründung des Max-Delbrück-Centrums für molekulare Medizin (MDC) als zur Helmholtz-

Gemeinschaft gehörende Forschungseinrichtung. Die Robert-Rössle-Klinik und die Franz-Volhard-Klinik wurden in die Berliner Hochschulmedizin eingebunden (erst in die Freie Universität, dann ab 1995 in die Humboldt-Universität) und 2001 an einen privaten Krankenhauskonzern verkauft. Die beiden Kliniken wurden mit dem vom gleichen Träger übernommenen Städtischen Klinikum Buch zu einem Klinikum zusammengeführt.

Dresden

Anfang der 1990er Jahre bestand im Zuge der Bestrebungen, die medizinische Akademie in Dresden zu einer Medizinischen Fakultät der TU weiterzuentwickeln, der Wunsch, die Bereiche Kardiologie und Kardiochirurgie neu zu etablieren. Die Trägergesellschaft für ein Herzzentrum wurde 1993 einem als gemeinnützig anerkannten eingetragenen Verein, dem Herz- und Kreislaufzentrum e.V., übertragen. Das Zentrum wurde von einem Bauunternehmer gebaut und anschließend an den Verein vermietet. Nach Insolvenz des Trägervereins wurde das Herzzentrum 2002 von einem privaten Klinikkonzern erworben.

Greifswald

Zwischen der Universität Greifswald, dem Land Mecklenburg-Vorpommern und dem Klinikum der Hansestadt Stralsund wurde Mitte der 1990er Jahre ein Kooperationsvertrag geschlossen, der die Mitnutzung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Stralsund als Universitätsklinik der Universität Greifswald regelt. Seit 2004 ist das Krankenhaus als Hanse-Klinikum GmbH Stralsund in Trägerschaft eines privaten Klinikverbunds.

Leipzig

Das Herzzentrum Leipzig wurde 1994 als Fachkrankenhaus mit dem speziellen Versorgungsauftrag für kardiologische und kardiochirurgische Patienten der Versorgungsstufe „Maximalversorgung“ errichtet. Klinikträger ist ein privater Krankenhauskonzern. Seit der Inbetriebnahme der Klinik besteht mit dem Freistaat Sachsen und der Universität Leipzig ein Kooperations- und Nutzungsvertrag, der dem Herzzentrum Leipzig den Status einer Universitätsklinik verleiht. Das Herzzentrum Leipzig steht der Universität für Zwecke der Forschung und Lehre zur Verfügung. Insoweit ist das rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Herzzentrum Teil der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Personal von Universität und Herzzentrum sind strikt getrennt. Die Universität beteiligt den Klinikträger am Verfahren zur Berufung von Professoren, die gleichzeitig als Ärzte des Herzzentrums tätig werden sollen. Der Klinikträger hat ein Vorschlagsrecht. Nach einvernehmlichem Abschluss des Berufungsverfahrens schließt der Klinikträger mit dem zu Berufenden einen privatrechtlichen Vertrag und übernimmt die Pflicht zur Zahlung der Vergütung. Erst hiernach erfolgt mit Abschluss einer Berufungsvereinbarung die Berufung durch das Ministerium. Sie räumt dem Berufenden die mitgliedschaftsrechtliche Stellung eines Professors an der Medizinischen Fakultät ein. Die Nutzung des Herzzentrums für Zwecke der Forschung und Lehre wird pauschal vergütet und ist vertraglich festgelegt. Die Fakultät leitet hierzu einen Teil des Landeszuschusses für Forschung und Lehre an das Herzzentrum weiter.

Regensburg

An der Universität Regensburg ist eine Reihe von klinischen Kernfächern durch Kooperationen extern etabliert. Neben zwei Kooperationshäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft befindet sich das Rheuma-Zentrum Bad Abbach, an dem die Orthopädie universitär ausgebaut ist, seit 2004 in privater Trägerschaft. Das Rheuma-Zentrum befand sich vor dem Verkauf an einen privaten Klinikkonzern in Trägerschaft des Bayerischen Roten Kreuzes.

Ulm

An der Universität Ulm wird die stationäre Krankenversorgung für die Fachgebiete Orthopädie und Neurologie im Rehabilitationskrankenhaus Ulm gGmbH durchgeführt. Die Trägerschaft des Krankenhauses liegt zu 50 % bei einer privaten Klinikgesellschaft. Das Universitätsklinikum Ulm ist mit ebenfalls 50 % der zweite Gesellschafter.

Bonn

Gescheitert ist im Jahr 2003 die angestrebte Zusammenlegung des Zentrums für Kinderheilkunde am Universitätsklinikum Bonn mit der in privater Trägerschaft stehenden Kinderklinik St. Augustin. Ausschlaggebend war hier u.a. die fehlende Übereinstimmung in Berufungsfragen.

Lübeck

Ebenfalls gescheitert ist im Jahr 2004 die geplante Privatisierung der Orthopädie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck. Die vom Aufsichtsrat angestrebte Übernahme der Trägerschaft durch einen privaten Betreiber scheiterte in einem sehr späten Stadium der Verhandlungen. Ausschlaggebend waren u.a. die nicht erfüllbaren Forderungen des privaten Betreibers nach einer erheblichen Aufstockung der Betten- bzw. Fallzahl, die Forderung nach erheblichen KHG-Mitteln für den angestrebten Neubau der Klinik sowie die Verlagerung des wirtschaftlichen Risikos in den ersten Jahren auf das Universitätsklinikum durch eine entsprechende Rückfallklausel.

Analyse:

An den Standorten mit Teilen der universitären Krankenversorgung in privater Trägerschaft sind unterschiedliche Erfahrungen gemacht worden. Grundsätzlich scheint ein Erfolg der Kooperation wie immer auch von den beteiligten Personen abhängig zu sein. Ein exzellenter Kliniker und Hochschullehrer mit Expertise in der Forschung kann als Aushängeschild einer privatisierten Einrichtung maßgeblich zu ihrem wirtschaftlichen aber auch wissenschaftlichen Erfolg beitragen. Die Privatisierung von Teilen der Universitätsmedizin hat das Problem, dass hier konkurrierende Interessen bestehen und häufig nur Fachgebiete wie etwa die Kardiologie und Kardiochirurgie von privater Seite nachgefragt sind, in denen die Krankenversorgung als lukrativ an-

gesehen werden kann („Rosinenpickerei“). So entfällt für das Universitätsklinikum die Möglichkeit, hier erwirtschaftete Gewinne zum Ausgleich ertragsschwacher Bereiche einzusetzen. Darüber hinaus besteht die Gefahr einer negativen Fallselektion: Multimorbide und andere in der Versorgung aufwendige Patienten könnten dem Universitätsklinikum überlassen oder die mit hohem Aufwand verbundene postoperative Nachsorge dorthin verlagert werden, um in der privatisierten Einrichtung kurze Liegezeiten und niedrigere Fallkosten zu ermöglichen.

Für die Medizinische Fakultät nachteilig auswirken kann sich ein zu hoher Verkaufspreis der mitunter sanierungsbedürftigen Einrichtungen, wenn in Folge dessen hohe monatliche Belastungen in Form von Mietforderungen des privaten Kooperationspartners für im Rahmen von Forschung und Lehre genutzte Flächen auf die universitäre Seite zukommen.

Aus Sicht der privaten Träger erweist sich als Vorteil, wenn sie durch vertragliche Festschreibung staatlicher Zuschüsse für ihre universitären Kliniken quasi eine Besserstellung gegenüber Universität und Universitätsklinikum erzielen, die zur gleichen Zeit von Haushaltskürzungen und der Absenkung der Zuwendungen betroffen sind. Differenziert zu betrachten ist, wenn sich ein privater Träger selber in der Forschung engagiert. Ist grundsätzlich jedes Engagement für eine Stärkung der klinischen Forschung in Deutschland zu begrüßen, so birgt die Konkurrenz bei der Durchführung klinischer Studien doch Konfliktpotenzial. Da die durch die Industrie vergebenen klinischen Studien einen zunehmend wichtigeren Anteil an den Drittmiteleinahmen der Medizinischen Fakultäten darstellen, könnte ein Abschöpfen dieser Mittel durch den privaten Träger mittelfristig zum Verlust eines finanziellen Standbeins der Fakultät führen und so eine Schwächung der universitären Forschung die Folge sein.

Stärkerer Regelungsbedarf zeigt sich in der Praxis für die Handhabung der Besetzung von Chefarztposition und Professur. Im Konfliktfall kann eine Trennung dieser Funktionen dazu führen, dass die öffentliche Seite verbeamtete Professoren ohne anteilige Einnahmen aus der Krankenversorgung auf Dauer finanzieren muss und gleichzeitig die Universität in dem betroffenen Fach nicht mehr adäquat in der Klinik vertreten ist. Teilweise räumen die Kooperationsvereinbarungen den privaten Trä-

gern Vetorechte in Berufungsverfahren ein. Eine andere Möglichkeit zur „Abwehr“ eines Erstplatzierten bietet die Aushandlung der privatrechtlichen Chefarztverträge, die mitunter allein beim privaten Träger liegt.

Die Betrachtung, wie bei den jeweiligen privaten Trägern die Belange von Forschung und Lehre Berücksichtigung finden, liefert ein differenziertes Bild. Teilweise beklagen Wissenschaftler die Dominanz des ökonomischen Interesses an der Krankenversorgung zu Lasten der Wissenschaft etwa durch die Einschränkung in der Wahl der Methoden, Techniken und Geräte durch Vorgaben der Kaufmännischen Geschäftsführer in der Krankenversorgung oder fehlende Freistellungen für wissenschaftliche Aufgaben einschließlich Vortragsreisen. Auch von Personalkürzungen im Pflegebereich, die zur Folge haben, dass Ärzte vermehrt arztfremde Tätigkeiten übernehmen müssen, wird berichtet. Andererseits streichen Wissenschaftler Prämienzahlungen für Publikationen als positive Erfahrung heraus. Auch eine mitunter schnellere Gerätebeschaffung kann die Wissenschaft befördern.

V.2. Privatisierung eines ganzen Universitätsklinikums

Bestrebungen von Seiten privater Klinikkonzerne, ein Universitätsklinikum zu übernehmen bestehen seit rund 15 Jahren. In den 1990er Jahren waren es vor allem Universitätsklinika der neuen Bundesländer, die in das Blickfeld der privaten Betreiber geraten sind. So gab es im Zusammenhang mit der Errichtung des Herzzentrums in Leipzig auch Bemühungen seitens des privaten Trägers, das Universitätsklinikum vollständig zu übernehmen. Diese Bemühungen scheiterten jedoch daran, dass weder die Fakultät noch das Land den Anforderungen von Forschung und Lehre ausreichend Rechnung getragen sahen. Ähnliches gilt für das Universitätsklinikum in Greifswald, für das vor der Umwandlung in eine Anstalt des öffentlichen Rechts eine Privatisierung zur Diskussion stand.

Anders stellt sich die Situation in Hessen dar. Hier war es die Medizinische Fakultät der Universität Gießen, die die Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen vorgeschlagen hat, um das vom Land nicht beseitigte Investitionsdefizit decken und damit Gießen als selbstständigen Standort erhalten zu können. Die Landesregierung

hat diesen Vorschlag unter veränderten Vorzeichen aufgegriffen. Zum 1. Juli 2005 sind die Universitätsklinika in Gießen und Marburg zu einer Anstalt des öffentlichen Rechts zusammengeführt worden mit der Option der Umwandlung in eine private Kapitalgesellschaft.⁴⁰ Erklärtes Ziel des Landes Hessen war es, an einen privaten Erwerber die Mehrheit der Geschäftsanteile des fusionierten Universitätsklinikums Gießen und Marburg zu übertragen. Hierzu wurde mit der Aufforderung zur Abgabe einer Interessenbekundung im Juni 2005 ein strukturiertes Bieterverfahren eingeleitet. Nach Abschluss des Bieterverfahrens – das Land hat im Dezember 2005 seinen strategischen Partner ausgewählt – ist das Universitätsklinikum im Januar 2006 in eine GmbH umgewandelt worden. Der wirtschaftliche Stichtag für die Veräußerung von 95 % der Geschäftsanteile an den privaten Partner soll der 1. Januar 2006 sein.

Das Land beleihet künftig das private Universitätsklinikum mit den spezifischen Aufgaben eines Universitätsklinikums. Die Beleihung ist ein gebräuchliches Rechtsinstitut, um öffentliche Aufgaben durch Private ausführen zu lassen,⁴¹ gleichzeitig aber durch das dadurch begründete öffentlich-rechtliche Auftrags- und Treuhandverhältnis Aufsichtsmöglichkeiten der öffentlichen Hand zu erhalten. Nach der hessischen Rechtslage wird das Klinikum mit der Unterstützung der Fachbereiche Medizin in Gießen und Marburg bei der Erfüllung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre beliehen. Aufgrund der Beleihung des privaten Klinikums untersteht es insoweit der Rechtsaufsicht des hessischen Ministeriums für Wissenschaft und Kunst.⁴²

Die Übernahme des Universitätsklinikums ist der erste Schritt einer Markterweiterung der auf stetiges Wachstum ausgerichteten privaten Krankenhauskonzerne (siehe hierzu Tabelle 1 im Anhang), die bisher vornehmlich Häuser der Grund- und Regelversorgung erworben haben. So stieg der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft im Jahr 2003 auf 25 %. Mit zusammen 545 Häusern versorgten sie ungefähr gleich viel stationäre Patienten wie die 34 Universitätsklinika (jeweils Anteil von rund 9 %).⁴³

⁴⁰ Gesetz über die Errichtung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg (UK-Gesetz) vom 16. Juni 2005 (GVBl. I S. 432).

⁴¹ Beliehen sind beispielsweise TÜV-Sachverständige oder Lebensmittelsachverständige.

⁴² Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur geplanten Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Drs. 6918-05, Bremen, November 2005.

⁴³ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 / Reihe 6.1 für das Jahr 2003, <http://www.destatis.de>.

Die privaten Krankenhauskonzerne sind dabei in der von Konzentrationsprozessen gekennzeichneten globalen Wirtschaft nicht nur die Übernehmer sondern auch Übernahmekandidaten. So haben zunehmend auch Unternehmen der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie Interesse am Erwerb von privaten Klinikbetreibern und treten als Gesellschafter auf. Dies fügt der Betrachtung der materiellen Privatisierung von Universitätsklinika die Blickwinkel eines Absatzmarktes und eines Dienstleisters für Auftragsforschung und Entwicklungsarbeiten sowie Produkteinführungen hinzu.

Es bleibt abzuwarten, ob es privaten Betreibern gelingen wird, ihre Investitionen (Kaufpreis, Bauinvestitionen etc.) zu refinanzieren. Konzepte, wie in der Universitätsmedizin unter DRG-Bedingungen bei Erhalt des für medizinische Forschung und Lehre notwendigen Fächerspektrums dauerhaft Gewinne erwirtschaftet werden können, sind bislang nicht erkennbar. Zu den Vorteilen der privaten Unternehmen gehören Eigenständigkeit und Handlungsflexibilität, die sich insbesondere aus der Unabhängigkeit von öffentlich-rechtlichen Regelungswerken speist und ihnen dadurch eine schnelle Entscheidungsfindung aber auch die drastische Reorganisation von Strukturen ermöglicht. Zielverantwortung und Handlungskompetenz fallen zusammen – so können z.B. Gewinne reinvestiert und über notwendige Investitionen selbst entschieden werden. Ein weiterer Vorteil liegt in der Bauherreneigenschaft. Private profitieren zudem von ihrer Tarifautonomie und der damit fehlenden Verpflichtung zur Anwendung des BAT und zur Mitgliedschaft in der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL). Leistungsträger können so übertariflich bezahlt und leichter erfolgsabhängig vergütet werden. Aus den Freiräumen, wie sie für die privaten Unternehmen kennzeichnend sind, ergeben sich auch Ansatzpunkte für eine weitere Deregulierung öffentlich getragener Universitätsklinika. So könnten durch eine Erweiterung des Handlungsspielraums der Universitätsklinika durch Eigenoptimierungen oder im Rahmen einer PPP zweifelsfrei Effizienzsteigerungen ähnlich den privaten Klinikbetreibern erzielt werden, ohne auf eine öffentliche Trägerschaft verzichten zu müssen.

B. Empfehlungen

Die auskömmliche Finanzierung einer konkurrenzfähigen Universitätsmedizin stellt angesichts der geschilderten Auswirkungen der Föderalismusreform sowie der generell angespannten finanziellen Rahmenbedingungen eine große Herausforderung dar. Der Wissenschaftsrat erwartet daher von Bund und Ländern, dass die mit der Finanzierung verbundenen Probleme im Rahmen ihrer gemeinsamen Verantwortung zeitnah gelöst werden. Darüber hinaus hält er für zielführend, neue Wege zur Erschließung von Ressourcen und zur effizienteren Ausgestaltung auch der Universitätsmedizin zu beschreiten. PPP vor allem bei der Abwicklung von Bauvorhaben und die Kooperation mit einem privaten Partner im Bereich der Krankenversorgung können in diesem Zusammenhang geeignete Optionen sein.

Die Vielfalt der Ausgestaltungsmöglichkeiten von PPP bringt es mit sich, dass die jeweils für den konkreten Fall geeignete Form einer öffentlich-privaten Zusammenarbeit von Fall zu Fall stark variiert. Sie hängt von der gegebenen regionalen und marktlichen Situation sowie von den rechtlichen Rahmenbedingungen und deren Fortentwicklung ab. Vor diesem Hintergrund bedarf es klarer Eckpunkte und Regelungen, wie bei wachsender Privatisierung und einem zunehmenden Wettbewerb die Belange und die Leistungsfähigkeit von Forschung und Lehre gesichert werden können.

Dabei ist zwischen den beschriebenen PPP-Modellen außerhalb der medizinischen Kernleistungen wie Finanzierungs- oder Betreibermodellen und den durch Privatisierungen einzelner Kliniken oder ganzer Universitätsklinika notwendig gewordenen öffentlich-privaten Kooperationen zu unterscheiden. Während Finanzierungs- und Betreibermodelle sich bei einem Krankenhaus auf die Errichtung und Bewirtschaftung einer Anlage als eine besondere Beschaffungsvariante der öffentlichen Hand beschränken und somit die der Universitätsmedizin eigenen Verbindung von Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre nicht unmittelbar berühren, werden bei einer materiellen Privatisierung der Krankenversorgung die Aufgaben zerteilt und verschiedenen Trägern zugeordnet. Die bestehenden PPP-Modelle außerhalb der medizinischen Kernleistungen (vgl. A.IV.) sind primär unter Wirtschaftlichkeitsaspekten zu betrachten. Sie stellen – so die Erwartungen – eine wirtschaftlichere Beschaf-

fungsvariante im Vergleich zur herkömmlichen Beschaffung dar. Bei PPP in der universitären Krankenversorgung müssen hingegen wesentlich die Zielkomplementarität bzw. die möglichen Zielkonflikte zwischen den Kooperationspartnern in den Mittelpunkt der Analyse gestellt werden.

Die materielle Privatisierung von Teilen der Universitätsmedizin oder ganzer Universitätsklinika können Optionen sein, die jedoch immer der genauen Einzelfallprüfung und der besonderen Sicherung der Belange von Forschung und Lehre bedürfen. Neben Überlegungen zu Formen der Zusammenarbeit von öffentlicher Hand und Privatwirtschaft sollten die Länder daher verstärkt prüfen, wie durch eine Erweiterung des Handlungsspielraums der Universitätsklinika Effizienzsteigerungen erzielt werden können, die den Universitätsklinika auch im Rahmen der öffentlichen Trägerschaft erlauben, auf dem Krankenhausmarkt wettbewerbsfähig agieren zu können. Auch hierzu sollen Wege aufgezeigt werden.

B.I. Optionen für Universitätsklinika in öffentlicher Trägerschaft

Die Freiräume, die private Klinikbetreiber auf dem Krankenhausmarkt für ihren Wachstumskurs nutzen, bieten Ansätze, wie auch den staatlichen Universitätsklinika mehr Unabhängigkeit eingeräumt werden kann. Die Rechtsformwechsel in den einzelnen Ländern beginnend ab dem Jahr 1998 waren die ersten Schritte einer derartigen Deregulierung.

Wesentliche Merkmale der heute mehrheitlich etablierten Anstalten des öffentlichen Rechts sind:

- Alleinige Trägerschaft des Landes unter Erhalt der Gewährträgerhaftung und daraus abgeleiteten Regelungen zur Aufsicht, Kontrolle und Einflussnahme,
- Eigentumsverbleib an Grund und Boden, zum Teil der Immobilien beim Land und Erteilung eines unentgeltlichen Nutzungsrechtes an die Klinika,
- Implementierung der Organstrukturen der Anstalt in Anlehnung an das Aktienrecht.

Die sich unter DRG-Bedingungen weiter verschärfende Wettbewerbssituation im Gesundheitswesen mit ihrem Zwang zu noch mehr Wirtschaftlichkeit macht jedoch eine Erweiterung des Handlungsspielraums der Universitätsklinik in öffentlicher Trägerschaft erforderlich. Vor diesem Hintergrund und den Veränderungen im Hochschulbau wird zunehmend diskutiert, welche weiteren Deregulierungsschritte für die Universitätsklinik vorzunehmen sind, um ihre Wettbewerbsfähigkeit in der Krankenversorgung und als Dienstleister für Forschung und Lehre zu sichern.

Der Wissenschaftsrat begrüßt die hierzu in Gang gekommene Diskussion und empfiehlt, auf Basis der mit der rechtlichen Verselbstständigung gemachten Erfahrungen eine Erweiterung der Kompetenzen der Universitätsklinik in staatlicher Trägerschaft zu prüfen. Aufgrund der Dimension der hierbei zu treffenden Entscheidungen, die weit über die Universitätsmedizin hinausreichen, sieht der Wissenschaftsrat im Rahmen dieses Papiers von konkreten Empfehlungen ab und stellt zu einer Reihe von Themenkomplexen Optionen als Anstoß für eine weitergehende Diskussion vor.

Rechtsform

In vielen Ländern steht inzwischen die Novellierung der Universitätsklinikgesetze an. Einzelne Länder planen, hierbei Öffnungsklauseln vorzusehen, um die Universitätsklinik von Anstalten des öffentlichen Rechts in privatrechtliche Unternehmensformen zu überführen, wie etwa eine Kapitalgesellschaft oder auch Stiftung. Eine derartige Option sollte dabei nicht allein als reine Übergangsform zur anschließenden materiellen Privatisierung angesehen werden. Leitgedanke sollte vielmehr sein, ob mit einer veränderten Rechtsform größere Handlungsspielräume im Rahmen der (mehrheitlich) öffentlichen Trägerschaft eröffnet werden können. Hierzu zählen die Kapitalmarktfähigkeit oder auch die Möglichkeit zur Gewinnung privaten Kapitals. Eine interessante Variante könnten in diesem Zusammenhang Beteiligungen der Mitarbeiter an solchen Unternehmen sein. Eine Beteiligung der Mitarbeiter am Erfolg des Unternehmens über Anteile, die nur im aktiven Dienstverhältnis (Cambridge-Modell beim Fakultätsvermögen) gehalten werden dürfen, könnte für einen Gesamterfolg hoch motivieren. Das Interesse, etwa durch hervorragende Berufungen oder die Reduktion wenig leistungsfähiger Einheiten eine Optimierung der Gesamtleistung zu erreichen, würde dadurch beträchtlich steigen.

Bei Überlegungen zur Wahl der Rechtsform der Universitätsklinik sollte berücksichtigt werden, dass auch die Rechtsform der öffentlich-rechtlichen Anstalt durch ein entsprechendes Anstaltserrichtungsgesetz eine Möglichkeit zur Beteiligung privaten Kapitals bietet. Durch Ausstattung der Anstalt mit Stammkapital, das dann wie bei privaten Kapitalgesellschaften eine Garantiefunktion übernimmt, wird die Beteiligung privaten Kapitals eröffnet. Der fortbestehende Gedanke der Anstaltsträgerschaft gebietet es allerdings, die Voraussetzungen dafür zu erhalten, dass der Wille des öffentlichen Anstaltsträgers über die Anstaltsorgane dennoch unverfälscht zur Geltung kommen kann. Bei der Ausnutzung des verfügbaren Gestaltungsspielraums sind die verfassungsrechtlichen Grenzziehungen (u.a. öffentliche Zweckbindung, demokratische Legitimation) zu beachten.⁴⁴

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, die Anstalt durch ein entsprechendes Errichtungsgesetz „maßzuschneidern“, da sie gegenüber den Kapitalgesellschaften nicht durch einschlägige Gesetze festgelegt ist. Kritiker sehen in dem erforderlichen Gründungsakt für die öffentlich-rechtliche Anstalt jedoch einen Nachteil. Sie erscheint ihnen unter Aspekten der Flexibilität und des Marktes nicht als geeignete Rechtsform.

Die Rechtsform einer Stiftung privaten Rechts könnte gegenüber der Anstaltslösung den Vorteil haben, dass sich über das Stiftungsrecht möglicherweise mehr steuerrechtliche Anreize ergeben, private Zustiftungen zu akquirieren. Die steuerrechtlichen Aspekte der einzelnen Rechtsformen (z.B. Körperschaftsteuer bei der GmbH, Umsatzsteuerproblematik) sind sorgfältig zu prüfen und mit den weiteren Vor- und Nachteilen gegeneinander abzuwägen.

Unabhängig von der Wahl der Rechtsform sollten die Länder bereit sein, ihre Einflussnahme weiter zu verringern und den Universitätsklinik mehr unternehmerische Freiheiten zu gestatten.

⁴⁴ Vgl. z.B. Mann, T., Die öffentlich-rechtliche Gesellschaft. Zur Fortentwicklung des Rechtsformenspektrums für öffentliche Unternehmen, Tübingen 2002.

Eigenkapital, Eigentum und Gewährträgerschaft

Bedingung für eine Entlassung in eine konsequente rechtliche Verselbstständigung ist die angemessene Kapitalausstattung der Universitätsklinik. Gefordert wird vielfach die Übertragung des Eigentums an Grund und Boden, damit die Universitätsklinik kreditfähig werden und sich am Kapitalmarkt bedienen können. Bisher können die rechtlich verselbstständigten Universitätsklinik in der Regel zur Deckung ihrer Ausgaben für Investitionen Kredite lediglich bis zu einem von den Ministerien bestimmten Kreditrahmen aufnehmen.⁴⁵ Der konsequente Schritt wäre die Übertragung allen Anlagevermögens an die Universitätsklinik. Zumindest aber sollte ihnen die Möglichkeit, die Grundstücke zwecks Kreditaufnahme zu beleihen oder an Dritte zur Nutzung überlassen zu können, eingeräumt werden. Diese Möglichkeiten können dann von den Universitätsklinik selbstständig in Anspruch genommen werden, ohne dass damit der Kreditrahmen/Eigenverschuldungsgrenze des Landes beeinträchtigt wird.

Ein Beispiel für eine derartige Deregulierung ohne Übertragung des Eigentums an den Liegenschaften stellen die seit Anfang 2005 geltenden Regelungen für die TU Darmstadt dar. Die Zuständigkeiten für die Grundstücks- und Bauangelegenheiten der TU Darmstadt wurden vom Ministerium an die Universität übertragen. Sie ist zudem berechtigt, die ihr zur Nutzung überlassenen aber nicht von ihr benötigten Grundstücke zu veräußern und die Erlöse zur Finanzierung von Investitionen zu verwenden. Die Zustimmungserfordernisse der Landeshaushaltsordnung finden keine Anwendung, das Ministerium und der Landtag sind jedoch über die getätigten Grundstücksgeschäfte jährlich zu unterrichten.⁴⁶

Sollte bei einer Übertragung des Eigentums an den Liegenschaften und allen Anlagevermögens beabsichtigt sein, die Gewährträgerschaft des Landes aufzugeben, sind die hieraus folgenden Konsequenzen zu bedenken:

- Insolvenzgefahr für die Kliniken,
- Schlechtere Bedingungen bei der Bedienung am Kapitalmarkt.

⁴⁵ Für das Universitätsklinikum Greifswald z.B. darf die Kreditaufnahme einen Betrag von 3 Mio. Euro nicht überschreiten.

⁴⁶ Gesetz zur organisatorischen Fortentwicklung der Technischen Universität Darmstadt (TUD-Gesetz) vom 5. Dezember 2004 (GVBl. I S. 382).

Gleichwohl sind die Universitätsklinika bestrebt, bei entsprechender Kapitalausstattung auf die Gewährträgerschaft des Landes zu verzichten, da sich aus ihr maßgeblich der Anspruch des Landes auf Einflussnahme – etwa über die Aufsichtsräte – ableitet. Die Aufgabe der Gewährträgerschaft, wie auch Forderungen nach einer privaten Rechtsform sind daher der Versuch, sich der immer noch starken Einflussnahme der Ministerien zu entziehen und mehr Eigenständigkeit und Handlungsflexibilität zu erzielen.

Während Anstaltslast und Gewährträgerhaftung traditionell als veränderungsfester Kern des deutschen Anstaltsorganisationsrechts angesehen wurden, befindet sich diese Ansicht, angestoßen durch europarechtliche Impulse, gegenwärtig in einem Umbruchprozess. Die Anstaltslast, soweit sie den Anstaltsträger verpflichtet, die Funktionsfähigkeit der öffentlich-rechtlichen Anstalt notfalls durch einen Verlustausgleich im Innenverhältnis zu erhalten, wird überwiegend noch als unverzichtbares Grundprinzip der Anstaltsverfassung angesehen. Die Gewährträgerhaftung hingegen wird – verstanden als subsidiäre Haftung des Anstaltsträgers für Verbindlichkeiten der Anstalt im Außenverhältnis, soweit die Gläubiger nicht aus dem Vermögen der Anstalt Befriedigung erlangen können – inzwischen überwiegend nicht mehr als ungeschriebener Grundsatz des Verwaltungsrechts angesehen, sondern nur auf der Basis einer gesetzlichen Anordnung anerkannt.⁴⁷

Die gegenwärtig geltenden Landesgesetze und -verordnungen über Universitätsklinika in Anstaltsform sehen eine Gewährträgerhaftung ausdrücklich vor. Zudem erscheint es mit Blick auf die Verpflichtung des Landes zur Gewährleistung eines funktionsgerechten Wissenschaftsbetriebs fraglich, ob das Land in dem Fall, dass ein Klinikum seinen Aufgaben nicht mehr nachkommen könnte, nicht wenigstens verpflichtet wäre, Auffangregelungen zu treffen, bis die Aufgaben anderweitig erfüllt werden können. Vieles spricht dafür, dass es sich bei dieser aus der Anstaltsträgerschaft resultierenden Einstandspflicht um eine Facette der unverzichtbaren Anstaltslast handelt.

⁴⁷ Nachweise bei Mann, T., Die öffentlich-rechtliche Gesellschaft. Zur Fortentwicklung des Rechtenspektrums für öffentliche Unternehmen, Tübingen 2002., S. 109 ff., 343 ff.

Bauherreneigenschaft

Es sollte überlegt werden, den Universitätsklinikum grundsätzlich die Zuständigkeiten für die Grundstücks- und Bauangelegenheiten zu übertragen. Als Bauherr wären die Universitätsklinikum der rechtlich und wirtschaftlich verantwortliche Auftraggeber bei der Durchführung von Bauvorhaben. Diese Kompetenzerweiterung erscheint unter folgenden Gesichtspunkten sinnvoll:

- **Lebenszyklusbetrachtung:** Die für den Betrieb einer Immobilie notwendigen Betriebskosten sind bei einer durchschnittlichen Nutzung von 20-30 Jahren mehrfach höher als die Errichtungskosten; daher kommt einem nachhaltigen Bauen mit dem Ziel der Minimierung der Betriebskosten hohe Bedeutung zu. Dieser Aspekt wird heute häufig außer Acht gelassen.
- **Hohe Baukosten:** Schätzungen zufolge bauen private Träger preiswerter als öffentlich-rechtliche Institutionen. Die Universitätsklinikum als Bauherr könnten sich nach einem Bieterwettbewerb erfahrener Generalunternehmer bedienen in der Erwartung, dass sie ähnliche Preis-Leistungsverhältnisse erreichen, wie es den privaten Trägern offensichtlich möglich ist.

Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit den staatlichen Bauverwaltungen und deren Rechtsnachfolgern sollte überdacht werden. Ihre Beteiligung bei Planung, Bau und Durchführung von Baumaßnahmen sollte im Wege des Wettbewerbs mit anderen Anbietern erfolgen. Die Übernahme des Projektmanagements durch die Universitätsklinikum könnte, da bei ihnen die Verwertung der Gebäude liegt, durch Einsparung von Schnittstellen zusätzliche Effizienzvorteile bringen. Hierzu müsste allerdings erst das nötige Know-how bei den Klinikum aufgebaut werden. Ob dieser Aufwand gerechtfertigt ist, bedarf der sorgfältigen Analyse. Der Aufbau von Doppelstrukturen sollte vermieden werden. Denn das Ziel einer Deregulierung in diesem Bereich muss eine schnellere und damit kostengünstigere Umsetzung von Projekten sein. In diesem Zusammenhang sollte auch überprüft werden, inwieweit Unterschiede in den Auflagen für öffentliche Bauten gegenüber privaten Bauten bestehen und ob hier gegebenenfalls eine Angleichung möglich ist.

Sollte das Universitätsklinikum Bauherr sein, muss dafür Sorge getragen werden, dass bei Baumaßnahmen keine einseitige Dominanz der Krankenversorgung auftritt. Integrierte Konzepte für Forschungs-, Lehr- und Krankenversorgungsflächen sind zu gewährleisten, auch wenn die Bauherreneigenschaft bei den Universitätsklinika liegt.

Ausschreibung und Vergaberichtlinien

Von Seiten der Universitätsklinika wurde der Wunsch geäußert, für alle Bereiche der Universitätsklinika die Nichtanwendung der Verdingungsordnung für Leistungen (VOL), der Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen (VOF) sowie der Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen (VOB) unterhalb der EU-Schwellenwerte zu ermöglichen, damit im Einkauf von Wirtschaftsgütern oder Leistungen sämtliche Einsparpotenziale ausgenutzt werden können. Das PPP-Beschleunigungsgesetz (siehe B.III.1.) hat dies für die VOB/A klargestellt (neuer § 6 Abs. 2 Vergabeverordnung). Damit entfällt die Ausschreibungspflicht auf der zweiten Ebene der Bauleistungen.

Der Wunsch nach Deregulierung ist verständlich, da diese Regelwerke mit Zeitverlusten verbunden sein können. Sie werden daher als Wettbewerbsnachteil angesehen. Dem gegenüber steht die wettbewerbsspolitische Erwägung, dass ein großer Nachfrager auf dem Markt unter Umständen seine Marktmacht ausnutzen könnte, wenn er mit Anbietern direkt verhandelt (was gegebenenfalls zu Verdrängungseffekten zu Lasten des Mittelstands führen kann).

Im Rahmen der anstehenden Novellierung des Vergaberechts sollten die verbleibenden Spielräume bei der Umsetzung von EU-Vergaberichtlinien in nationales Recht genutzt werden, um hinsichtlich der Vergabevorschriften für öffentliche Auftraggeber vergleichbare Bedingungen mit dem privaten Sektor zu erreichen.

Vergütung und Tarifbindung

Die Problematik der scherenartigen Entwicklung zwischen Einnahmen und Ausgaben, die maßgeblich von den Personalkosten bestimmt werden, hat in den vergangenen Jahren alle Universitätsklinika extrem belastet, eine Kompensation durch die Länder als Träger hat kaum bzw. allenfalls für den auf die Fakultätsbereiche entfal-

lenden Mehraufwand stattgefunden. Der Ausstieg aus den Arbeitgeberverbänden der Länder sowie eigene Arbeitgeberkompetenz und Tarifautonomie wird daher von vielen Universitätsklinika gefordert und ist inzwischen in mehreren Ländern realisiert worden. Dies gilt zunächst allerdings nur für die den Klinika zugeordneten nicht-wissenschaftlichen Mitarbeiter, da Ärzte und Wissenschaftler in der Regel weiterhin beim Land beschäftigt sind. Auf Länderebene bestehen für Beschäftigte des öffentlichen Dienstes schon jetzt Unterschiede nach West/Ost sowie durch die Kündigung der Tarife zum Urlaubs- und Weihnachtsgeld und zur Arbeitszeit seitens der Länder (statischer BAT mit unterschiedlichen Regelungen für Neuverträge). Die Länder sind entsprechend am zwischen den Gewerkschaften sowie Bund und kommunalen Arbeitgebern ausgehandelten Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TVöD) bisher nicht beteiligt. Der Austritt einzelner Länder aus der Tarifgemeinschaft der Länder (TdL) macht die Verhältnisse zudem noch unübersichtlicher.

Angesichts der sich weiter diversifizierenden Tarifsituation besteht die Gefahr einer Beeinträchtigung der Mobilität von Ärzten und Wissenschaftlern in Deutschland. Ländergrenzen überschreitende Mobilität ist jedoch für Wissenschaftler ein entscheidendes Kriterium für die Beurteilung der Attraktivität eines Wissenschaftsstandorts. Die Tarifparteien sollten dies in ihren Überlegungen berücksichtigen.⁴⁸

Zusatzversorgung – VBL

Der Ausstieg aus der VBL für alle Mitarbeiter der Universitätsklinika und die Umstellung auf kapitalgedeckte Altersversorgungsverträge wäre eine Möglichkeit, um die große Gefahr weiterer Kostensteigerungen für eine letztlich unattraktive Altersversorgung zu eliminieren. In Kenntnis der enormen Ausgleichszahlungen, die für diesen Schritt zu entrichten sind,⁴⁹ ist eine konsequente Umsetzung jedoch kaum realistisch (vgl. A.II.3.). Die gemeinsamen Aktivitäten der Universitätsklinika, anderer Krankenhäuser in VBL-Mitgliedschaft und der Länder zielen daher auf eine Sat-

⁴⁸ Der Wissenschaftsrat verweist in diesem Zusammenhang erneut auf seine Empfehlungen, mit einem Wissenschaftstarifvertrag eine transparente und leistungsorientierte Vergütung zu ermöglichen. Siehe Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu einem Wissenschaftstarifvertrag und zur Beschäftigung wissenschaftlicher Mitarbeiter, Drs. 5923-04, Berlin 2004.

⁴⁹ Das Universitätsklinikum Heidelberg etwa hat für sich auf Basis des Jahres 2004 eine Ausgleichszahlung in Höhe von 195 Mio. Euro errechnet.

zungsänderung bei der VBL, um risikoadjustierte Umlagesätze zu erreichen. Nach derzeitigem Stand wird in einem ersten Schritt daher ab 2006 das Sanierungsgeld⁵⁰ in Höhe einer 2 %-igen Umlage für den Krankenhausbereich entfallen (aber: dadurch Mehrbelastung von Bund und Ländern). Bei der nächsten Umlagefestsetzung 2007 soll erreicht werden, dass die kompletten Umlagen nach Sparten getrennt risikoadjustiert berechnet werden. Eine Reduktion der Umlagen für die Krankenhäuser von derzeit knapp 8 % auf dann 6 % oder weniger erscheint so realistisch.

Wissenschaftler und Ärzte zählen zu den besten Beitragszahlern der VBL, haben aber den geringsten Nutzen, da sie Anwartschaften nicht auf andere Arbeitgeber übertragen können bzw. bei Beschäftigungsverhältnissen unter fünf Jahren Anwartschaften verfallen. Da beim Kooperationsmodell die Personalzuordnung der überwiegend in Forschung und Lehre tätigen Mitarbeiter zur Universität für die Medizinischen Fakultäten zur Sicherung der Freiheit von Forschung und Lehre wesentlich ist, müssen Überlegungen rechtlich verselbstständigter Universitätsklinik zur Herauslösung aller Ärzte und Wissenschaftler aus dem Arbeitsverhältnis mit der Universität jedoch als kritisch angesehen werden.

Prüfung der Betriebsführung

Die Universitätsklinik unterliegen derzeit den uneingeschränkten Prüfungsrechten der Landesrechnungshöfe. Die Jahresabschlussprüfungen erfolgen durch von den Aufsichtsräten beauftragte Wirtschaftsprüfungsgesellschaften, denen häufig auch Sonderprüfungen oder vertiefende Prüfungen, in der Regel im Zuge der Jahresabschlussprüfung, übertragen werden. Ziel sollte es sein, Doppelprüfungen möglichst zu vermeiden. Dies könnte etwa durch eine Erweiterung des Prüfauftrags der Wirtschaftsprüfungsgesellschaften um die Prüfungstatbestände der Landesrechnungshöfe erreicht werden. Die Prüfung der Betriebsführung aus einer Hand würde dadurch ermöglicht.

⁵⁰ Infolge der Schließung des Gesamtversorgungssystems und des Wechsels zum Punktemodell erhebt die Anstalt von den Beteiligten im Abrechnungsverband West seit dem 1. Januar 2002 pauschale Sanierungsgelder, die zur Deckung der vor diesem Stichtag begründeten Anwartschaften und Ansprüche (Altbestand) dienen.

Unabhängig hiervon wäre es sinnvoll zu prüfen, inwieweit die bisher zum Teil sehr starren Reglementierungen durch das staatliche Haushaltsrecht flexibilisiert und damit verbundene Prüfungsvorschriften überarbeitet werden könnten. Die ex post Prüfungen der Landesrechnungshöfe, die insbesondere auf Elemente der Ordnungsmäßigkeit abstellen, werden durch das systematische Stellen der Regressfrage von den Mitarbeitern der Universitätsklinik häufig als lähmend empfunden. Vor diesem Hintergrund könnte eine Lockerung haushaltsrechtlicher Bestimmungen dazu beitragen, innerhalb der Universitätsklinik die Bereitschaft zu erhöhen, nach flexiblen Lösungen zu suchen. Dies ist angesichts des sich vollziehenden Strukturwandels in der Universitätsmedizin, der es erfordert, sich auf neue Abläufe und Geschäftsfelder einzulassen, von besonderer Bedeutung.

Sollte gegebenenfalls die Gewährträgerhaftung der Länder für die Universitätsklinik aufgegeben werden, könnten auch die umfassenden Prüfungsrechte der Landesrechnungshöfe zurückgenommen werden. Nicht außer Acht gelassen werden sollte dabei, dass auch die Wirtschaftsprüfer bei privatwirtschaftlichen Unternehmen neben der reinen Bilanz auch die Ordnungsmäßigkeit und die internen Controlling- und Risikomanagementsysteme prüfen.

B.II. Allgemeine Empfehlungen zu PPP

Neben einer Erweiterung der Kompetenzen der Universitätsklinik können auch PPP-Modelle zu einer Effizienzverbesserung der staatlichen Universitätsklinik durch Baumaßnahmen und eine verbesserte Wirtschaftlichkeit beim Ressourceneinsatz beitragen. Unter Betrachtung der bisher vorliegenden Erfahrungen lassen sich folgende allgemeine Empfehlungen formulieren, die es bei der Realisierung von PPP-Projekten zu beachten gilt:

- PPP sollten auch unter dem Gesichtspunkt der **Organisationsoptimierung** („Wie kann die Aufgabe am effektivsten bewältigt werden?“) und nicht nur unter Finanzaspekten betrachtet werden („Wie kann die öffentliche Seite am meisten Geld sparen?“).

- Bei der Ausgliederung von Forschung und Lehre berührenden Serviceeinrichtungen ist zu gewährleisten, dass den akademischen Belangen auch bei sekundären Dienstleistungen ausreichend Rechnung getragen wird.
- Zur Bewertung einer PPP muss immer ein **Wirtschaftlichkeitsvergleich** zwischen der PPP-Lösung und einer herkömmlichen Realisierung durch die öffentliche Hand durchgeführt werden.⁵¹ Bei Betreibermodellen müssen die Projekte über den gesamten **Lebenszyklus** hinweg betrachtet werden. Die Prämissen der Wirtschaftlichkeitsanalyse sind im Projektverlauf zu überprüfen.⁵² Zu berücksichtigen ist auch, ob das Projekt ohne einen privaten Partner überhaupt realisiert werden könnte.
- Über den gesamten Projektverlauf einer PPP hinweg ist größtmögliche **Transparenz** erforderlich. Die öffentlichen Einrichtungen, für die PPP geplant sind, müssen von Anfang an einbezogen werden. Erfahrungen und Kompetenzen der öffentlichen Einrichtung sind zu berücksichtigen und einzubinden. Im Falle der alternativen Beschaffung gilt dies gleichermaßen für den späteren Nutzer. Auch gegenüber der Öffentlichkeit sollten zur Erzielung einer größtmöglichen Akzeptanz die angestrebten Ziele der Partnerschaft kommuniziert werden.
- Die öffentliche Hand muss sicherstellen, dass bei einer Privatisierung öffentlicher Aufgaben die Leistungen vom privaten Partner in der erforderlichen Qualität und Quantität erbracht werden. Hierzu muss die öffentliche Hand angemessene **Informations- und Kontrollrechte** sowie entsprechende **Einwirkungsrechte** besitzen.

⁵¹ Bei den drittvo-finanzierten Vorhaben im Rahmen des HBFG war dies Voraussetzung.

⁵² Allgemein wird bei dem Wirtschaftlichkeitsvergleich in Anlehnung an die Praxis in England der so genannte Public Sector Comparator zugrunde gelegt, der die Kosten erfasst, die für den Fall einer Realisierung durch die öffentliche Hand anfallen. Bei dem Wirtschaftlichkeitsvergleich bleibt allerdings das Problem der Abbaufähigkeit für den Fall, dass die Realisation durch eine PPP durchgeführt wird. Faktisch handelt es sich bei dem Wirtschaftlichkeitsvergleich um eine Investitionsrechnung. Ausgehend vom Lebenszyklus sind sämtliche Zahlungen für die beiden Alternativen PPP bzw. Realisierung durch die öffentliche Hand zu prognostizieren, und für diese Alternativen sind dann jeweils die zu vergleichenden Barwerte zu ermitteln.

- Komplexe Ausgangssituationen wie die Sicherstellung der Verbindung von Forschung und Lehre sowie der zugehörigen Krankenversorgung erfordern einen hohen Abstimmungsbedarf mit dem privaten Partner. Hierfür sind geeignete **Beteiligungsmechanismen** festzulegen.
- Um Blockaden im laufenden Betrieb zu verhindern, ist eine hinreichende **Trennung der Zuständigkeiten** und **Entscheidungskompetenzen** von Beginn an erforderlich.
- Bei PPP, in denen die alternative Beschaffung oder das Betreiben von Einrichtungen im Vordergrund stehen, sollten die Zahlungsverpflichtungen der öffentlichen Seite über leistungsorientierte Vergütungsmechanismen gesteuert werden. Voraussetzung ist eine ergebnisorientierte Leistungsbeschreibung (Outputspezifikation). Die Zahlung des an den privaten Partner zu entrichtenden Entgelts sollte dabei an die Erfüllung vorab definierter **Leistungs- und Qualitätsstandards** gekoppelt sein.
- Mit Gründung der PPP müssen wirksame **Konfliktlösungsmechanismen** etabliert werden. Hierzu kann die Einrichtung einer mit Entscheidungskompetenz ausgestatteten Vermittlerinstanz gehören.
- PPP sollten vertraglich geregelte **Ausstiegsoptionen** für den Fall eines Scheiterns der Partnerschaft vorsehen. Bei Nicht- oder Schlechterfüllung der auf den privaten Partner übertragenen Aufgaben sollten **Heimfallrechte** die Interessen der öffentlichen Hand sichern.⁵³
- Für den **Heimfall** hat die öffentliche Hand Vorsorge zu treffen. Im Falle der Begründung einer PPP durch die Veräußerung von Geschäftsanteilen könnte der Verkaufserlös z.B. als Einlage in einer Stiftung dienen. Das Stiftungsvermögen

⁵³ Unter Heimfall versteht man, dass etwa Erbbaurechte, Anlagen, Gebäude oder Geschäftsanteile unter bestimmten, vertraglich geregelten Voraussetzungen an die öffentliche Seite zurückfallen. Gründe für den Heimfall können die Insolvenz des Betreibers oder Verstöße gegen die Vertragsbestimmungen wie die Nichteinhaltung von Fristen für Investitionen oder die Nichteinhaltung von Zahlungsverpflichtungen sein.

könnte zur Sicherung der öffentlichen Pflichten beim Scheitern der PPP verwendet werden.

B.III. Empfehlungen zu PPP außerhalb medizinischer Kernleistungen

Die allgemeinen Empfehlungen werden im Folgenden für PPP-Projekte ergänzt und spezifiziert, in denen ein privater Partner für die Bereitstellung einer optimalen Infrastruktur hinzugezogen wird. Die medizinischen Kernleistungen, das heißt die unmittelbare ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten sowie alle in diesem Zusammenhang erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, werden weiterhin ausschließlich vom Universitätsklinikum wahrgenommen.

Das auf private Partner übertragbare Leistungsspektrum umfasst vor allem die Abwicklung von Bauvorhaben gegebenenfalls ergänzt um Betreiberkompetenzen, da hier im Rahmen einer PPP-Realisierung Effizienzvorteile zu erwarten sind. Vor allem bei großen Krankenhäusern sollten sich Struktur- und Rationalisierungseffekte erzielen lassen.

III.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Anzumerken ist, dass der bestehende Rechtsrahmen, in den PPP-Konstruktionen eingepasst werden müssen, hoheitlich geprägt und damit noch immer stark auf das Prinzip der staatlichen Eigenerstellung ausgerichtet ist. Dies verhindert zwar nicht die Realisierung von PPP, erschwert aber privatwirtschaftliches, flexibles Handeln und schränkt damit die breitere Anwendung von PPP-Modellen ein. Änderungsbedarf wird vor allem beim Haushalts-, Vergabe- und Steuerrecht gesehen. Für eine nähere Betrachtung kann auf das vom Lenkungsausschuss PPP im öffentlichen Hochbau beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen beauftragte und im September 2003 von einer Beratergruppe vorgelegte Gutachten „PPP im öffentlichen Hochbau“ verwiesen werden.⁵⁴ Es enthält eine Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen und leitet Verbesserungsvorschläge daraus ab. Mit dem im Sommer 2005 verabschiedeten PPP-Beschleunigungsgesetz hat der Gesetzgeber einige der be-

⁵⁴ Das Gutachten ist online verfügbar unter <http://www.ppp-bund.de/hochbau.htm>.

stehenden Hemmnisse und Unklarheiten beseitigt.⁵⁵ Hierzu zählt etwa die Einführung des „wettbewerblichen Dialogs“ als neuem in der Vergabeordnung geregeltem Verfahren für besonders komplexe Aufträge. Es gewährleistet den Wettbewerb aber wird auch dem Erfordernis gerecht, flexibel genug zu sein, um einen Dialog mit den beteiligten Unternehmen führen zu können, der alle Aspekte berührt und der Komplexität des Auftrags entspricht.

Es sollte angestrebt werden, Standardisierungen und Leitlinien zu entwickeln, die möglichst nationale Anwendung finden, um mehr Planungs- und Rechtssicherheit für beide Seiten zu erzielen.⁵⁶ Dies würde helfen, die zum Teil sehr hohen Transaktionskosten zu senken und PPP kostengünstiger zu gestalten. Der Wissenschaftsrat begrüßt in diesem Zusammenhang die Bildung von PPP-Kompetenzzentren in Bund und Ländern zur Bündelung von vorhandenem Wissen und der Beratung von öffentlichen Auftraggebern und privaten Anbietern. Er sieht aber auch die Gefahr einer einseitigen, interessengetriebenen Ausrichtung von PPP-Ansätzen auf den Infrastruktur- und Verwaltungsbereich. Einfache Übertragungen von Erfahrungen aus PPP-Projekten in den Bereichen Schule und Verwaltung auf den Hochschul- und Krankenhausbereich und hier insbesondere auf Universitätsklinika sind jedoch nicht von vornherein vertretbar, soweit es sich hierbei nicht um reine Beschaffungsvarianten für einfache Aufträge handelt. Es wird daher angeregt, hochschulmedizinspezifisches Know-how aufzubauen, um die besonderen Anforderungen dieses Bereiches verstärkt berücksichtigen zu können.

Um die unübersichtliche Datenlage zu verbessern, sollte daher die systematische Auswertung der bisher initiierten und realisierten PPP-Projekte im Bereich der Hochschulen einschließlich der Universitätsklinika verstärkt werden. Zu begrüßen ist in diesem Zusammenhang die derzeit vom BMBF geförderte Untersuchung der HIS

⁵⁵ Gesetz zur Beschleunigung von Öffentlich Privaten Partnerschaften und zur Verbesserung gesetzlicher Rahmenbedingungen für Öffentlich Private Partnerschaften vom 1. September 2005 (GVBl. I S. 2676). Die Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Realisierung von PPP in Deutschland soll erreicht werden durch eine Änderung vergaberechtlicher Bestimmungen, des Fernstraßenbau-Privatfinanzierungs-Gesetzes, der Bundeshaushaltsordnung, steuerrechtlicher Bestimmungen sowie durch eine Änderung des Investmentgesetzes.

⁵⁶ Etwa zu Ausschreibungstexten, Leistungsbeschreibungen, Wirtschaftlichkeitsvergleichen sowie Organisations- und Finanzierungsmodellen.

Hochschul-Informationssystem GmbH, in der deutschlandweit die PPP-Projekte im Bereich des Hochschulbaus der letzten zehn Jahre im Rahmen einer detaillierten empirischen Studie erhoben werden sollen.⁵⁷ Nach Ansicht des Wissenschaftsrates sollte – trotz des vereinbarten Wegfalls der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau – an einer Auswertung der Erfahrungen aus der Durchführung der von Bund und Ländern gemeinschaftlich finanzierten drittvo-finanzierten Vorhaben festgehalten werden. Dabei sollte die Auswertung neben den Erfahrungen über die Abwicklung der Vorhaben auch den Aspekt der zukünftigen Nutzung von PPP-Modellen im Rahmen des allgemeinen Aus- und Neubaus von Hochschulen aufgreifen, auch wenn dieser Bereich zukünftig allein von den Ländern wahrgenommen werden sollte.

Mit Wegfall des HBFVG könnte sich je nach Ausgestaltung der Ersatzbestimmungen ein größerer Handlungsspielraum in der Nutzung von PPP im Hochschulbau für die Länder ergeben. Die Zweckbindung der zur Kompensation vorgesehenen jährlichen Beträge aus dem Bundeshaushalt gilt es jedoch zu berücksichtigen.

Finanzierungsengpässe der öffentlichen Hand dürfen für die Entscheidung, ob PPP-Modelle zum Einsatz kommen, nicht bestimmend sein. Die entscheidende Legitimation für PPP ist das Erzielen von Effizienzgewinnen und damit von Kosteneinsparungen und Leistungsverbesserungen gegenüber den herkömmlichen Beschaffungsmethoden und der Eigenherstellung des Staates. Durch eine Fokussierung auf den Aspekt der Finanzierung werden jedoch die Effizienzvorteile einer PPP, die sich aus der Betrachtung des gesamten Lebenszyklus ergeben können, nicht berücksichtigt. Eine höhere Wirtschaftlichkeit ergibt sich aber häufig erst durch die einschließende Betrachtung der Betriebskosten über den Lebenszyklus. Unter anderem deshalb stehen die politischen Ebenen reinen Vorfinanzierungsmodellen heute zunehmend kritisch gegenüber. Betreibermodelle sollten daher als gleichwertige Beschaffungsvarianten in die Überlegungen im Hochschul- und Krankenhausbereich einbezogen werden. Das Hemmnis getrennter Finanzierungswege für Investitions- und Betriebskosten besteht jedoch für die Universitätsklinik im Bereich der Krankenversorgung weiter, solange nicht die monistische Finanzierung für Krankenhäuser eingeführt wird.

⁵⁷ Siehe HIS: <http://www.his.de/Abt3/Grundlagen/grund33>.

Da unter den gegebenen Rahmenbedingungen die Umsetzung von PPP-Modellen mit Lebenszyklusansatz nur schwer realisierbar erscheint, sollten Konzepte geprüft werden, bei denen die bauliche Restrukturierung des Klinikbetriebs ohne Fördermittel der Länder erreicht werden kann. Diese Option ist allerdings nur umsetzbar, wenn die generierbaren Rationalisierungspotenziale ausreichen, um eine Refinanzierung des gesamten eingesetzten privaten Kapitals über die Vertragslaufzeit zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang kommt erschwerend hinzu, dass die langfristige Erlössituation insbesondere der Universitätsklinik unter DRG-Bedingungen nicht sicher vorhersagbar ist. Dadurch besteht auch keine sichere Kalkulationsgrundlage für sich ergebende Eigenmittel, die als Leistungsentgelte an den privaten Partner eingeplant werden können. Hieraus ergibt sich ein Hemmnis für die langfristig angelegte Partnerschaft mit privaten Investoren.⁵⁸

III.2. Finanzierungs- und Betreibermodelle

Auch wenn die von der privaten Seite in die Kooperation eingebrachten Finanzmittel in der Regel nur eine Form der Vor- oder Zwischenfinanzierung darstellen, die über langfristige Verpflichtungen (Ratenzahlungen) wieder refinanziert werden müssen, so können über Finanzierungs- und Betreibermodelle möglicherweise Projekte realisiert werden, die eine Senkung der laufenden Kosten durch Beseitigung bestehender Dysfunktionalitäten erlauben. Hinzu kommen die Vorteile, die man sich gegenüber der staatlichen Eigenherstellung von einer Ausführung durch spezialisierte private Unternehmen verspricht.

Hier kann eine Unterteilung in die Module Planung, Finanzierung, Errichtung und Betrieb (umfassendes Facility Management) vorgenommen werden. Auch ohne das Betriebsmodul kann eine Realisierung sinnvoll sein.⁵⁹ PPP-Projekte, die die Errichtung von Neubauten für Universitätsklinik mit den Modulen Planung, Finanzierung und Errichtung umfassen, sind insbesondere dann zweckmäßig, wenn:

⁵⁸ Vgl. Alfen W., Buscher F., Daube D. und Weidmann, A., Public Private Partnership im Krankenhausbereich, das Krankenhaus 12/2005, S. 1083-1088.

⁵⁹ Unbeschadet der Tatsache, dass bei Finanzierungsmodellen nur eingeschränkt Effizienzvorteile generiert werden können. In einer PPP mit „echtem“ Lebenszyklusansatz muss der Betrieb als Lebenszyklusphase enthalten sein.

- eine klassische Finanzierung in absehbarer Zeit nicht möglich ist,
- ein verbindlicher Nachweis der mit dem weiteren Betrieb sanierungsbedürftiger Gebäude verbundenen Mehraufwendungen, bzw. der entgangenen Ertragssteigerungen geführt werden kann.

Dabei muss in einem Wirtschaftlichkeitsvergleich nachgewiesen werden, dass in der Summe, auch über einen längeren Zeitraum gerechnet, die PPP-Realisierung die wirtschaftlichere ist. Die Prämissen der Wirtschaftlichkeitsanalyse vor Projektbeginn sind im Projektverlauf (z.B. nach fünf Jahren) und über den Lebenszyklus (20-30 Jahre) hinweg zu überprüfen.

Das Finanzierungsmodul kann unterschiedliche Ausprägungen haben wie etwa reines Mietmodell, Mietkauf oder Leasing. Bei der Prüfung der Realisierungsalternativen sollten verbindliche Kriterien, beispielsweise analog zu denen der Bonitätsprüfungen nach Basel II,⁶⁰ die sich auch intensiv mit der langfristig zu erwartenden Ertragslage einer Klinik oder eines privaten Partners auseinandersetzen, herangezogen werden.

Bezüglich der konkreten Vertragsgestaltung stehen verschiedene Modellformen zur Auswahl. Aufgrund des Eigentumsverbleibs beim öffentlichen Projektträger ist das PPP-Inhabermodell als das derzeit geeignetste Modell einzuschätzen, da hier der Einsatz von Mitteln der Investitionsförderung grundsätzlich möglich ist. Aber auch das PPP-Mietkaufmodell erscheint auf der Grundlage eines Erbbaurechtsvertrages mit Heimfallklausel sinnvoll gestaltbar.

Schließt das PPP-Modell den Betrieb ein, ist die Instandhaltung im Sinne eines umfassenden Facility Managements beim Projektpartner anzusiedeln. Im Falle eines PPP-Projektes mit kompletter Betreiberkompetenz beim Klinikum sollte die Instandhaltung entsprechend vom Klinikum wahrgenommen werden, so dass die Miete lediglich Zins und Abschreibung enthält. Vor dem Hintergrund, dass die Universitätsklinik überwiegend ein eigenes Facility Management mit entsprechendem Personal

⁶⁰ Rahmenvereinbarung zur neuen Baseler Eigenkapitalempfehlung. Siehe Informationen der Deutschen Bundesbank unter http://www.bundesbank.de/bankenaufsicht/bankenaufsicht_basel.php.

vorhalten, ist sorgsam zu prüfen, ob sich im Rahmen einzelner Bauvorhaben die PPP-Realisierung des Betriebsmoduls rechnet.

Im Rahmen der Ausschreibung ist bei komplexen Bauvorhaben für Universitätsklinika von einer rein funktionalen Ausschreibung abzuraten. Sie birgt die Gefahr schwerer Qualitätsprobleme, wenn etwa vorgeschriebene Normen in der Bauausführung nicht eingehalten werden. Zudem versetzt sie z.B. einen Generalübernehmer im Konfliktfall in eine komfortable Position, wenn Vorgaben nicht ausreichend definiert waren oder Umplanungen seitens des Nutzers notwendig sind. Eine detaillierte Ausschreibung ist auch für PPP-Projekte möglich. Sie erfordert eine umfangreiche Abstimmung, die allerdings Schnittstellenprobleme aufwerfen könnte. Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Ländern, hier einen umfassenden Erfahrungsaustausch vorzunehmen.

Unbedingt erforderlich für die öffentliche Hand ist neben einer rechtlichen Absicherung der PPP eine Festlegung und Kontrolle quantifizierbarer Ziele im Projektverlauf. Vermehrte Schnittstellen – etwa wenn zu viele Projektpartner beteiligt sind - können hierbei hinderlich sein. Es sollte darauf geachtet werden, das Universitätsklinikum als zukünftigen Nutzer rechtzeitig und regelmäßig in die Kontrolle des Projektverlaufs einzubinden. Neben der Etablierung wirksamer Konfliktlösungsmechanismen muss das Land über geeignete Einwirkungsmöglichkeiten verfügen. Im Rahmen der Kontrolle des Projektverlaufs sollten die Zahlungsverpflichtungen der öffentlichen Seite daher über leistungsorientierte Vergütungsmechanismen gesteuert werden können. Voraussetzung hierfür ist eine ergebnisorientierte Leistungsbeschreibung anhand von Qualitätsstandards (Outputspezifikation).

B.IV. Empfehlungen zu Privatisierungen der Krankenversorgung

Die allgemeinen Empfehlungen zu PPP sind entsprechend ergänzt und spezifiziert auch auf Privatisierungen der Krankenversorgung in der Universitätsmedizin anzuwenden, da die notwendige Verbindung von Krankenversorgung einerseits sowie Forschung und Lehre andererseits eine auf Dauer angelegte öffentlich-private Partnerschaft erfordert. Die materielle Privatisierung von Teilen der universitären Krankenversorgung oder sogar ganzer Universitätsklinika wird dabei von der öffentlichen

Hand als ein Weg betrachtet, privates Kapital zu erschließen, um so bestehenden Investitionsdefiziten zu begegnen. Das Ziel ist eine wirtschaftliche Krankenversorgung als Basis für medizinische Forschung und Lehre der Universität. Angesichts der finanziellen Rahmenbedingungen von Bund und Ländern und deren Auswirkungen auf den Hochschulbau begrüßt der Wissenschaftsrat, dass neue Optionen zur Erschließung von Ressourcen einer Prüfung unterzogen werden. Allerdings muss auch ein privates Universitätsklinikum den akademischen Anspruch und die mit einer Universität verbundenen Anforderungen erfüllen. Ebenso müssen die Auswirkungen auf das Gesamtsystem der universitären Medizin betrachtet werden.

Die Zerteilung der Aufgaben Krankenversorgung einerseits sowie Forschung und Lehre andererseits durch Zuordnung zu verschiedenen Trägern bedingt eine besondere Form der öffentlich-privaten Kooperation. Entgegen den häufig projektbezogenen PPP außerhalb der medizinischen Leistungserbringung sind bei der durch eine materielle Privatisierung entstehenden Zusammenarbeit die Ziele der Partner weit schwerer in Einklang zu bringen. Während die Medizinische Fakultät für klinische Ausbildung und Forschung unmittelbar auf die Krankenversorgung angewiesen ist, ist für eine wirtschaftliche Erbringung von Krankenhausleistungen Forschung und Lehre nicht erforderlich, wenn nicht sogar eher hinderlich – weshalb sie von privaten Klinikbetreibern gelegentlich als „Sand im Getriebe“ bezeichnet werden. Daher sind bei einer privaten Trägerschaft der universitätsmedizinischen Krankenversorgung in dieser Konstellation noch mehr potenzielle Konfliktsituationen zu befürchten, als es bei den als Anstalt des öffentlichen Rechts verselbstständigten Universitätsklinik bereits der Fall ist.

Es bedarf bei der Entscheidung für eine PPP auch der Analyse und Einbeziehung der tatsächlichen Verhältnisse und möglichen Verschiebungen von Markt- und Machtstrukturen. Ist die Abhängigkeit der Universität vom privaten Träger der Krankenversorgung bei der Privatisierung einzelner Teildisziplinen noch nicht so groß, laufen die Medizinischen Fakultäten bei einer Vollprivatisierung Gefahr, angesichts der wirtschaftlichen Proportionen gegenüber einem etwa national oder gar international agierenden Krankenhauskonzern dauerhaft der schwächere Partner zu sein.

Allerdings kann auch ein privater Träger ein dezidiertes Interesse daran haben, seine Wettbewerbsfähigkeit durch ein exzellentes Profil von Forschung und Lehre stützen und entwickeln zu wollen. Es ermöglicht ihm vor allem die Akquisition innovationsfreudiger und leistungsbereiter Mitarbeiter. Zudem soll der in Verbindung mit Forschung und Lehre in der Bevölkerung allgemein positiv besetzte Begriff „Universitätsmedizin“ für die nötige Sogwirkung im Krankenversorgungsbereich sorgen.

Dessen ungeachtet ist es von besonderer Bedeutung, dass im Vorfeld über gesetzliche Vorgaben, geeignete Beteiligungen und klare vertragliche Vereinbarungen spätere Konflikte der Kooperationspartner vermieden und eine Stabilität der Zusammenarbeit erreicht werden kann. Aufgrund der erforderlichen engen Zusammenarbeit zwischen Klinikbetreiber und Universitätsmedizin müssen die von der Privatisierung Betroffenen von Beginn an in sämtliche Planungen mit einbezogen werden. Der Wissenschaftsrat hält es daher für erforderlich, dass Vertreter der Universität auch an den konkreten Kauf- und Vertragsverhandlungen des Landes mit den Interessenten beteiligt werden. Er empfiehlt nachdrücklich, je einen Vertreter der Medizinischen Fakultät, der Klinik- und Institutsleiter (Abteilungsleiter) und einen Vertreter der Universität hinzuzuziehen. Hauptamtliche Mitarbeiter der Universität und der Klinik sollten nach Unterzeichnung ein generelles Einsichtsrecht in die sie betreffenden Verträge erhalten.

Der Rückzug des Staates aus der öffentlichen Aufgabenwahrnehmung entbindet ihn nicht von der Pflicht, insbesondere die negativen Folgen von Privatisierungen im Gesundheitswesen durch ein Privatisierungsfolgenrecht aufzufangen und regulierend zu begleiten. Er hat **Gewährleistungsverantwortung** für die Krankenversorgung zu übernehmen, bei gleichzeitiger Sicherstellung der Belange von Forschung und Lehre durch seine **Organisationsverpflichtungen** zur Verbindung von Klinikum und Fakultät.

Der Wissenschaftsrat geht in seiner Betrachtung von der materiellen Privatisierung eines gesamten Universitätsklinikums aus.⁶¹ Seine Empfehlungen gelten jedoch gleichermaßen für den Fall der Privatisierung einzelner Kliniken und sind analog anzuwenden.

Aufgrund der heute nicht abschätzbaren Folgen der Privatisierung ganzer Universitätsklinika für die Universitätsmedizin in Deutschland empfiehlt der Wissenschaftsrat nachdrücklich, von Beginn an eine systematische und unabhängige wissenschaftliche Begleitung derartiger Prozesse vorzunehmen, um möglichst schnell valide Informationen über Erfolge aber auch mögliche Fehlentwicklungen zu erhalten. Die wissenschaftliche Begleitung sollte insbesondere die Auswirkung der Privatisierung auf die Entwicklung von Forschung und Lehre und der damit zusammenhängenden Krankenversorgung (u.a. Hochschulambulanzen) untersuchen, um positive Effekte frühzeitig verstärken und negative verhindern zu können. Unabhängig hiervon hält der Wissenschaftsrat nach Ablauf von drei Jahren einen Erfahrungsbericht unabhängiger Fachleute über die mit einer Privatisierung von Universitätsklinika gemachten Erfahrungen, erzielten Ergebnisse und notwendigen Anpassungen für erforderlich.

IV.1. Gewährleistungsverantwortung des Staates

Die Ausgestaltung der Gewährleistungsverantwortung ist abhängig von der Rechtsform des Klinikums. Da eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) die wahrscheinlichste Rechtsform für ein privatisiertes Universitätsklinikum darstellt, wird in den folgenden Überlegungen – soweit nichts anderes erwähnt wird – von diesem Modellfall ausgegangen. Gleichwohl sind auch andere Rechtsformen denkbar, die grundlegenden Regelungserfordernisse bleiben hiervon unberührt.

⁶¹ Dient das Universitätsklinikum mehr als einer Medizinischen Fakultät bzw. Universität sind im Sinne der vorliegenden Empfehlungen die beteiligten Fakultäten/Universitäten bzw. ihre Organe und Vertreter immer als gleichberechtigt anzusehen und entsprechend zu beteiligen. Auf die zusätzliche Verwendung des Plurals wird aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet.

IV.1.a) Einwirkungsrechte

Für den Wissenschaftsrat ist es unverzichtbar seitens des Staates zu gewährleisten, dass es durch die Privatisierung eines Universitätsklinikums zu keinen Mitspracherechten des privaten Trägers bezüglich Umfang und Inhalt von Forschung und Lehre kommt. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass das Klinikum der Medizinischen Fakultät zu deren Aufgabenerfüllung dient und der Staat weiterhin Träger der hoheitlichen Aufgaben bleibt. So dürfen Strukturveränderungen im Klinikum, die die Belange von Forschung und Lehre berühren, nur im Einvernehmen mit der jeweiligen Fakultät vorgenommen werden. Um dies gewährleisten zu können, muss das Land Vorkehrungen treffen, die der Universität und dem Land ausreichend Einwirkungsrechte sichern.

Ein Instrument, dies zu ermöglichen, ist die **Beleihung** des privatisierten Klinikums mit dem spezifischen hochschulrechtlichen Auftrag eines Universitätsklinikums, die Medizinische Fakultät bei ihrer Aufgabenerfüllung in Forschung und Lehre zu dienen. Durch die Beleihung untersteht es insoweit der **Rechtsaufsicht** des zuständigen Ministeriums, das damit Beeinträchtigungen von Forschung und Lehre mit Aufsichtsmitteln abwenden kann (vgl. A.V.2.). Eine Rechtsaufsicht des Landes über die Beleihung ist jedoch allein nicht ausreichend, da sie auf die nachträgliche Korrektur von Maßnahmen und Beschlüssen, die rechtswidrig sind, beschränkt ist. Da aber aus verfassungsrechtlichen Gründen im Bereich der wissenschaftsrelevanten Entscheidungen von Universitäts- und Fakultätsorganen bereits die Gefahr einer Beeinträchtigung der Wissenschaftsfreiheit abgewehrt werden muss, hat der Staat für ihre Abwehr eine organisatorische Einstandspflicht. Diese Einstandspflicht ist durch **präventive Maßnahmen** zu erfüllen.⁶² Aus Sicht des Wissenschaftsrates ist es daher erforderlich, einen Mechanismus einzuführen, der im Konfliktfall eine aufschiebende Wirkung auslöst und verhindert, dass durch Umsetzung einer möglicherweise Forschung und Lehre beeinträchtigenden Maßnahme vollendete Tatsachen geschaffen werden (vgl. B.IV.2.d).

⁶² Vgl. BVerfGE 35, 79/123, 135.

Ein weiteres Instrument, Einwirkungsrechte zu sichern, liegt in den Aufsichtsorganen des privatisierten Klinikums. Je nach gewählter Rechtsform sind die Organe zum Teil durch Gesellschaftsrecht vorgegeben. Soweit nicht nach dem Gesetz die Einsetzung eines **Aufsichtsrats** vorgeschrieben ist, sollte dies der Gesellschaftsvertrag vorsehen. Es sollte vereinbart werden, dass neben dem Land auf der Arbeitgeberseite auch ein Vertreter der Universität im Aufsichtsrat vertreten ist. Ist durch die Rechtsform ein Aufsichtsrat vorgeschrieben und beschäftigt das Klinikum in der Regel mehr als 2000 Mitarbeiter – was auf alle Universitätsklinika zutrifft, die in der Anlage zum HBFG sind – erfolgt seine Besetzung gemäß Mitbestimmungsgesetz paritätisch, da die Inanspruchnahme von Tendenzschutz ausgeschlossen scheint. Im Falle der Einführung eines mitbestimmten Aufsichtsrats sollte genau abgewogen werden, welche Aufgaben und Entscheidungsbefugnisse ihm übertragen werden. Nach Ansicht des Wissenschaftsrates sollten in diesem Fall die strategischen Kompetenzen in der **Gesellschafterversammlung** angesiedelt werden.

In diesem Zusammenhang unverzichtbar ist eine **Gesellschafterstellung des Landes**, um in diesem Gremium die Einhaltung der vertraglichen Regelungen erwirken zu können. Eine Beteiligung der Träger von Forschung und Lehre als Gesellschafter ist erforderlich, da eine alleinige vertragliche Absicherung als nicht ausreichend anzusehen ist.⁶³ Die Gesellschafterrechte des Landes müssen gesellschaftsvertraglich festgelegt werden. Hierbei ist zu beachten, dass grundlegende, vorher benannte Entscheidungen nur einstimmig in der Gesellschafterversammlung getroffen werden können. Die Interessen des Landes sollten dabei durch das Wissenschaftsministerium vertreten werden. Durch Abtretung eines Teils der Gesellschaftsanteile des Landes an die Universität bzw. die Medizinische Fakultät sollten diese nach Möglichkeit ebenfalls als Gesellschafter in der Gesellschafterversammlung vertreten sein. Damit können auch in diesem Gremium auf strategischer Ebene die Belange von Forschung und Lehre durch entsprechende Verfahren abgesichert und die Zuordnung des Klinikums als Hochschuleinrichtung gesichert werden.

⁶³ Wird das Klinikum in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft geführt, sollte das Land über eine qualifizierte Minderheitenbeteiligung (mindestens 25,1 %) verfügen.

IV.1.b) Informations- und Kontrollrechte

Die Wahrnehmung der Gewährleistungsverantwortung setzt ein umfassendes Informations- und Kontrollrecht voraus. Für die Kontrolle der Pflichten des Klinikums ist ein **Berichtswesen mit frühzeitigen Warnmechanismen** für das Land zu etablieren (Frühwarnsystem über Versorgungsqualität, Versorgungssicherheit und wirtschaftliche Entwicklung). Nur so ist sicherzustellen, dass das Land für den Fall einer Schlecht- oder Nichterfüllung der Pflichten durch den Träger geeignete Vorsorge trifft und seine Einwirkungsrechte rechtzeitig nutzen kann.

Für die Beurteilung der Zusammenarbeit der Fakultät mit dem privatisierten Klinikum ist es wichtig, die Arbeit in Forschung und Lehre sowie die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses regelmäßig in **Eigen- und Fremdevaluationen** zu bewerten, um auf Änderungen der Leistungen angemessen reagieren zu können. In einigen Ländern ist eine Pflicht zur Evaluation bereits im Hochschulrecht verankert.⁶⁴

Eine Änderung bei der Evaluation von Universitätsklinika ergibt sich durch den im Rahmen der Föderalismusreform vorgesehenen Wegfall des HBFVG. Bisher weist die Wiederaufnahme in das Hochschulverzeichnis nach dem HBFVG ein rechtlich selbstständiges oder privatisiertes Universitätsklinikum als „Hochschulklinik“ sowie als „Hochschuleinrichtung“ aus. Das Wiederaufnahmeverfahren stellt bisher eine Qualitätsprüfung der Strukturen des Klinikums im Hinblick auf Forschung und Lehre durch die Bundesregierung auf der Grundlage einer Stellungnahme des Wissenschaftsrates dar.

Die Länder sind künftig aufgerufen, die **Qualitätssicherung der Hochschuleinrichtungen** im Rahmen ihrer föderativen Verantwortung zu sichern. Dabei ist die externe Evaluation der Einrichtungen ein wichtiges Instrument, das auch bei privatisierten Universitätsklinika zum Tragen kommen sollte. Unbeschadet der Entscheidungskompetenzen der Länder, welche gesetzlichen Instrumentarien hierfür eingesetzt und welche Verfahren zum Tragen kommen, hält es der Wissenschaftsrat wegen der besonderen Komplexität der Universitätsmedizin und des schnellen Wandels im Ge-

⁶⁴ Z.B. Baden-Württemberg (§ 5 Abs. 1 LHG) oder Hamburg (§ 3 Abs. 2 HmbHG).

sundheitssystem für angezeigt, länderübergreifende Qualitätsstandards zu beachten. Künftige Entscheidungen sollten dies berücksichtigen. Der Wissenschaftsrat weist in diesem Zusammenhang auf seinen Leitfaden zur institutionellen Akkreditierung hin.⁶⁵

IV.1.c) Garantien für Studierende/Auszubildende

Wesentlicher Bestandteil der Gewährleistungsverantwortung des Staates ist, dass das Land die notwendigen Ausbildungskapazitäten (z.B. nach KapVO) vor einer Privatisierung verbindlich festlegt und diese Verpflichtung auch Eingang in die vertragliche Vereinbarung findet. Damit soll verhindert werden, dass der private Träger einseitig eine Veränderung der klinischen Kapazität vornimmt, die sich auf die Zulassungszahlen für Studierende der Medizin sowie den wissenschaftlichen Nachwuchs auswirkt. Neben einer Garantie für ausreichende Ausbildungs- bzw. Studienplätze muss gewährleistet sein, dass bei einem Scheitern der Partnerschaft die Auszubildenden/Studierenden ihre Ausbildung oder ihr Studium zu Ende führen können.

IV.1.d) Heimfallrechte gekoppelt an die Aufgabenerfüllung

Das Land hat für den Fall geeignete Vorsorge zu treffen, dass der private Partner seine ihm übertragenen Aufgaben nicht oder nur schlecht erfüllt. **Heimfallregelungen** sind dabei für die Wahrung der Interessen der öffentlichen Seite von besonderer Bedeutung.⁶⁶ Sie ermöglichen die Ahndung von Vertragsverletzungen und können in letzter Konsequenz eine Beendigung der Partnerschaft durch Rückübertragung sämtlicher Gesellschaftsanteile bedeuten. Gründe für die Ausübung der Heimfallrechte sollten dabei nicht nur die Insolvenz des Betreibers oder die Nichteinhaltung von Fristen für Investitionen oder von Zahlungsverpflichtungen sein. Unbedingt erforderlich sind auch Heimfallregelungen mit Blick auf die Belange von Forschung und Lehre, die den Fall der Nicht- oder Schlechterfüllung im Zusammenhang mit den Aufgaben und dem Zweck als Universitätsklinikum und der Unterstützungsfunktion der Fakultät etwa im Rahmen einer Beleihung absichern (vgl. B.II.).

⁶⁵ Wissenschaftsrat: Leitfaden der institutionellen Akkreditierung, Drs. 7078-06, Berlin, Januar 2006.

⁶⁶ Unter Heimfall versteht man, dass etwa Erbbaurechte, Anlagen, Gebäude oder Geschäftsanteile unter bestimmten, vertraglich geregelten Voraussetzungen an die öffentliche Seite zurückfallen.

IV.2. Organisationsverpflichtungen der öffentlichen Hand

Neben der Gewährleistungsverantwortung auf staatlicher Ebene hat die öffentliche Hand mit Blick auf das Binnenverhältnis von Klinikum und Fakultät Organisationsverpflichtungen zu erfüllen. Der Gesetzgeber muss zwischen der Wissenschaftsfreiheit einerseits und der bestmöglichen Krankenversorgung andererseits einen angemessenen Ausgleich finden. Dazu gehört, dass sowohl dem Interesse an bestmöglicher Krankenversorgung als auch der Freiheit und Qualität medizinischer Forschung und Lehre sowie der akademischen Selbstverwaltung der Universität durch geeignete Koordinations- und Kooperationsmöglichkeiten beider Funktionsbereiche und durch sachgerechte organisatorische Verzahnung Rechnung getragen wird.⁶⁷

IV.2.a) Regelung wesentlicher Punkte im Gesetz

In diesem Zusammenhang hält es der Wissenschaftsrat für zwingend erforderlich, dass Inhalt, Zweck und Ausmaß einer materiellen Privatisierung klar dargelegt und die wesentlichen Punkte zur Sicherstellung der universitären Belange gesetzlich festgeschrieben werden. Dies dient der Transparenz und ist notwendig für den Schutz des Individualrechts der betroffenen Wissenschaftler. Eine gesetzliche Verankerung wesentlicher Punkte trägt zudem der vom Bundesverfassungsgericht entwickelten Wesentlichkeitstheorie Rechnung (vgl. A.I.IV.). Der Gesetzgeber ist in der Pflicht, in wissenschaftsrelevanten Angelegenheiten organisatorische Schutzregelungen selbst zu erlassen.⁶⁸ Hierbei müssen nach Ansicht des Wissenschaftsrates zumindest eine Klarstellung, dass sich das Fächerspektrum des Universitätsklinikums an den Vorgaben von Forschung und Lehre auszurichten hat und die Mitwirkung des Dekans im geschäftsführenden Organ des Universitätsklinikums gesetzlich verankert werden.

IV.2.b) Gegenseitige Beteiligungsmechanismen Fakultät – Klinikum

Im Rahmen des Interessenausgleichs und einer sachgerechten organisatorischen Verzahnung sind neben der wechselseitigen Vertretung von Fakultät und Klinikum

⁶⁷ Vgl. BVerfGE 57, 70/98 ff.; NVwZ 2003, 600/601; StGH Baden-Württemberg, ESVGH 24, 12/17.

⁶⁸ Vgl. BVerfGE 35, 79/123, 133; 57, 70/99; 111, 333/351, 353.

auf operativer Ebene vor allem Regelungen für eine gemeinsame Strategie-, Struktur- und Ausstattungsplanung zu treffen.

Wechselseitige Vertretung von Fakultät und Klinikum auf operativer Ebene

Der Wissenschaftsrat hat seit der rechtlichen Verselbstständigung von Universitätsklinikum nachdrücklich betont, dass auch künftig ein enger Konnex zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu sichern und ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen medizinischem Fachbereich und Hochschulklinikum zu konstituieren ist,⁶⁹ außerdem muss der Dekan in die Geschäftsführung integriert werden.⁷⁰ Auch und insbesondere in einem materiell privatisierten Universitätsklinikum muss der Dekan Mitglied der Geschäftsführung oder eine adäquate Mitwirkung realisiert sein, um die Wahrung der Belange von Forschung und Lehre zu sichern.⁷¹

Wird das Klinikum als Kapitalgesellschaft in Form einer GmbH geführt, sollte die **Geschäftsführung** am besten aus drei Mitgliedern bestehen: **Kaufmännischer Geschäftsführer, Ärztlicher Geschäftsführer und Dekan** (bzw. adäquate Mitwirkung). Der Kaufmännische Geschäftsführer wird vom Mehrheitsgesellschafter bestellt. Der Ärztliche Geschäftsführer sollte als berufener Hochschullehrer klinische und wissenschaftliche Kompetenz vereinigen.⁷² Er sollte die Funktion des Sprechers der Geschäftsführung ausüben und im Einvernehmen mit der Fakultät bestellt werden. Mit Blick auf die notwendige Professionalisierung der Entscheidungsträgerfunktionen auch auf Seiten der Medizinischen Fakultäten weist der Wissenschaftsrat erneut darauf hin, dass auch der Dekan die Option erhalten sollte, hauptamtlich tätig zu sein.

⁶⁹ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin - Aufgaben, Organisation, Finanzierung -, Köln 1999, S. 70.

⁷⁰ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg in Mannheim, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2003, Bd. 2, S. 115.

⁷¹ Im Gegenzug sollte der Ärztliche Geschäftsführer im Fakultätsvorstand mit beratender Stimme vertreten sein. Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin - Aufgaben, Organisation, Finanzierung -, Köln 1999, S. 47.

⁷² Vgl.: Wissenschaftsrat: Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg, Drs. 6196-04, Berlin, Juli 2004, S. 89: „Die Bestimmung, dass der Leitende Ärztliche Direktor sowie sein Stellvertreter approbierte Ärzte und Professoren der Medizin sein müssen, hält der Wissenschaftsrat für sachgerecht. Eine bereits bestehende Mitgliedschaft des Leitenden Ärztlichen Direktors in der jeweiligen Medizinischen Fakultät sollte jedoch nicht zwingend für die Berufungen sein. Geeignete Führungspersönlichkeiten müssen auch von außen bestellt werden können.“

Im Rahmen der Vergütung der Geschäftsführung empfiehlt er, ein **leistungsbezogenes Anreizsystem** anzuwenden, durch das Forschung und Lehre bei der Unternehmenssteuerung den notwendigen Stellenwert erfahren.

Gemeinsame Strategie-, Struktur- und Ausstattungsplanung

Eine Abstimmung zwischen Fakultät und Klinikum in Struktur- und Ausstattungsfragen ist vor allem für die Fakultät von elementarer Bedeutung, da sie von den klinischen Ressourcen des Klinikums unmittelbar abhängig ist. So muss das Universitätsklinikum im Verbund mit der Medizinischen Fakultät ein universitäres **Fächerspektrum** vorhalten, welches die Belange von Forschung, Aus- und Weiterbildung sowie der Förderung wissenschaftlichen Nachwuchses gebührend berücksichtigt. Über dessen Festlegung sollte zu Beginn Einigung erzielt werden und eine Änderung dieses Fächerspektrums jeweils nur im Einvernehmen erfolgen können. Dem Träger des Universitätsklinikums sollte es dabei erlaubt sein, außerhalb des vereinbarten Fächerspektrums weitere Fächer zu betreiben, soweit sie nicht den akademischen Grundlagen der Universität zuwiderlaufen. Ebenso muss die Medizinische Fakultät die Möglichkeit haben, die Einrichtung neuer klinischer Fächer zu vereinbaren, wenn deren Finanzierung gesichert ist. Sicherzustellen ist in diesem Zusammenhang, dass über zu vereinbarende Kostenerstattungen für Forschung und Lehre hinaus keine weitere Finanzierung eventuell defizitärer Bereiche aus dem Landeszuschuss erfolgt. Der private Partner sollte verpflichtet werden, die vertraglichen Leistungen auch dann zu erbringen, wenn sie nicht gewinnbringend sind, und Unterschiede in der Erlössituation intern auszugleichen.⁷³

Die Festlegung der **Gesamtstrategie des Universitätsklinikums** und die daraus abgeleiteten **Kompetenzen der Krankenversorgung** sind ebenso wie beabsichtigte **Kooperationen** unter Einbeziehung des Fakultätsvorstands zu entwickeln. Im Gegenzug sind die **Schwerpunkte in Lehre und Forschung** von der Medizinischen Fakultät neben der Universität auch im Benehmen mit dem Universitätsklinikum festzulegen. Die Abstimmung der Kompetenzen in der Krankenversorgung mit den Forschungsschwerpunkten der Fakultät ist für beide Einrichtungen von entscheidender

⁷³ Das Land Hessen sieht derartige vertragliche Regelungen im Rahmen der materiellen Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg vor.

Bedeutung. Die Hoheit der Klinik- und Institutsleiter zur Festlegung der Forschungsziele innerhalb ihrer Abteilung bleibt davon unberührt.

Entsprechend sollten **Strukturentscheidungen** gemeinsam getroffen werden. Zustimmungsvorbehalte können jedoch für Klinikum und Fakultät nur gelten, soweit ihre spezifischen Interessen (Belange der Krankenversorgung bzw. Forschung und Lehre) durch die Strukturentscheidungen des jeweils anderen berührt sind. Die Einrichtung klinischer Zentren ist in diesem Zusammenhang als eine Strukturentscheidung anzusehen, die des Einvernehmens mit der Medizinischen Fakultät bedarf, da klinische Zentren an Universitätsklinika immer auch wissenschaftliche Einrichtungen sein sollten.

Von besonderer Bedeutung für eine erfolgreiche Kooperation von Fakultät und Klinikum ist ein abgestimmtes Verfahren zur **Berufung** von Professoren, die im Klinikum gleichzeitig als Chefarzte tätig werden sollen. Nach Ansicht des Wissenschaftsrates sollte bei der Besetzung einer Professur in den klinischen und klinisch-theoretischen Fächern immer dann Einvernehmen mit dem privaten Träger hergestellt werden, wenn dieser mit dem Bewerber einen Chefarztvertrag abzuschließen und zu finanzieren hat. Für die Beteiligung des privaten Trägers am Berufungsverfahren ist ein geeigneter Mechanismus zu etablieren. Dabei ist sicherzustellen, dass die Fakultät Herr des Verfahrens bleibt. Die Besetzung von Professuren ohne Aufgaben in der Krankenversorgung (einschließlich der vorklinischen Medizin) liegt allein in der Verantwortung der Universität. Generell sollte sichergestellt werden, dass die Leitung einer Klinik nur im Einvernehmen mit dem Dekan in der Geschäftsführung durch einen Chefarzt ohne ordentliche Professur besetzt werden kann. Das Einvernehmen gilt auch für die Aushandlung der **Chefarztverträge** mit den ordentlichen Professoren. Es wird nachdrücklich empfohlen, gemäß dem Positionspapier der Kultusministerkonferenz (KMK) im Rahmen der Berufungen von Professoren in klinischen Fächern die „reine Vertragslösung“ umzusetzen, also ausschließlich im Angestelltenverhältnis (mit Kündigungsmöglichkeit) zu berufen. Gleiches gilt für die zweite Führungsebene (W2/W1 in Oberarztfunktion). Die reine Vertragslösung verhindert das Auseinanderfallen von

Professorenamt und Chefarztposition, was bei der Kombinationslösung Beamten- und Vertragsrecht nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann.⁷⁴

Bei der Ausgestaltung einer materiellen Privatisierung ist darüber hinaus sicherzustellen, dass den Klinik- und Institutsleitern maßgebliche Mitwirkungsrechte bei der Einstellung von Personal, dem Personaleinsatz und der Verausgabung der konsumtiven und investiven Mittel zustehen. Dies schließt die klinische Geräte- und Methodenwahl mit ein.

IV.2.c) Hinreichende Trennung der Zuständigkeiten

Im Vorfeld einer materiellen Privatisierung der gesamten universitären Krankenversorgung hält es der Wissenschaftsrat für erforderlich, die strukturellen Zuordnungen der medizinischen Einrichtungen so zu gestalten, dass die Fakultät Aufgaben in Forschung und Lehre weitgehend unabhängig von der damit verbundenen Krankenversorgung wahrnehmen kann. Der Wissenschaftsrat verweist bezüglich der Zuordnung der überwiegend wissenschaftlich tätigen klinisch-theoretischen Institute auf seine „Stellungnahme zur geplanten Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg“ vom November 2005.⁷⁵

Trennungsrechnung

Gerade bei einem privatisierten Universitätsklinikum ist es erforderlich, dass die Zuweisung des Zuschusses für Forschung und Lehre des Landes an die Medizinische Fakultät erfolgt⁷⁶ und nur ihre Organe über Verwaltung und Verwendung dieser Mittel abschließend entscheiden. Der Dekan oder ein Fakultätsgeschäftsführer sollte in diesem Zusammenhang Haushaltsbeauftragter des Landeszuschusses für Forschung und Lehre werden. Im Rahmen einer **transparenten Budgetierung** und **Trennungsrechnung** muss gewährleistet sein, dass für Forschung und Lehre zur

⁷⁴ Beschluss der KMK vom 19. November 1999: Positionspapier „Neugestaltung des Personalrechts einschließlich des Vergütungssystems der Professoren mit ärztlichen Aufgaben im Bereich der Hochschulmedizin“.

⁷⁵ Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur geplanten Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Drs. 6918-05, Bremen, November 2005, S. 39.

⁷⁶ Vgl.: Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 45.

Verfügung gestellte Mittel nicht zur Quersubventionierung der Krankenversorgung eingesetzt werden. Gleiches gilt für eingeworbene Drittmittel: Es muss gewährleistet sein, dass sie exklusiv den wissenschaftlichen Projekten zur Verfügung stehen und ihr Einsatz von der Universität gesteuert wird. Eine solche Trennungsrechnung schließt nachvollziehbare Mischfinanzierungen im Überschneidungsbereich zwischen Klinik und klinischer Forschung nicht aus. Die Überprüfbarkeit durch den Dekan, gegebenenfalls auch einen Fakultätsgeschäftsführer, ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.

Forschung und Lehre

Unbedingt ist dafür Sorge zu tragen, dass das privatisierte Universitätsklinikum keine eigenständigen Aufgaben in Forschung und Lehre wahrnimmt, beispielsweise dadurch, dass das Klinikum ohne Beteiligung der Fakultät eigene Organisationseinheiten in der Forschung, etwa Zentren für klinische Studien einrichtet bzw. andere Einrichtungen des privaten Betreibers nutzt. Es sollte zu Beginn klargestellt werden, dass allein die Fakultät die **Drittmittel** (einschließlich klinischer Studien) er- und bewirtschaftende Stelle ist. Der Wissenschaftsrat begrüßt in diesem Zusammenhang vertragliche Regelungen, nach denen beim privaten Träger anfallende Forschungsaufgaben immer erst der kooperierenden Medizinischen Fakultät zur Durchführung angetragen werden. Nur für den Fall, dass seitens der Fakultät kein Interesse besteht, sollte die Vergabe an Dritte zulässig sein.⁷⁷

Die Forschungsergebnisse einschließlich gewerblich schutzfähiger Ergebnisse, daraus resultierende **Patente und Verwertungsrechte** müssen der Universität zustehen. Für den Fall der Beteiligung von Beschäftigten des Klinikums an Erfindungen sind im Vorfeld der Kooperation entsprechende Regelungen vertraglich zu fixieren. Finanziert das Klinikum bzw. der private Träger Forschungsprojekte an der Fakultät und ist somit Drittmittelgeber, kann die Verwertung jeweils vereinbart werden.

⁷⁷ Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur geplanten Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Drs. 6918-05, Bremen, November 2005, S. 38.

Ressourcen

Bezüglich der **Personalzuordnung** ist zu beachten, dass beim Kooperationsmodell auch für private Universitätsklinika gilt, dass Personal, welches Aufgaben in Forschung und Lehre wahrnimmt, bei der Universität zu beschäftigen ist. In der Regel sollten nur diejenigen Ärzte, die ausschließlich Aufgaben in der Krankenversorgung wahrnehmen, dem Universitätsklinikum zugeordnet werden können.⁷⁸ Die Steuerung der Personalwirtschaft für die Medizinische Fakultät darf nicht beim privaten Betreiber liegen. Der Einsatz des Personals auf Drittmittelstellen hat ausschließlich durch die Universität zu erfolgen.

Darüber hinaus sind die Abläufe der Krankenversorgung so zu gestalten, dass die Belange von Forschung und Lehre auch im laufenden Betrieb gewährleistet sind. So müssen **personelle und sächliche Ressourcen** zu den üblichen Dienstzeiten auch für Forschung und Lehre verfügbar sein.⁷⁹ Die für Forschung und Lehre einzuhaltenen Zeiten sollten im Vorfeld festgelegt werden.

Auch dürfen mögliche Bestrebungen des privaten Klinikträgers, eine konzernweite Corporate Identity durchzusetzen, nicht zu einer Beeinträchtigung der Medizinischen Fakultät führen und die Entwicklung einer Corporate Identity der Universität unterlaufen.

IV.2.d) Wirksame Konfliktlösungsmechanismen

Unerlässlicher Bestandteil der Organisationsverpflichtungen des Landes ist es, geeignete Mechanismen zur Lösung von **Konfliktfällen** zwischen Universitätsklinikum (privatem Träger) und Medizinischer Fakultät (Universität) vorzusehen. Es bedarf einer mit Entscheidungskompetenz ausgestatteten unabhängigen **Vermittlerinstanz**, die im Falle fehlenden Einvernehmens von beiden Seiten angerufen werden kann. Gleiches gilt bei Ausübung wechselseitiger Einspruchsrechte. Angesichts der zentralen Funktion einer derartigen Vermittlerinstanz in Konfliktfällen, in denen Belange von

⁷⁸ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Wiederaufnahme der rechtlich verselbstständigten Universitätsklinika des Landes Sachsen-Anhalt in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes, Drs. 6324-04, Hamburg, November 2004.

⁷⁹ Beispiel: Vergabe von Messzeiten für die Magnetresonanztomographie.

Forschung und Lehre berührt werden, muss deren Verortung, Kompetenz und Verfahren rechtlich adäquat geregelt sein. Hierfür ist die Vermittlerinstanz mindestens in dem Umfang zu informieren, den § 51a des GmbH-Gesetzes als Auskunft- und Einsichtsrecht für einen Gesellschafter einer GmbH vorsieht. Es muss ferner sichergestellt werden, dass ihre Entscheidungen auch durchgesetzt werden können. Die rechtsaufsichtlichen Befugnisse des Ministeriums und die gerichtliche Überprüfbarkeit müssen unberührt bleiben.

Der Wissenschaftsrat hält es in diesem Zusammenhang für zwingend erforderlich, dass die Anrufung einer Vermittlerinstanz eine zeitlich befristete **aufschiebende Wirkung** auslöst. Hierdurch ist zu verhindern, dass durch die Umsetzung einer Forschung und Lehre beeinträchtigenden Maßnahme unter Umständen Fakten geschaffen werden, die nicht mehr rückgängig zu machen sind. Die Entscheidung ist dann in angemessener Frist zu fällen. Die aufschiebende Wirkung ist erforderlich, da aus verfassungsrechtlichen Gründen im Bereich wissenschaftsrelevanter Entscheidungen bereits die Gefahr einer Beeinträchtigung der Wissenschaftsfreiheit abgewehrt werden muss und der Staat seine organisatorische Einstandspflicht für die Gefahrenabwehr durch **präventive Maßnahmen** zu erfüllen hat. Nachträgliche Kontroll- und Aufsichtsbefugnisse, etwa die auf die Nachprüfung der Rechtmäßigkeit beschränkte Rechtsaufsicht oder die Eröffnung eines Rechtsweges, genügen zur Vermeidung solcher Gefahren nicht (vgl. B.IV.1.a).

C. Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

AG	Aktiengesellschaft
AöR	rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
BAT	Bundesangestelltentarifvertrag
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bundesrat
BRK	Bayerisches Rotes Kreuz
BVerfGE	Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
EG-Vertrag	Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften
GG	Grundgesetz
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HBFVG	Hochschulbauförderungsgesetz
HIS	HIS Hochschul-Informationen-System GmbH
HmbHG	Hamburgisches Hochschulgesetz
KapVO	Kapazitätsverordnung
KFPV	Fallpauschalenverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KMK	Kultusministerkonferenz
LEG	Landesentwicklungsgesellschaft Baden-Württemberg mbH
LHG	Landeshochschulgesetz
PPP	Public Private Partnership(s)
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
StGH	Staatsgerichtshof
TdL	Tarifgemeinschaft der Länder
TVöD	Tarifvertrag öffentlicher Dienst
VBL	Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder
VOB	Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen
VOB/A	Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen, Teil A
VOF	Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen
VOL	Verdingungsordnung für Leistungen

D. Anhang

Tabelle 1: Führende Betreiber von Akutkrankenhäusern und Reha-Kliniken in Deutschland (Stand: 31.12.2004)

Privater Betreiber	Gesellschafter	Anzahl Kliniken	Darunter mit Betriebsführungsvertrag	Betten	Umsatz in Mio. Euro	Jahresüberschuss in Mio. Euro
Asklepios Kliniken GmbH ¹⁾	Alleingesellschafter Dr. Broermann	58	11	12.021	758	k.A.
Helios Kliniken GmbH ²⁾	Mehrheitsgesellschafter Familie Dr. Helmig, Minderheitsanteile Helios-Management	25	-	9.533	1.161	65,6
Rhön-Klinikum AG ³⁾	Aktionäre	30	-	9.211	1.045	76,4
Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA ⁴⁾	33 private Krankenversicherungen	57	32	12.600	546	10
Wittgensteiner Kliniken AG ²⁾	Fresenius ProServe GmbH	28	2	6.064	343	k.A.

Quelle: Wissenschaftsrat nach Angaben der Unternehmen (k.A.: keine Angabe).

1) Zum Januar 2005 hat die Asklepios Kliniken GmbH den Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg erworben. Der Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg verfügt über ca. 5.800 Planbetten und erwirtschaftet einen Umsatz von ca. 710 Mio. Euro.

2) Im Oktober 2005 hat die Fresenius AG einen Vertrag zum Erwerb von 94 % der Geschäftsanteile an der Helios Kliniken GmbH unterzeichnet. Die Kliniken von Helios und die Fresenius-Kliniken der Wittgensteiner Gruppe werden zukünftig unter der Führung und dem Namen von Helios eine Einheit bilden.

3) Im Dezember 2005 hat die Hessische Landesregierung die Rhön-Klinikum AG als strategischen Partner für die Übernahme von 95 % der Geschäftsanteile am Universitätsklinikum Gießen und Marburg ausgewählt. Die fusionierten Universitätsklinika in Gießen und Marburg verfügten 2004 zusammen über 2.376 Planbetten und erwirtschafteten Erlöse von knapp 577 Mio. Euro.

4) Im Jahr 2005 hat die Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA sieben Kliniken mit ca. 1.900 Betten erworben und verzeichnete eine Umsatzsteigerung auf ca. 750 Mio. Euro.