

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Stenographischer Dienst und Ausschusssdienst

N i e d e r s c h r i f t

Bildungsausschuss

16. WP - 21. Sitzung

Finanzausschuss

16. WP - 40. Sitzung

Wirtschaftsausschuss

16. WP - 30. Sitzung

Sozialausschuss

16. WP - 22. Sitzung

am Mittwoch, dem 6. September 2006, um 11 Uhr,
in Sitzungszimmer 122 des Landtages

Anwesende Abgeordnete des Bildungsausschusses

Sylvia Eisenberg (CDU)

Vorsitzende

Heike Franzen (CDU)

Niclas Herbst (CDU)

Susanne Herold (CDU)

Wilfried Wengler (CDU)

Detlef Buder (SPD)

Dr. Henning Höppner (SPD)

Hans Müller (SPD)

Jürgen Weber (SPD)

Dr. Ekkehard Klug (FDP)

Angelika Birk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Anwesende Abgeordnete des Finanzausschusses

Günter Neugebauer (SPD)

Vorsitzender

Hans-Jörn Arp (CDU)

Tobias Koch (CDU)

Frank Sauter (CDU)

Birgit Herdejürgen (SPD)

Dr. Heiner Garg (FDP)

i. V. von Wolfgang Kubicki

Monika Heinold (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Anwesende Abgeordnete des Wirtschaftsausschusses

Hans-Jörn Arp (CDU)

Vorsitzender

Johannes Callsen (CDU)

Jürgen Feddersen (CDU)

Karsten Jasper (CDU)

Thomas Stritzl (CDU)

Anette Langner (SPD)

Regina Poersch (SPD)

Thomas Rother (SPD)

i. V. von Bernd Schröder

Dr. Heiner Garg (FDP)

Anwesende Abgeordnete des Sozialausschusses

Siegrid Tenor-Alschausky (SPD)

Vorsitzende

Heike Franzen (CDU)

Niclas Herbst (CDU)

Wolfgang Baasch (SPD)

Dr. Heiner Garg (FDP)

Angelika Birk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Weitere Abgeordnete

Lars Harms (SSW)

Die Liste der **weiteren Anwesenden** befindet sich in der Sitzungsakte.

Einzigter Punkt der Tagesordnung:

Teilprivatisierungs- und PPP-Möglichkeiten am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Umdrucke 16/1148 und 16/1158

Die Vorsitzende des federführenden Bildungsausschusses, Abg. Eisenberg, eröffnet die gemeinsame Sitzung um 11:00 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit der Ausschüsse fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Einzigster Punkt der Tagesordnung:

Teilprivatisierungs- und PPP-Möglichkeiten am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Umdrucke 16/1148 und 16/1158

M Austermann führt ein und stellt die wirtschaftliche Ausgangssituation und die von der Landesregierung vorbereiteten und beschlossenen Maßnahmen dar. Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sei unbestreitbar eine Einrichtung exzellenter Forschung und Lehre und biete eine hochqualifizierte Krankenversorgung an. Aufgrund externer und interner Ursachen befinde es sich jedoch in einer schwierigen wirtschaftlichen Situation. 2005 sei mit einem Verlust von 20,3 Millionen € abgeschlossen worden, für 2006 werde mit einem Verlust von 19,6 Millionen € gerechnet. Einschließlich der Verluste aus der Vergangenheit werde Ende des Jahres 2006 ein Verlust von 73 Millionen € zu verzeichnen sein. Das Eigenkapital sei aufgezehrt und der Liquiditätsbedarf werde durch einen Kredit der HSH Nordbank in Höhe von 35 Millionen € sowie kurzfristig durch die Landeskasse gedeckt. Der Investitionsstau werde vom Vorstand mit 400 Millionen € und von Deloitte & Touche mit über 500 Millionen € angegeben. Das Ministerium habe daher ein Strategiekonzept zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation erarbeitet, das am 16. August 2005 im Kabinett beschlossen worden sei und auf einer Bundesratsinitiative basiere.

Die mit den beiden Medizinischen Fakultäten durchgeführte Portfolioanalyse sei dem Bildungsausschuss vor der Sommerpause vorgestellt worden. Ein Beratungsunternehmen sei mit der Erstellung eines Konzepts zu Möglichkeiten der Privatisierung und Private Public Partnership für die Bereiche des Klinikums beauftragt worden. Verschiedene Lösungen seien erörtert worden. Es gebe eine Neuorientierung der Medizinischen Fakultät mit dem Ziel der Profilbildung in Forschung und Lehre und Abbau von Parallelangeboten. Die Kooperation mit Hamburg im Bereich der Hochschulmedizin solle zur Unterstützung der Wettbewerbssituation ausgebaut werden.

Ein Beratungsgremium aus der Unternehmensberatung Deloitte & Touche, der Anwaltskanzlei Freshfields Bruckhaus Deringer und der Privatbank M. M. Warburg & Co. habe sein Gut-

achten auftragsgemäß bis zum 30. Juni vorgelegt. Es sei in einigen Punkten nachgearbeitet worden und werde dem Ausschuss am Ende der Sitzung vorgelegt.

Vor der Erstellung des Gutachtens habe es neben Workshops, Informationsveranstaltungen und Lenkungsgruppenmeetings eine Ist-Analyse des UK S-H auf der Basis der Portfolioanalyse, Interviews mit Vorstand und Mitarbeitern des UK S-H und die Erstellung und Bewertung einer Alternativenmatrix nach wirtschaftlichen, rechtlichen und unternehmerisch-strategischen Aspekten, die Identifizierung von potenziellen regionalen und überregionalen privaten Partnern und eine Präsentation der Ergebnisse gegeben. Ziele der Landesregierung seien auf der Basis der Koalitionsvereinbarung ein ausgeglichenes Betriebsergebnis bis 2010, ein Ausgleich des über die letzten Jahre aufgelaufenen Bilanzverlustes, ein Abbau des Investitionsstaus, eine Maximalversorgung und eine Sicherstellung der medizinischen Forschung an den Standorten Kiel und Lübeck.

In dem Gutachten würden drei Lösungsansätze untersucht. Zum einen könne mit PPP-Projekten Beteiligungen Privater oder eine Übernahme zum Beispiel im Bereich der Orthopädie erfolgen oder medizinische Leistungszentren im Bereich des Universitätsklinikums errichtet werden. Zum anderen könne der Campus Lübeck privatisiert werden und aus dem Verkaufserlös Investitionen im Bereich der medizinischen Forschung in Lübeck und in Kiel finanziert werden. Schwerpunktmäßig werde im Gutachten der dritte Lösungsansatz, die Gesundheits- und Managementholding Schleswig-Holstein, behandelt, mit der Schleswig-Holstein zu einem hervorragenden Gesundheitsstandort weiterentwickelt werden solle.

Das Kabinett habe vor wenigen Tagen erst eine Debatte geführt und die Präsentation der Ergebnisse zur Kenntnis genommen. Das Ministerium sei beauftragt worden, auf Grundlage des Gutachtens und unter Einbeziehung des Strategiepapiers des Vorstands bis November einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt halte das Ministerium die Holding-Lösung für die beste Variante, da mit ihr die Ziele am ehesten erreicht werden könnten.

In Bezug auf die Gespräche, die mit potenziellen Bewerbern geführt worden seien, stellt M Austermann klar, dass es entgegen Presseberichten mit Damp keine Gespräche gegeben habe, und weist darauf hin, dass solche Gespräche vor einer eventuellen Ausschreibung grenzwertig seien. Das Ministerium sei an einer norddeutschen Kooperation oder einer Kooperation im skandinavischen Bereich interessiert. Für das Protonentherapiezentrum müssten zusätzliche Märkte erschlossen werden. Durch die Erschließung zusätzlicher Märkte für die Medizinbereiche des Klinikums müsse die Wettbewerbsfähigkeit gesteigert werden.

Die Diskussion über die Vorschläge solle in einer Entscheidung bis Ende November münden. Das Universitätsklinikum sei der größte Arbeitgeber in Schleswig-Holstein. Das Ministerium sei daran interessiert, die Motivation der Mitarbeiter nicht zu beeinträchtigen oder zu schädigen.

Herr Ohlsen (Deloitte & Touche) beginnt anhand von Schaubildern mit der Präsentation:

Wir haben die Arbeit nach Auftragsvergabe im April 2006 begonnen und unseren Abschlussbericht Ende Juni im Ministerium für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr präsentiert. Das Gesamtwerk umfasst knapp 400 Seiten und enthält als Teil 1 den Abschlussbericht, der Ihnen heute im Anschluss an die Ausschusssitzung zugeht, und als Teil 2 den Anlagenband Deloitte & Touche insbesondere zur Beurteilung der medizinischen Leistungszentren und der Forschung und Lehre sowie den Anlagenband der Rechtsanwälte Freshfields Bruckhaus Deringer. Heute stellen wir Ihnen die wichtigsten Ergebnisse aus dem Abschlussbericht in Kurzform vor. Das Inhaltsverzeichnis sieht wie folgt aus: Zielsetzung und Auftragsdurchführung, Bewertung der Ist-Situation, die Beurteilung der PPP-Möglichkeiten, die Campus-Lösung, die so genannte Holding-Lösung und abschließend die Gesamtbewertung unserer Überlegungen und Untersuchungen.

Lassen Sie mich kurz in Erinnerung rufen - Herr Minister Austermann hat es einleitend dargestellt -: Was waren die Zielsetzungen des Auftrages? Ein ausgeglichenes Betriebsergebnis bis 2010, ein Ausgleich des Bilanzverlustes und der Abbau des Investitionsstaus. Was sollten wir tun, was haben wir getan? Aufzeigen und darstellen, welche Leistungszentren, Kliniken, Institute und andere Bereiche des UK S-H teilprivatisiert bzw. mit geeigneten PPP-Modellen betrieben werden können, dabei natürlich insbesondere die Anforderungen eines Universitätsklinikums im Bereich Forschung und Lehre berücksichtigen. Weiter sollten wir die Lösungsmodelle einerseits unter monetären und auch unter nicht monetären Aspekten und abschließend rechtlich bewerten. Von besonderer Bedeutung war die Untersuchung der Möglichkeiten des Abbaus des Investitionsstaus bei gleichzeitiger Steigerung der Effizienz der Abläufe an beiden Standorten. Darüber hinaus haben wir eine Liste und eine Bewertung von potenziellen regionalen und überregionalen Partnern sowohl für PPP als auch für Beteiligungen zusammengestellt.

Lassen Sie mich zur Ist-Situation kommen. Bei Auftragsbeginn im April 2006 haben wir folgende Rahmenbedingungen vorgefunden: Ein Jahresfehlbeginn von ca. 20 Millionen € wird prognostiziert, nach den Planungen des Vorstandes wird Ende 2006 ein Bilanzverlust von ca. 73 bis 75 Millionen € erreicht. Dieser Bilanzverlust wird nach dem derzeitigen Stand und unter den Prämissen zu dem damaligen Zeitpunkt Ende 2007 mindestens knapp 100 Mil-

lionen € erreichen. Der Investitionsstau beträgt ca. 310 bis 490 Millionen € in Kiel und ca. 130 Millionen € in Lübeck. Bei den uns vorgelegten Prognosen für 2007 und für die folgenden Jahre sind wir bisher nicht auf die aktuellen Veränderungen insbesondere im Bereich Umsatzsteuererhöhung und die Tarifierhöhung aus den Tarifierhandlungen mit dem Marburger Bund und anderen Tarifierhandlungen eingegangen. Diese sind bisher nicht berücksichtigt, sodass sich die Jahresverluste und der Bilanzverlust weiter erhöhen werden.

Lassen Sie mich nun zu einem Kurzüberblick über die wichtigsten Ergebnisse der Ist-Situation kommen. Die Fusion hat positive Ergebniseffekte bewirkt, die nach unserer Einschätzung und Bewertung aber bei weitem nicht ausreichen, um die Zukunft des UK S-H langfristig zu sichern. Insbesondere sind bisher wenige Synergien in der Krankenversorgung umgesetzt. Dies hat zum Teil geographische Gründe in den abgegrenzten Einzugsbereichen der Kliniken Lübeck und Kiel, aber hier gibt es weitere Potenziale, die realisiert werden können. Auch im Bereich Forschung und Lehre sind Synergien bisher nur im Ansatz genutzt. Doppelstrukturen insbesondere in der Verwaltung und auch im medizinnahen Bereich sind noch nicht ausreichend abgebaut. Hier sind dringend weitere Restrukturierungen erforderlich. Darüber hinaus ist wichtig, dass die Zusammenlegung von Instituten an den beiden Standorten nicht konsequent realisiert worden ist.

Einer der Kernpunkte der Ergebnisse der Ist-Analyse ist, dass eine wirtschaftliche Führung in Kiel an der Historie mit der bekannten Baustruktur, der Logistik und den übrigen Prozessen scheitert. Die meisten von Ihnen kennen sicherlich den Campus Kiel. Wir haben dort eine Pavillonbauweise, eine unterschiedliche Altersstruktur, Stationsgrößen, die unwirtschaftlich sind, und lange Wege. Wir haben viele Ambulanzen. Ich nenne diese Punkte beispielhaft. Es gibt viele weitere Punkte, die deutlich machen, dass eine wirtschaftliche Führung in Kiel unter diesen Voraussetzungen kaum möglich ist. Darüber hinaus widerspricht der Einfluss der Fakultäten teilweise der wirtschaftlichen Betriebsführung, insbesondere liegt eine Trennungsrechnung nicht vor, die transparent macht, wie wirtschaftlich Forschung und Lehre bzw. die Krankenversorgung arbeitet. Ein wesentlicher Kernpunkt hierfür ist insbesondere die inhomogene Datenstruktur und -qualität, die aufgrund der verschiedenen eingesetzten Systeme nicht abstimbar ist und deshalb häufig zu langen Diskussionen über die Richtigkeit von Ergebnissen führt. Dies führte dazu, dass Zielvereinbarungen und Vergütungen, wenn sie leistungsorientiert vereinbart sind, kaum zu diskutieren sind, weil das Zahlenmaterial dafür nicht ausreicht. Insgesamt gibt es hier Potenzial zur Verbesserung, was die Vereinbarung angeht. Darüber hinaus gibt es eine mangelnde Transparenz im Bereich der Privatambulanzen und Privatliquidationen.

Lassen Sie mich als Nächstes zu der Untersuchung des Modells PPP kommen. Was haben wir untersucht? Sie werden dies in dem Bericht ausführlich erläutert bekommen. Das Fazit ist: Die Ergebnisse werden nicht erreicht. Was haben wir dafür im Einzelnen gemacht? Wir haben im ersten Schritt alle medizinischen Leistungszentren hinsichtlich ihrer PPP-Eignung unter Berücksichtigung der monetären Ziele des UK S-H untersucht. Hier haben wir uns natürlich mit den Themen Orthopädie, Unfallchirurgie, HNO und Augen beschäftigt, aber auch alle anderen medizinischen Leistungszentren hinsichtlich ihrer Eignung geprüft und sind dann entsprechend zu dem Ergebnis gekommen, dass eine Eignung nur bei ein bis zwei medizinischen Leistungszentren unter den gesetzten Zielen besteht. Darüber hinaus haben wir einen medizinnahen Bereich und den Verwaltungsbereich untersucht, insbesondere die Bereiche Apotheke, Labor, Beschaffung, Facility Management, IT. Insgesamt kann kurzfristig ein Ergebnisverbesserungspotenzial von ca. 11 bis 15 Millionen € realisiert werden. Dies haben wir auch unter Berücksichtigung der potenziellen PPP im Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie bewertet. Wir stellen grundsätzlich fest, dass auf der Basis von PPP-Maßnahmen und geeigneten anderen Strukturierungs- und Sanierungsmaßnahmen der Investitionsstau nicht abgebaut werden kann. Wir werden kein ausgeglichenes Betriebsergebnis erreichen. Ein ganz wesentlicher Punkt, auf den ich schon an dieser Stelle hinweisen möchte, ist, dass wir den Bilanzverlust, den wir zu diesem Zeitpunkt mit 75 Millionen € am Ende des Jahres ansetzen, nicht ausgleichen können. Er wird sich in den Folgejahren weiter erhöhen.

Wir haben dann überlegt: Was gibt es an Alternativen? Wir haben daraufhin zwei weitere Modelle untersucht, und zwar die so genannte Campus-Lösung und die so genannte Holding-Lösung. Beide Modelle sind unter rechtlichen Aspekten von Herrn Dr. Schäfer und seinem Team umfassend beurteilt worden. Darüber hinaus haben die Partner von der Marburg Bank potenzielle Partner identifiziert und zusammengestellt. Die Ergebnisse hierzu finden Sie in dem Abschlussbericht, der Ihnen im Anschluss an diese Sitzung zugeht.

Lassen Sie mich ganz kurz auf die Idee der Campus-Lösung eingehen. Die vorgeschlagene Alternative betrachtet, wie schon von Minister Austermann kurz angedeutet, den 100%igen Verkauf des Campus Lübeck an einen privaten Betreiber/Investor und die aus dem Verkauf zufließenden freien Mittel in Abhängigkeit von der gewählten Strategie des UK S-H für Investitionsvorhaben zu nutzen. Warum haben wir Lübeck ausgewählt? Weil wir nach unseren Untersuchungen, die auf der Datenbasis, der Portfolioanalyse und insbesondere den geführten Interviews mit den Führungskräften und den Leitern der medizinischen Leistungszentren und den örtlichen Begehungen beruhen, die sowohl wir als auch die von uns beauftragten Architekten und Ingenieure durchgeführt haben, festgestellt haben, dass der Campus Lübeck für einen potenziellen Investor aufgrund seiner abgeschlossenen Struktur und seiner zum Teil guten baulichen Substanz - ich erinnere daran: der Investitionsstau beträgt etwa ein Drittel

von dem in Kiel - sowie seiner Lage zu Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Nordostniedersachsen ein attraktiver Standort für einen potenziellen Investor sein könnte, natürlich mit dem Ziel der Maximierung des Zuflusses weiterer Mittel. Es gibt die Besonderheit des geplanten Partikeltherapiezentrum in Kiel. Von daher kommt dem Campus Kiel in Norddeutschland und Skandinavien für die Zukunft eine besondere Bedeutung zu.

Zu welchem Ergebnis sind wir gekommen? Der Abbau des Jahresfehlbetrages wird dadurch erreicht, dass wir aus dem bisherigen Jahresfehlbetrag den Anteil des Campus Lübeck generieren können. Dadurch haben wir auf jeden Fall eine Reduzierung in diesem Bereich. Durch den Zufluss freier Mittel wird ein Ausgleich des Bilanzverlustes in Teilen möglich sein. Darüber hinaus kann der Investitionsstau in Kiel durch den Verkauf des Standortes Lübeck weiter abgebaut werden.

Was sind die Punkte, die, nachdem wir es durchgerechnet und untersucht haben, dazu geführt haben, dass die Campus-Lösung nicht die beste Alternative ist? Es müssten gemeinsame Strukturen, die durch die Fusion in den letzten Jahren aufgebaut bzw. optimiert worden sind, wieder aufgelöst werden. Hieraus würde ein Aufwand in zweistelliger Millionenhöhe entstehen. Darüber hinaus würde sich für das UK S-H ein Verlust von Markt- und Einkaufsmacht sowie von strategischem Wettbewerb insbesondere im überregionalen Markt bei der Konsolidierung im Gesundheitsbereich und der Krankenhauslandschaft in Deutschland ergeben. Darüber hinaus könnten bei einem Verkauf von Lübeck durch eine Verletzung der Bedingungen für die Gewährung von Fördermitteln solche Fördermittel gefährdet sein. Von daher sind wir zu dem Ergebnis gekommen, dass die Campus-Lösung nicht die Lösung ist, die die Zielsetzung des Auftraggebers vollständig erreicht.

Daher haben wir ein weiteres Modell entwickelt, die so genannte Holding-Lösung. Lassen Sie mich die sechs Eckpfeiler dieser Lösung kurz skizzieren. Es geht um die Gesundheits- und Managementholding Schleswig-Holstein mit den bisher bekannten Geschäftsbereichen Uni-Klinik Kiel und Uni-Klinik Lübeck und einen neuen Bereich mit der Überschrift Portalkliniken/PPP. Der zweite Kernpunkt und entscheidender Punkt ist die Beteiligung externer privater sowie ggf. neuer öffentlicher Partner am UK S-H. Ein weiterer wichtiger Einschränkungspunkt: keine Veräußerung einer Mehrheitsbeteiligung an private Investoren. Die Entscheidungskompetenz für Wissenschaft, Forschung und Lehre verbleibt beim Land. Die Entscheidungskompetenz für das operative Management der Krankenversorgung geht auf den privaten Investor über. Das Facility Management und die Verantwortung für den Baubereich sollen im Verantwortungsbereich der privaten Investoren liegen.

Wie könnte so etwas aussehen? Das Land bildet die bisherige Gesellschaftergruppe und bleibt mit 50 % beteiligt. Die Stimmrechte beim Land liegen in der Mehrheit im Bereich Forschung und Lehre. Neu ist die private Gesellschaftergruppe mit einem Kapital von 50 % und der Stimmrechtsmehrheit bei der Krankenversorgung. Die bestehende Anstalt des öffentlichen Rechts würde umgewandelt und in die Holding überführt. Über die Rechtsform, GmbH oder AG, muss entschieden werden. Darunter steht der Campus Kiel. Es müssten medizinische Versorgungszentren aufgebaut werden. Für den Campus Lübeck gilt dies genauso. Damit hätten wir einen neuen Zweig, in dem wir sowohl bestehende Beteiligungen als auch potenziell neue haben. Wir haben dies modellhaft abgebildet. Es ist nicht entschieden und auch nicht vorgegeben, sondern von uns beispielhaft genannt. Klar ist schon der Bereich Partikeltherapiezentrum. Orthopädie/Unfallchirurgie in Kiel ist sicher ein zu überlegendes PPP-Projekt. Die ZIP gGmbH ist schon als 100%ige Beteiligung unter dem UK S-H aufgehängt. Hier muss man darüber nachdenken, was man damit macht und inwieweit es zur Kernkompetenz des UK S-H gehört. Dazu werden Sie im Abschlussbericht eine ausführliche Erläuterung und die Darstellung der Alternativen finden. Es ist zu überlegen, inwieweit man im Rahmen der Konsolidierung der Gesundheitslandschaft und der Krankenhauslandschaft in Schleswig-Holstein weitere Kooperationen bzw. Beteiligungen eingeht, zum Beispiel mit dem Städtischen Klinikum Kiel, mit dem schon zusammengearbeitet wird, dem Klinikum Nordfriesland, der Portalklinik Manhagen und anderen.

Wie würde die Führungsstruktur aussehen können? Es ist ein Modellvorschlag entwickelt worden. Der Aufsichtsrat und sein Vorsitz wären auch bei der Beteiligung privater Investoren weiterhin beim Land, beim Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Verkehr. Die Mitglieder des Aufsichtsrates würden sich wie bisher aus den Ministerien des Landes Schleswig-Holstein, den privaten Investoren, ggf. den Vertretern bedeutender Portalkliniken und, wenn es um Beteiligungsverhältnisse geht, den bedeutenden PPP-Partnern und den Arbeitnehmervertretern zusammensetzen. Die Geschäftsleitung würde sich aus vier Personen mit unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen, entsprechenden Bereichsleitungen und darunter den entsprechenden Geschäftsbereichen zusammensetzen, die über eine entsprechende verantwortungs- und ergebnisorientierte Leitung verfügen.

Wir haben unterschiedliche Lösungsalternativen für das Holding-Modell untersucht. Variante 3 lautet: Umbau Inhabermodell. Sie finden in dem Ihnen zugehenden Abschlussbericht auch die anderen Alternativen dargestellt. Ich nenne sie Ihnen kurz. Wir haben für Kiel einen Neubau auf der grünen Wiese als Leasingmodell untersucht. Dieses Modell hätte folgende Kenndaten: ca. 800 Betten, 550 Millionen € Investitionen inklusive 19 % Mehrwertsteuer, einen Flächenbedarf von 90 000 bis 100 000 m². Dies ist mit unseren beauftragten Architek-

ten und Ingenieuren durchgerechnet worden. Wir haben die wirtschaftlichen Auswirkungen auf das UK S-H dargestellt. Das finden Sie, wie gesagt, im Abschlussbericht.

Variante 2 wäre der Umbau des bestehenden Campus Kiel als Leasingmodell. Die schon genannte Variante 3, Umbau des bestehenden Klinikums als Inhabermodell, zeichnet Folgendes aus: eine Kapazität von insgesamt 970 Betten; dies entspricht auch dem Masterplan, der von der Beratungsgesellschaft Solve vorgelegt worden ist. Sie finden im Abschlussbericht detailliertere Zahlen zur Entwicklung der Jahresergebnisse dieser Alternative. Wir haben sie aufgrund der Öffentlichkeit und der letzten Präsentationen herausgenommen. Ich darf sie kurz nennen. Dieses Modell geht von einem sukzessiven Abbau von 360 Vollkräften ab dem Jahr 2008 aus, der durch natürliche Fluktuation erreicht werden kann. Die Betriebskosten ab 2009 können dann pro Jahr um ca. 3 Millionen € reduziert werden. Im Apothekenbereich ist das Projekt in Kiel schon jetzt angestoßen. Es gibt ein Einsparpotenzial von 1,3 Millionen € ab 2007. Weitere Einsparpotenziale gibt es im Bereich der Laborzentralisierung, die wir mit 3 Millionen € beziffern, und sonstige Positionen, die sich auf ca. 1 Million € belaufen. So weit zu den monetären Auswirkungen.

Lassen Sie mich auf die nicht monetären Auswirkungen eingehen. Dieses Konzept hätte den Charme der Fortführung der Fusion. Wir könnten das UK S-H als Marktführer in Schleswig-Holstein weiter stärken. Wir könnten darüber hinaus - dies ist für die Zukunft des UK S-H wichtig - die Integration von kleineren, ggf. nicht überlebensfähigen Kliniken und MVZ zur Sicherung der Patientenströme integrieren, d. h. insbesondere unter der Zielsetzung der Erlössicherung und Erlösausweitung, und wir würden eine bedeutende Größe, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu überregionalen Wettbewerbern haben, die sich in ihrem Umfeld und auch an der Landesgrenze befinden. Es würde sich eine Erhöhung der Bedeutung des UK S-H in der deutschen und europäischen Forschungslandschaft ergeben. Insgesamt würde diese Strategie dazu führen, dass das UK S-H die Positionierung von Schleswig-Holstein als Gesundheitsstandort weiter stärkt.

Was hätten wir im Bereich Führung/Organisation an Vorteilen? Wir würden die Landesinteressen durch den Aufsichtsratsvorsitz sichern. Wir würden durch den neuen privaten Investor Management-Know-how in der Führung und Steuerung von Prozessen zusätzlich bekommen, wir würden eine Reduzierung des Einflusses der Fakultäten auf das wirtschaftliche Ergebnis durch die zwingende Transparenz, durch die Abgrenzung privater und öffentlicher Kosten und Leistungen, erhalten. Wir hätten eine klare Management-Holding-Funktion. Die drei Geschäftsbereiche werden entschieden mit wirtschaftlicher Zielsetzung geführt. Die zeitnahe Umsetzung von Zielsetzungen und das wirtschaftliche Handeln werden als Grundmaxime in

Forschung und Lehre sowie in der Krankenversorgung und damit für die Vergütungsstrukturen herangezogen.

Ich komme zum Aspekt Markt und Patienten. Die Patientenströme werden gezielt gesteuert, und zwar auch überregional. Dies ist eine Chance, wenn man einen überregionalen Partner hinzunimmt. Der Neubau sichert Patientenströme und schafft die Nachfrage. Der Neubau im Zusammenwirken mit dem Partikeltherapiezentrum wird das Einzugsgebiet des UK S-H nach Norden, Skandinavien, und nach Süden und Osten stark erweitern. Ein wichtiger Aspekt ist, dass die Abwanderung von Patienten nach Hamburg bzw. die Ausweitung von Hamburger Kliniken, die in das Schleswig-Holsteiner Gebiet stattfindet, weiter eingeschränkt wird. Es wird Transparenz in der Wirtschaftlichkeit von Forschung und Lehre versus Krankenversorgung erreicht, und die Geschäftsbereiche werden ziel- und ergebnisabhängig geführt. Unter dem Aspekt Forschung und Lehre ist die Zukunftssicherung des Gesundheitsstandortes Schleswig-Holstein zu nennen. Die internationale Reputation des UK S-H und des Landes werden durch das Partikeltherapiezentrum, „Entzündungs-/molekulare Prävention“, „Comprehensive Cancer Center“ und andere Bereiche, die hier nicht genannt sind, weiter gestärkt.

Wie könnte eine Portalklinik-Strategie aussehen? Ich nenne dies hier nur beispielhaft. Wir gehen davon aus - das ergeben entsprechende Untersuchungen, die wir im Auftrag der zuständigen Landesregierungen in anderen Ländern durchgeführt haben -, dass es einen Trend zu rückläufigem Bettenbedarf und einer ambulanten Substitution gibt, den wir für die einzelnen medizinischen Leistungszentren und die Kliniken bis zum Jahre 2010 gerechnet haben. Die Demographieveränderungen in Schleswig-Holstein sind Ihnen hinreichend bekannt. Wir gehen davon aus, dass bis zum Jahre 2010 in Schleswig-Holstein dringend weiter Bettenkapazitäten abgebaut werden müssen. Hier hätten wir die Chance, dass wir durch die Neubau-/Umbaustrategie des UK S-H die möglichen und notwendigen Strukturveränderungen der Krankenversorgung berücksichtigen, weil die Einwohnerzahl rückläufig ist, in bestimmten Bereichen schon kooperiert wird, zum Beispiel mit dem Städtischen Klinikum, und insgesamt die Krankenversorgung wettbewerbsfähiger und wirtschaftlicher wird. Darüber hinaus gibt es erhebliche Synergien im medizinischen, im medizinnahen und in nicht medizinischen Bereichen durch den Abbau von Doppelstrukturen. Die Strategie dafür ist selbsterklärend. Hier kann es um die Beteiligung und die Kooperation gehen. Potenzielle Partner sind beispielhaft genannt: Kiel, Nordfriesland, Manhagen und andere.

Ich nenne als Beispiel für die Portalkliniken die Orthopädie/Unfallchirurgie. Was ist die Situation? Ich reiße sie nur kurz an; Sie finden es im Abschlussbericht ausführlicher dargestellt. Die Orthopädie/Unfallchirurgie ist defizitär mit kleinen Unterschieden zwischen Lübeck und

Kiel. Das UK-S-H-Image ist hinsichtlich Qualität/Leistung niedrig. Es hat keine wesentliche Bedeutung in Forschung und Lehre, und es gibt keine Grundlagenforschung. Daher haben wir gesagt: Dies ist ein Bereich, der durchaus PPP-geeignet ist, wenn wir einen Partner finden, der eine anerkannt hohe Leistungs- und insbesondere Qualitätskompetenz und eine nachweisbar langjährige wirtschaftliche Betriebsführung aufweist und in Schleswig-Holstein mit Standorten vertreten ist. Die Modellvarianten sind zum Beispiel die Gründung einer gemeinsamen Gesellschaft, die Führung der Gesellschaft durch den neuen Partner, die Sicherstellung der Kooperation von Forschung und Lehre und Krankenversorgung und die Festlegung der Ergebnisverteilung und des Investitionsplans je nach Beteiligungsmodell. Potenzielle Partner wären die Lubinus Klinik, Damp, die Portalklinik Manhagen, BG-Kliniken und die Industrie.

Lassen Sie mich zum Fazit der Holding-Lösung kommen. Es ist ein ausgeglichenes Jahresergebnis bis 2010 zu erwarten. Der Bilanzverlust kann ausgeglichen werden. Der Investitionsstau kann durch die Beteiligung privater Investoren abgebaut werden. Das Land wird von Investitionsverpflichtungen entlastet und dadurch eine stärkere Förderung von Forschung und Lehre ermöglicht. Was sind die wichtigen bestimmenden Faktoren? Die Beteiligung privater Investoren schafft für das UK S-H und für das Land die Kapitalstärke und die Finanzierungsflexibilität, die sie brauchen, um die Zukunft zu sichern, und die Managementkompetenz in der Führung, Steuerung und Veränderung größerer Einheiten in diesem Bereich. Die freien Mittel ermöglichen Investitionen in die Forschungslandschaft bzw. in einen Neu-/Umbau des Standortes Kiel und eine potenzielle Beteiligung bzw. Kooperation mit Portalkliniken und den Aufbau von MVZ. Die Holding-Organisation ist nach unserer Untersuchung eine flexible und zukunftsfähige Organisationsstruktur, wenn sie - dies muss man hinzufügen - in der Holding effizient und klein gehalten wird. Die Marktposition des UK S-H wird durch die Größe des Unternehmens, das Know-how der dann neuen Investoren, die Attraktivität für Patienten, Forschungspartner und den potenziellen überregionalen Konzernverbund gestärkt. Das Klinikum stärkt gleichzeitig den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein und wird die Bedeutung des Landes in der Forschungslandschaft erhöhen. Diese starke Marktposition in der Krankenversorgung und der exzellente Ruf in Forschung und Lehre, den das UK S-H heute schon hat und der weiter ausgebaut werden kann, führen zu einer langfristigen Sicherung von qualifizierten Arbeitsplätzen und machen Schleswig-Holstein als Standort für die Ansiedlung neuer Unternehmen interessant.

Lassen Sie mich zu einer Gegenüberstellung der Modelle kommen, die wir untersucht haben. Es geht um die drei Varianten PPP, Campus-Lösung und Holding-Modell, die ich eben kurz dargestellt habe. Wir haben die monetären Zielerreichungskriterien und die sonstigen bestimmenden Faktoren aufgelistet. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, dass wir beim Investi-

tionsstau mit der Holding- und der Campus-Lösung unsere Ziele erreichen können. Der Ausgleich des Bilanzverlustes wird nur durch das Holding-Modell möglich sein. Ein ausgeglichenes Jahresergebnis wird mit der Campus-Lösung und mit dem Holding-Modell möglich sein. Die Finanzierung von Forschung und Lehre wird am attraktivsten im Holding-Modell gestärkt. Arbeitsplätze werden positiv und qualifiziert erhalten bei der Campus-Lösung und beim Holding-Modell. Der Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein wird beim Holding-Modell erheblich gestärkt und die Wettbewerbsfähigkeit unter den sich verändernden Rahmenbedingungen des UK S-H wird beim Holding-Modell erheblich erhöht.

Lassen Sie mich abschließend zusammenfassend Folgendes sagen. Wir sind als Berater zu dem Ergebnis gekommen, dass die Zukunft des UK S-H nur gesichert werden kann, wenn das UK S-H erstens finanziell entlastet und kapitalmäßig gestärkt wird. Das ist nach unseren Untersuchungen und Analysen nur möglich, wenn der Ausgleich des Finanzverlustes erfolgt, der im Jahr 2007 mindestens 100 Millionen € betragen wird - wir werden anschließend das Vorstandskonzept dazu hören -, der Abbau des Investitionsstaus in Höhe von 550 Millionen € realisiert werden kann und langfristig positive Jahresüberschüsse erwirtschaftet werden können. Dies wird nur mit einem privaten Investor möglich sein.

Zweitens. Wir werden durch die Beteiligung eines Privaten neues Management-Know-how hinzugewinnen, was wir für die Führung, Steuerung und Veränderung von größeren Einheiten sowie für die Bewältigung der Anforderungen und der rapiden Veränderungen der Markt- und Wettbewerbsbedingungen und der Rahmenbedingungen in der Krankenhauslandschaft benötigen.

Prof. Dr. Schäfer (Freshfields Bruckhaus Deringer) führt die Präsentation unter rechtlichen Aspekten fort:

Derzeit ist das UK S-H eine Anstalt des öffentlichen Rechts. Die Gutachter empfehlen einen Formwechsel auf der Grundlage des Umwandlungsgesetzes, d. h. die Anstalt des öffentlichen Rechts in eine private Rechtsform, eine GmbH oder AG, zu überführen. Dafür bedarf es einer gesetzlichen Grundlage. Das heißt, Sie als Gesetzgeber wären hier gefordert.

Wenn diese Umsetzung erfolgt, werden alle Arbeitnehmer und alle tarifvertraglichen, alle vertraglichen und sonstigen Bindungen automatisch auf die private Rechtsform übergehen. Es wäre nicht einmal eine Rechtsnachfolge, sondern es wäre dasselbe Institut in neuer Rechtsform. Die tarifvertraglichen Zusagen blieben in diesem Fall erhalten.

Im Falle einer solchen Transaktion würden die Vorgaben des Wissenschaftsrates, die im Zusammenhang mit einer Vollprivatisierung in Hessen entwickelt worden waren, umgesetzt. Es gibt insgesamt sechs Kernforderungen. Eine der Kernforderungen ist, dass Forschung und Lehre ausschließlich in der Hand des Landes verblieben. In diesem Zusammenhang gibt es bestimmte Organisationsanforderungen. Wie würde das geschehen? Es gäbe einen Geschäftsbereich Forschung und Lehre. Die unterschiedlichen Quoren im Gesellschaftervertrag, aber auch die Regeln im Anteilskaufvertrag, in der Konsortialvereinbarung und dergleichen wären so gestaltet, dass das alleinige Bestimmungsrecht über das Budget für Forschung und Lehre beim Gesellschafterland Schleswig-Holstein verbleiben würde. Wenn diese Forderungen des Wissenschaftsrates umgesetzt werden, ist die Erhaltung der Exzellenz-Cluster, in die das UK S-H aufgenommen wurde, nicht gefährdet und auch eine Rückforderung von Fördermitteln nach dem Hochschulbauförderungsgesetz nicht zu befürchten.

Wenn ein neuer starker Partner für den Bereich medizinische Versorgung gesucht werden soll, wäre ein Vergabeverfahren durchzuführen, Herr Austermann hat dies schon erwähnt. In diesem Vergabeverfahren wäre ergebnisoffen zu prüfen, welcher potenzielle Investor das wirtschaftlichste, aus Sicht des Landes vernünftigste Angebot abgeben würde.

Dies ist im Moment alles, was Sie zum Rechtlichen wissen müssen. Wichtig ist: Man schafft es auf vertraglicher und gesetzlicher Grundlage, die Interessen des Landes durch die Ausgestaltung von Quorenregelungen und dergleichen mehr insgesamt angemessen zu sichern.

Prof. Dr. Kremer (UK S-H) stellt das Strategiepapier des Vorstands des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein vor:

Ich möchte ganz kurz darauf hinweisen, dass dieses Strategiepapier keine Neuerfindung ist. Wir haben im Jahr 2004 einen so genannten Masterplan des UK S-H auf den Weg gebracht und publiziert. Dieses Strukturpapier ist nichts anderes als eine Weiterentwicklung dessen, was wir 2004 auf den Weg gebracht haben und jetzt den neuen Gegebenheiten angepasst ist. Die Rahmenbedingungen des UK S-H ändern sich jährlich, durch Tarifverträge, durch die Mehrwertsteuer usw., sodass Sie jetzt ein aktualisiertes Papier vorgestellt bekommen. Es soll Ihnen auf der einen Seite die Risiken zeigen, die wir haben, und auf der anderen Seite die Möglichkeiten, diesen Risiken zu begegnen. Wir wollen Ihnen ganz kurz noch zeigen, was die Fusion bis heute gebracht hat, damit mit dem Vorurteil, die Fusion habe überhaupt nichts gebracht, aufgeräumt werden kann.

Wir gehen davon aus, dass wir das UK S-H in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft behalten wollen, dass aber die Notwendigkeiten, die die Gutachter aufgezeigt haben und die wir

durchaus anerkennen, durch einzelne PPP-Projekte bedient werden müssen. Auch sind wir der Auffassung, dass wir privates Kapital zur Bewältigung der Probleme bekommen. Ihnen sind drei Modelle vorgestellt worden. Das, was wir als PPP-Modell bezeichnen, ist ein anderes als das, was im Gutachten abgehandelt worden ist. Der Vorstand wollte genauso wenig wie die Gutachter, dass wir einzelne medizinische Leistungszentren oder gut funktionierende Kliniken verkaufen, um damit den Verlustvortrag auszugleichen, weil das langfristig für das UK S-H katastrophale Folgen hätten. Was wir im Auge haben, ist ein Großprojekt PPP-Bau, um den Investitionsstau zu bedienen. Dies wäre ein PPP-Projekt im Bereich der Medizintechnik und Großgeräte. Wir wollen Kooperationsverträge und Beteiligungen an anderen Kliniken, um eine bessere Vernetzung des UK S-H zu erreichen.

Was haben wir seit 2003, nach der Fusion, erreicht? Ich nenne nicht alle Meilensteine, es gab eine Vielzahl von Projekten. Der bauliche Masterplan wurde im Jahr 2004 von der Firma Solve auf den Weg gebracht, weil wir erkannt hatten, dass das größere Problem am Campus Kiel besteht und am Campus Lübeck durch den schon vorhandenen Neubau die Abschätzung dessen, was dort an Investitionen nötig ist, viel einfacher war. Insgesamt haben wir bis zum Jahre 2005 36,6 Millionen € durch die kurz genannten Projekte eingespart. Damit liegen wir zwei Jahre früher 1 Million € günstiger, als im Roland-Berger-Gutachten prognostiziert worden war; darin wurde erst für das Jahr 2007 ein ähnlicher Betrag als Einsparvolumen genannt.

Wir haben leidvoll gelernt, dass uns das alles nach außen nicht viel gebracht hat, weil das Defizit, von dem Herr Austermann schon gesprochen hat, für Sie immer gleich geblieben war, es lag zwischen 15 Millionen und knapp über 20 Millionen €. Woran liegt das? Da ist einmal die geringe Refinanzierung der Personalkostensteigerung. Wir würden heute 35 Millionen € schlechter dastehen, wenn wir die Personalkostensteigerung nicht durch kontinuierlichen Personalabbau aufgefangen hätten. Wir haben eine kontinuierliche Absenkung des Landeszuschusses - das wissen Sie besser als wir -, gegenüber 1996 beträgt der Unterschied 28,4 Millionen €. Wir haben das Problem des Basisfallwerts, das ist Ihnen bekannt. Wir haben eine Unterfinanzierung der Extremkostenfälle. Darunter versteht man definiert die Fälle, die eine Unterfinanzierung von mindestens 10 000 € und mehr pro Fall haben. Das ist bei allen Universitätskliniken gleich. Wir machen mit 1,5 % der Fälle 15 bis 18 % der Kosten. Das macht 60 Millionen €, die Unterfinanzierung beträgt mindestens 20 Millionen €. Wir haben einen hohen Investitionsstau, den wir mit 411 Millionen € beziffert haben, weil wir den Campus Kiel von dem getrennt haben, was „nice to have“ ist, was unmittelbar notwendig wäre und der Krankenversorgung dient, und haben das herausgerechnet, was Forschung und Lehre dienen würde, weil auf diesem Bereich bei der Sanierung nicht das erste Augenmerk liegt.

Wir haben mit den Daten 2004, und zwar mit den Leistungen, die wir mit den Krankenkassen vereinbart haben, gegengerechnet, was wir verdient hätten, wenn unser Standort Hamburg, Münster usw. wäre. Sie sehen, dass wir Beträge bis zu 60 Millionen € im Jahr 2004 mehr verdient hätten, wenn wir einfach in einem anderen Land tätig wären. Nur im Fall der Universitätsklinik Regensburg hätten wir Budget abgegeben. Dort steht ein Minusbetrag. Das Universitätsklinikum Regensburg ist ein Neubau, der sehr intelligent und strukturiert gebaut worden ist und der uns zeigt, was man erreichen kann, wenn man in Bau und Prozesse investiert. Insofern sind wir uns in diesem Bereich mit dem Gutachten völlig einig.

Die Maßnahmen des Strategiepapiers beruhen auf Einsparungen, strukturellen Maßnahmen, auf Umsatzausweitung und Änderung der Erlössituation durch das Gesundheitsstrukturgesetz. Die strukturellen Maßnahmen betreffen Dinge wie die Apothekenversorgung, die weitere Ausgliederung des Facility Managements. Wir werden eine Zentralisierung der Institute durchführen, die in der klinischen Versorgung tätig sind, zum Beispiel der Pathologie. Das heißt, Sie können solche Institute so organisieren, dass sie nur einmal akademisch vorgehalten werden, aber die klinische Versorgung über je ein medizinisches Versorgungszentrum pro Campus erfolgt. Dies ergibt Einsparungen von 19,4 Millionen €.

Die Umsatzausweitung sehen wir als einen wesentlichen Punkt der Strategie, das ist völlig klar, und da sind wir uns auch mit den Gutachtern einig. Wir sehen Unterschiede dabei, wie man das machen muss. Wir glauben, dass wir es nicht schaffen werden, in Schleswig-Holstein eine unlimitierte Erweiterung von Fallzahlen zu erreichen. In einem Land, das im Osten und Westen Wasser hat, das im Norden Skandinavien und Hamburg wie einen Korken im Flaschenhals hat, das baulich sowohl mit dem UKE als auch dem ehemaligen LBK mächtig aufrüstet, können wir uns nicht dauerhaft sanieren, wenn wir dauernd um die gleichen Patienten konkurrieren. Ich denke, wir müssten ein gestuftes Versorgungskonzept mit den anderen Krankenhäusern in Schleswig-Holstein absprechen. Wir brauchen eine Ausweitung im Kerngeschäft, in der Maximalversorgung. Dass das klappt, kann ich Ihnen an einem Beispiel belegen. In Kiel haben wir seit 2003 formal mehr als 2000 Fälle abgebaut. Wir haben weniger Fälle, haben aber deutlich mehr Budget, weil wir eine viel höhere Fallschwere haben. Ein Beispiel: Wenn ich eine Lebertransplantation mehr mache, kann ich 40 Leistenbrüche nicht operieren, um das gleiche Budget zu haben. Wir sollten uns auf das Kerngeschäft beschränken und dort immer mehr ausweiten, um nicht in eine Konkurrenzsituation mit den anderen Krankenhäusern in Schleswig-Holstein zu kommen, die wir zum Teil dringend als Zuweiser brauchen. Wir haben weiterhin ein internationales Departement eröffnet, um Patienten aus dem arabischen Raum und aus Skandinavien zu akquirieren, weil diese Patienten im Gegensatz zu deutschen Patienten sofort zu 100 % bezahlt werden. Da ist das System in Deutschland extrem krank. Einen deutschen Patienten, den wir in diesem Jahr zusätzlich behandeln,

bekommen wir zu einem Drittel bezahlt, im nächsten Jahr zu zwei Dritteln, im dritten Jahr zu 80 %. Leider hat der Gesetzgeber vergessen zu sagen, was dann passiert, nämlich ob wir dann 100 % bekommen oder ob es dann bei 80 % bleibt. Das heißt, in unserem Papier haben wir beim Zuwachs alle Patienten nur mit maximal 80 % berechnet. Wir haben gesagt, die Kapital- und Sachkosten sind davon 70 %. Der Deckungsbeitrag, den wir als wirklichen Erlös gerechnet haben, beträgt also 10 %.

Ein wesentlicher Faktor wird sein, am Ende der Konvergenzphase vor Ort zu sagen, was passiert. Wird es eine einheitliche bundesweite „base rate“ geben, oder wird das Institut, das die Fallkosten berechnet, mit uns gelernt haben, was die Extremkostenfälle für ein Universitätskrankenhaus eigentlich bedeuten? Sicher ist die Auswirkung der so genannten Veränderungsrate, weil sie gesetzlich festgeschrieben wird. Sie liegt im Schnitt bei etwa 0,5 %. Dies wird uns eine Erlöserweiterung von 7,7 Millionen € bis 2009 bescheren. Beim Basisfallwert ist das Land voll auf unserer Seite. Sie wissen so gut wie wir, dass wir nicht genau sagen können, wie es ausgehen wird. Wir haben einen von diesen beiden gerechnet, nämlich entweder die Extremkostenfälle oder einen bundeseinheitlichen Basisfallwert. Beide würden dem UK S-H etwa 20 Millionen € Mehrerlös bringen. Dass die Karte Extremkostenfälle richtig gesetzt ist, zeigen die Daten, die für 2007 vom InEK, dem Institut, das den Fallwert berechnet, publiziert wurden. Von den 123 neuen DRG, die dort berechnet werden, sind etwa 10 % aus dem Extremkostenbereich. Hier lernt das System genau in der richtigen Richtung. 10 % in diesem Bereich würden für das UK S-H 6 Millionen Mehrerlös im nächsten Jahr bedeuten.

Die gesamten Einsparungen, die wir bis 2010 generieren können, betreffen strukturelle Maßnahmen, Umsatzausweitungen, Ersparnisse aus dem Sachbereich, Änderungen des Basisfallwerts oder der Extremkostenfälle und - das haben wir bisher nicht gesagt - eine Beteiligung der Beschäftigten. Wir müssen natürlich mit Beendigung des Beschäftigungspaktes in die Tarifverhandlungen eintreten. Wir sind davon ausgegangen, dass wir die Bedingungen des TVL und des Marburger Bundes realisieren müssen. In beiden Tarifverträgen ist die Möglichkeit vorgesehen, für Unternehmen, denen es nicht gut geht, bis zu 6 % Personalkosten in einer Variablen einzubehalten und entsprechend den Ergebnissen des Klinikums auszuschütten. Wir sind davon ausgegangen, dass wir erst einmal 5 % variabel behalten müssen, dass wir einen geringen Teil davon sozialverträglich fix ausschütten und den größten Teil variabel behalten. Wir haben gelernt, dass man im UK S-H nur leben kann, wenn man das Risikopotenzial richtig abschätzt.

Wir haben schon gesehen, dass die 36,8 Millionen €, die wir bisher eingespart haben, uns nicht gereicht haben, zu einem positiven Ergebnis zu kommen. Wir müssen die 19,6 Millionen € negativen Bilanzertrag zugrunde legen. Mit Beendigung des Beschäftigungspaktes

kommen die Einsparungen, die er uns bringt, als Kosten in Höhe von 2,3 Millionen € wieder auf uns zu. Die Tarifsteigerung wird uns 12,1 Millionen € bescheren. Weitere Auswirkungen der Tarifverträge belaufen sich auf 10,9 Millionen €. Die Mehrwertsteuererhöhung bedeutet 5,3 Millionen €, die Erhöhung der Sachkosten, und zwar jetzt nicht der medizinischen Sachkosten, sondern zum Beispiel einfach der Energiekosten, 6,5 Millionen €. Das Gesundheitsstrukturgesetz, so wie es jetzt da ist, wird uns in der Konvergenzphase bis Ende 2009 17,6 Millionen € kosten. Dagegen stehen die Einsparungen. 2010 bekommen wir zum ersten Mal Luft. Wir würden 2010 das erste Mal knapp 7 Millionen € als schwarze Zahlen haben. Davon würden wir die Hälfte an die Mitarbeiter ausschütten und deshalb nur einen geringeren Erlös einstellen, als man ihn jetzt berechnen könnte.

Ich komme zu dem Investitionsstau. In einem reinen Bau-PPP-Projekt müssten wir 411 Millionen Investitionskosten mit 33 Millionen € Kapitaldienst bedienen. Das heißt, wir müssen 33 Millionen € pro Jahr aus dem Unternehmen herausziehen. Solve und auch andere Gutachter gehen davon aus, dass man mit intelligenter Bausubstanz und Verbesserung der Prozesse etwa 15 % Personal-, Sach- und Betriebskosten einsparen kann. Im schlechtesten Fall sind dies knapp 20 Millionen €, im besten Fall sind es knapp 27 Millionen €. Das heißt, von dem Kapitaldienst könnte das UK S-H alleine 60 bis 80 % bedienen. Wir gehen aber davon aus, dass sich das Land, da das HFBG-System bis 2019 fortgeschrieben wird, auch wenn das Land nur 70 % der bisherigen Beträge bekommt, an diesen Kosten beteiligen sollte. Wir sind davon ausgegangen, dass zwei Drittel des Ersparten für den Kapitaldienst verwendet werden sollten und ein Drittel im Unternehmen verbleibt. Das heißt, das Land und das UK S-H würden sich den Kapitaldienst teilen.

Was wissen wir über die Zusammenarbeit in einem Universitätsklinikum und die Berührungspunkte in Forschung und Lehre und einem privatwirtschaftlich orientierten Klinikbetreiber? Marburg/Gießen ist ein Modell, das in zweieinhalb Jahren durch den Wissenschaftsrat evaluiert werden soll. Irgendetwas Bleibendes kann man derzeit nicht sagen. Witten/Herdecke als Unternehmen wurde angedroht, den universitären Status nach der Evaluierung durch den Wissenschaftsrat zu verlieren. Es verbleibt nur noch eine kurze Zeit für dieses Klinikum und die Universität, sich so zu positionieren, dass sie den Anforderungen des Wissenschaftsrates genügen. In Österreich hat man die Universitätsmedizin ausgegliedert, die Effekte noch nicht evaluiert. Australien ist auf dem Weg zurück. Dort wurde eine Privatisierung der Universitätskliniken durchgeführt, die als gescheitert betrachtet wird. Man rudert zurück. Die USA haben ganz andere Randbedingungen. Auch dort ist man dabei, die Privatisierung zurückzunehmen. Dies ist der Stand. Das heißt, wir gehen nicht davon aus, dass man es nicht organisieren kann, dass es nicht klappen kann. Aber es muss einem klar sein, dass es beim jetzigen Wissensstand ein Experiment ist.

Fazit: Wir haben bisher zahlreiche strukturelle Änderungen durchgeführt. Wir sind davon überzeugt, dass wir die Risiken ehrlich und vollständig bewertet haben, in die wir bis 2010 hineinlaufen. Wir gehen konform mit dem Gutachten, dass wir eine andere unternehmerische Freiheit, vielleicht eine andere Rechtsform brauchen. Wir brauchen Investitionskapital. Wir glauben, dass das Verbleiben in öffentlich-rechtlicher Hand die Schnittstelle zur Forschung und Lehre am besten bedient.

Die Vorsitzende des Bildungsausschusses, Abg. Eisenberg, zeigt auf, dass beide Konzepte kombiniert werden könnten, und eröffnet die Fragerunde.

M Austermann erläutert - Frage des Abg. Harms -, bei einem Verkauf des UK S-H werde ein höherer Erlös als in Marburg/Gießen erwartet, zudem sei eine direkte Vergleichbarkeit mit Marburg/Gießen nicht gegeben. Die damit einhergehende Entlastung des Landeshaushaltes bedeute, dass die Investitionen, die ein privater Investor vornehme, nicht aus dem Landeshaushalt finanziert werden müssten. Die frei werdenden Mittel könnten im Bereich der Hochschulen und der medizinischen Forschung an anderer Stelle investiert werden, sodass die Wissenschaft direkt und indirekt gestärkt werde.

Sowohl vom Vorstand des UK S-H als auch von den Gutachtern werde eine andere Rechtsform als auch die Beteiligung privaten Kapitals vorgeschlagen. Beim Strategiepapier seien die Chancen nicht hoch genug, zu einer dauerhaft tragfähigen Lösung zu kommen. Eine Kombination beider Modelle sei denkbar.

Die im Strategiepapier vorgeschlagene Teilung des Kapitaldienstes von 32 Millionen € könne das Land nicht tragen und laufe dem durch die Beteiligung Privater beabsichtigten Zweck zuwider.

Das Ministerium wolle auf die konkreten Entscheidungen keinen Einfluss nehmen. Nur ein miteinander abgestimmtes Vorgehen führe zu einer Lösung.

Herr Ohlsen erklärt - Frage des Abg. Weber -, die Untersuchung des Potenzials der Fusion sei nicht Bestandteil des Auftrags gewesen. Die Intransparenz und die Inhomogenität der Datenstruktur verhindere die Abgrenzung zwischen der Leistungsfähigkeit der einzelnen erbrachten Leistungen und ihren Kosten sowie ihre Verteilung auf Krankenversorgung und Forschung und Lehre, es sei aber im monetären Bereich von einem Jahresverlust von 20 Millionen € auszugehen. Bestimmte Maßnahmen wie die Wiedereingliederung der Apotheke könnten anhand der vorliegenden Kostenrechnungen bewertet werden und würden in einem Maßnahmenkatalog aufgezählt.

Die Risiken aus der Mehrwertsteuererhöhung oder der Tarifierhöhung - Frage der Abg. Birk - hätten aufgrund des Abgabetermins Ende Juni nicht berücksichtigt werden können. Einsparpotenziale seien im Abschlussbericht ausführlich dargestellt. So werde von einer Fertigstellung bei einem Neubauprojekt im Jahr 2016 ausgegangen, während ein Umbauprojekt bereits im Jahre 2011/2012 fertiggestellt sein könne. Einschließlich der unterschiedlichen Personalveränderungen seien für beide Projekte die monetären Auswirkungen feststellbar.

Prof. Dr. Schäfer weist auf die Vorgaben des Wissenschaftsrats hin - Frage der Abg. Birk -, nach denen Forschung und Lehre beim Land verbleiben sollten. Auch bei einer 50:50-Aufteilung sei nicht ausgeschlossen, dass die öffentliche Hand bei der Krankenversorgung Einfluss nehme. Ein höherer Einfluss des Landes führe jedoch zu einer entsprechenden Kaufpreisminderung. Einzelheiten könnten im Hochschulgesetz, im Anteilskaufvertrag oder im Gesellschaftervertrag geregelt werden. Eine genaue Abstimmung erfolge in der Regel erst im Rahmen der Konsortialvereinbarung, was die für den Investor verträglichste Lösung darstelle.

Die Abgrenzung zwischen Forschung und Lehre und Krankenversorgung - Frage des Abg. Stritzl - sei nicht einfach und könne am ehesten von den beteiligten Forschern und Versorgern beantwortet werden. Bei Teilprivatisierungen sei es üblich, ein Verfahren zur Klärung von Unstimmigkeiten vorher festzulegen.

Zu den im Gutachten berücksichtigten Risiken ergänzt Prof. Dr. Schmitz (Deloitte & Touche), dem Gutachten liege die geltende Gesetzeslage zugrunde, nach der es keinen bundeseinheitlichen Basisfallwert gebe, und eine Änderung sei bis 2009 nicht zu erwarten. Eine eventuelle Anpassung erfolge stufenweise. Beim DRG-System seien mögliche positive Effekte im Bereich der Universitätskliniken noch nicht berücksichtigt. Eine Konzentration auf die Maximalversorgung werde aus Gründen der Forschung und Lehre, aber auch der Mischkalkulation und der Auslastung nur schwer möglich sein. Die im Gutachten getroffenen Annahmen über den zukünftigen Markt ähnelten denen des Vorstands des UK S-H.

Herr Ohlsen fügt hinzu, durch den Eintritt eines privaten Investors werde das UK S-H gezwungen, die bestehende Intransparenz zwischen Forschung und Lehre und Krankenversorgung hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit beschleunigt abzubauen. Durch eine dann mögliche höhere Qualität könne auf Veränderungen des Marktes schneller reagiert werden.

Die unterschiedlichen Werte beim Investitionsstau - Frage des Abg. Stritzl - beruhten auf einem Missverständnis. In der Präsentation sei ein Investitionsstau von 490 bis 600 Millionen € genannt, im Weiteren sei eine Zahl von circa 550 Millionen € verwendet worden. Die Zahlen basierten auf dem vom Vorstand in Auftrag gegebenen Solve-Gutachten. Es handele sich da-

her um die gleichen Zahlen. Die Zahlen für den Investitionsstau in Lübeck beruhen auf Angaben des Vorstands des UK S-H. Ein Unterschied bestehe darin, dass in Kiel beim PPP-Projekt des Vorstands der Bereich Forschung und Lehre nicht berücksichtigt worden sei.

Die Entwicklung der Einspareffekte beim Umbaumodell hinsichtlich Art und Höhe und der zeitlichen Abfolge seien im Abschlussbericht dargestellt.

Prof. Dr. Schmitz bestätigt - Frage des Abg. Harms -, dass es in Deutschland keine abschließenden Erfahrungen mit ähnlichen Projekten und eine Aufteilung von Forschung und Lehre und Krankenversorgung gebe.

Herr Ohlsen merkt an, einzelne Maßnahmen, die zu einem positiven Jahresergebnis 2010 führten - Frage des Abg. Stritzl -, seien im Abschlussbericht ausführlich dargestellt. Wegen der großen Öffentlichkeit seien sie bei der Präsentation nicht aufgeführt worden.

Prof. Dr. Kremer erläutert - Fragen der Abg. Weber und Dr. Garg -, in das Strategiekonzept sei eine Umsatzausweitung von 1 % eingerechnet, wobei die Umsatzausweitung seit 2003 mindestens 1 % pro Jahr betragen habe. Ursache für die Budgeterweiterungen sei die Zunahme der Fallschwere und nicht der Fallzahlen. Das Budget für 2006 liege um 8,2 Millionen € über dem des Vorjahres.

Die ökonomische Verantwortung der Mitarbeiter - Frage des Abg. Dr. Garg - werde in den neuen Direktionsverträgen durch eine Erfolgsvariable, die sich am Ergebnis des jeweiligen Zentrums oder Instituts orientiere, gestärkt.

Die bisher eingeleiteten Schritte - Frage der Abg. Birk - seien bis auf wenige Ausnahmen wie die Mitarbeiterbeteiligung auch mit einem privaten Partner durchführbar. Erfahrungen in der Mitarbeiterbeteiligung - Frage des Abg. Stritzl - seien vorhanden, denn der Beschäftigungspakt sei Mitarbeiterbeteiligung. Eine Umfrage unter den Direktoren habe ergeben, dass sie wie die Mitarbeiter 5 % freiwillig abführen würden. Bei einem privaten Betreiber würden sich die Fronten wieder verhärten und in Tarifverhandlungen eine Mitarbeiterbeteiligung freiwillig nicht zu vereinbaren sein.

Die Konzentration auf Institute - Frage des Abg. Dr. Garg - müsse sein. Ihr Einfluss auf die Motivation sei unklar. Das Land habe enormen Druck auf die Klinik ausgeübt, was zu mehr Vernunftdenken geführt habe. Solange eine Privatisierung im Raum stehe, vergrößerten sich die Handlungsmöglichkeiten. Nach Durchführung der Privatisierung würde es in diesen Bereichen Konfrontationen geben. Eine zu erwirtschaftende Rendite belaste das Klinikum und

motiviere nicht. Eine Baurendite müsse bedient werden, bei einer Kaufpreisrendite sei dies fraglich. Über einen Abbau der Verlustvorträge sei man mit privaten Partnern im Gespräch. Präsentiert werden könne jedoch immer nur das Machbare.

Der Investitionsstau sei anhand des Solve-Gutachtens berechnet, mit Ausnahme des Partikelzentrums, das bereits finanziert sei, und der Frauenklinik in Kiel, die umfassend renoviert worden sei.

Seit 2004 sei - Frage der Abg. Birk - eine lehrbasierte Trennung von Forschung und Lehre umgesetzt. Die Grundausrüstung orientiere sich an den Lehraufgaben der jeweiligen Institute oder Kliniken und die Zuweisung an der Leistung in Forschung und Lehre. Es gebe weltweit kein IT-System, das eine Trennung von Forschung und Lehre und Krankenversorgung abbilden könne. Es gebe Gespräche mit drei IT-Anbietern sowie eine Ausschreibung. Ein privater Investor würde vor den gleichen Abgrenzungsschwierigkeiten stehen.

Herr Zwilling (UK S-H) weist zum Investitionsstau und zur Finanzierung darauf hin, im Strategiepapier werde davon ausgegangen, dass das Land in einer gewissen Verpflichtung stehe. In der Präsentation der Gutachter sei nicht deutlich geworden, dass auch beim Konzept von Deloitte & Touche 40 % des Kapitaleinkommens von Bund und Land bedient werden sollten und 20 % aus dem Verkauf der Anteile zu finanzieren seien. Im Gutachten von Deloitte & Touche werde nicht davon ausgegangen, dass ein privater Investor den Investitionsstau auf eigene Rechnung abbaue.

Bei einem Vergleich mit Gießen - Frage des Abg. Harms - müsse klargestellt werden, dass der Landesbasisfallwert in Hessen 130 € höher sei als in Schleswig-Holstein. Ein Investor trage daher ein höheres Risiko, weil er für die gleiche Leistung weniger bekomme. Bezogen auf das UK S-H müsse im Vergleich zu Hessen von einem 14 Millionen € niedrigeren Erlös ausgegangen werden, was sich auf die Kaufpreisfindung auswirke. Insgesamt sei fraglich, ob der Verkaufserlös ausreiche, um, wie im Gutachten vorgesehen, den Bilanzverlust auf null zu bringen, in Forschung zu investieren und einen Teil der Investitionen zu bedienen, zumal bei dem Verkauf eines 50-prozentigen Anteils der Erlös deutlich unter einem dreistelligen Millionenbetrag liegen werde.

Prof. Dr. Jocham (UK S-H) erklärt - Frage des Abg. Klug -, die Trennung von Forschung und Lehre und Krankenversorgung lasse in jeder Rechtsform organisieren. Die Motivation für die Privatisierung in Gießen sei ein Investitionsstau gewesen und nicht eine mangelnde Kooperation zwischen Fakultät und Klinikum. Mittlerweile gebe es dazu ein umfangreiches Vertragswerk. Bei einem privaten Träger werde die Abgrenzung komplexer. Gießen sei ein Experi-

ment. Der Wissenschaftsrat habe den Hochschulstatus in Gießen zunächst aufrechterhalten, aber unter den Vorbehalt weiterer Evaluierungen gestellt. Andere Bewertungen stellten die Verfassungsmäßigkeit der Regelungen infrage.

Prof. Dr. Kremer erläutert zum Investitionsstau - Frage des Abg. Sauter -, seit 2004 werde eine Kostenträgerrechnung durchgeführt. Es habe sich gezeigt, dass im Campus Kiel der Pflegebereich 24,8 % zu viel koste, weil es zu viele und zu kleine Stationen gebe. Im Strategiepapier werde aufgezeigt, wie über ein PPP-Projekt Investitionen in den Bau erfolgen könnten und welche Prozessverbesserungen und welcher Personalabbau möglich seien.

Die Differenz zum Landesbasisfallwert in Schleswig-Holstein und Hamburg - Frage des Abg. Dr. Altmann - betrage 170 €. Das Gesundheitsstrukturgesetz führe so zu Mehrkosten von 17 Millionen €. Der individuelle Basisfallwert in Lübeck liege unter dem Landesbasisfallwert in Hamburg.

Herr Zwilling führt detailliert aus, der Zahlenbasisfallwert sei nur eine monetäre Betrachtung der Zahlungsströme und nicht geeignet, die Auswirkungen des Basisfallwerts zu betrachten. Gegenüber dem mit den Krankenversicherungen vereinbarten Basisfallwert könne es zu Minder- und Mehrerlösen kommen, die zu einem Ausgleichsanspruch führten, der sich wiederum in den Zahlenbasisfallwerten widerspiegele. Beim Jahresabschluss werde der Basisfallwert ohne Ausgleich betrachtet. Der Basisfallwert für das Universitätsklinikum Kiel habe im Jahre 2005 2.942,79 € und für den Campus Lübeck 2.674,29 € betragen. Der Durchschnitt von 2.811,68 € habe im Jahr 2005 unter dem Landesbasisfallwert in Hamburg gelegen. Die in der Präsentation erwähnten individuell vereinbarten Basisfallwerte verschiedener Universitätskliniken zeigten, dass andere Kliniken besser dastünden. Die Konvergenzphase sei mit 10 Millionen € Kosten berücksichtigt. Wenn vom Landesbasisfallwert von 2.666 € auf einen Bundesbasisfallwert von rechnerisch 2.813 € übergegangen werde, ergäben sich Mehreinnahmen von 20 Millionen € und ein positiver Erlöseffekt von 9 bis 10 Millionen €.

St de Jager greift in den Fragerunden genannte Stichworte auf und stellt zunächst klar, eine Kostentrennungsrechnung sei unabhängig von dem gewählten Modell erforderlich. Auch für das Land Schleswig-Holstein sei Kostentransparenz und ein Nachweis der verwendeten Mittel erforderlich. Bei einer Trennungsrechnung sei unter Umständen jedoch zu erkennen, welche Bereiche subventioniert würden, was bei der Einführung einer bundeseinheitlichen Fallpauschale negative Rückwirkungen haben könne.

Eine Campus-Lösung werde von Lübecker Seite aus unterschiedlich beurteilt. Einerseits werde sie abgelehnt, andererseits gebe es einen Beschluss des Konvents der Medizinischen Fakul-

tät Lübeck, der die Campus-Lösung fordere. Das Ministerium favorisiere eher eine Lösung, bei der das UK S-H als Ganzes erhalten bleibe. Die Entwicklung der Medizin an beiden Standorten im wissenschaftlichen Bereich, der Aufbau der Protonentherapie und die mit den Clustern verfolgten Ziele würden konterkariert, wenn die Krankenversorgung parzelliert würde.

Das Risiko im Fall des möglichen Scheiterns einer Privatisierung müsse abgeschätzt werden. Die Evaluierung des Wissenschaftsrats in Gießen überprüfe nicht den wirtschaftlichen Erfolg, sondern ob die vom Wissenschaftsrat zum Schutz von Forschung und Lehre gezogenen Grenzen wirksam seien. Zurzeit trage das Land das größte Risiko. Ende des Jahres gebe es einen Verlustvortrag von 70 Millionen €, der je zur Hälfte durch Kredite und eine Liquiditätshilfe abgedeckt sei und noch steigen könne.

Im Konzept des Vorstandes werde eine Mitarbeiterbeteiligung von 15 Millionen € eingerechnet. Dies sei unter dem Druck einer möglichen Privatisierung geschehen. Es sei fraglich, ob nach einer Verwirklichung des Vorstandskonzepts die Bereitschaft der Mitarbeiter, sich zu beteiligen, bestehen bleibe. Das Modell des Vorstands führe zu Defiziten von 30 Millionen € im Jahre 2007 und weit über 20 Millionen € im Jahre 2008. Bei einer politischen Bewertung müsse beachtet werden, dass das Risiko steigender Defizite bestehe und gleichzeitig unsicher sei, ob die Gegenmaßnahmen griffen. Für das Ministerium sei der Moment des Handelns jetzt gekommen und nicht im Jahre 2010.

Prof. Dr. Schmitz führt zu den Renditeerwartungen aus - Frage der Abg. Birk -, die Aussagen im Gutachten beruhten auf Annahmen. Wenn eine Annahme auf der Ertragsseite verändert werde, müsse gleichzeitig eine Veränderung der Kostenseite angenommen werden, sodass sich am Ergebnis nichts ändere. Die Renditeerwartungen in Bezug auf PPP seien eingepreist. Die Verteilung zukünftiger Gewinne müsse verhandelt werden und habe ebenso wie die Abgrenzung zu Forschung und Lehre Kaufpreisrelevanz. Entscheidend sei die Frage, wer das Risiko trage. Risiko werde nur da übernommen, wo auch die Entscheidungsgewalt liege.

Bei den Tarifverträgen - Frage des Abg. Dr. Garg - seien normale Tarifsteigerungen berücksichtigt worden, nicht jedoch der aktuelle Abschluss. Von einem Tarifwechsel werde nicht ausgegangen. Wie beim Konzept des Vorstandes werde ein Personalabbau ohne betriebsbedingte Kündigungen angenommen.

Prof. Dr. Schäfer fügt hinzu, ein Wechsel aus der VBL sei wegen der hohen Ablösungen wirtschaftlich unvernünftig. Die öffentlichen Tarifverträge könnten selbst bei einem Anteil des

Landes von 50 % und weniger übernommen werden. Für neue Mitarbeiter seien nach dem Zäsurmodell auch andere Tarifverträge denkbar.

Eine Beteiligung an Gewinn und Verlust in der Krankenversorgung könne vereinbart werden. Es gelte aber der römische Grundsatz „Keine Herrschaft ohne Haftung“. Eine Verminderung des Risikos bei der Krankenversorgung führe zu einer geringeren Mitsprache. Diese Entscheidung müsse der Ausschuss treffen.

Der Unterschied zwischen einer Beteiligung privater Investoren in einem PPP-Projekt zum Beispiel zum Abbau des Baudefizits und dem Holding-Modell bestehe darin, dass beim Holding-Modell Know-how und Investitionen auch im operativen Bereich gefordert würden.

Herr Ohlsen verdeutlicht - Fragen des Abg. Baasch -, im Gutachten werde keine Beteiligung der Beschäftigten angenommen. Der Abbau von 360 Vollzeitkräften werde durch natürliche Fluktuation erreicht. Angesichts der letzten Tarifverhandlungen sei diese Annahme sehr optimistisch. Mögliche Partner seien im zu übergebenden Abschlussbericht aufgelistet. Eine Aussage zum Partikelzentrum könne nicht getroffen werden, da es nicht Untersuchungsgegenstand gewesen sei.

Dem Bilanzverlust, der sich Ende des Jahres 2008 auf 100 Millionen € belaufen werde, komme eine größere Bedeutung zu als den Jahresergebnissen. Sollten die positiven Annahmen des Vorstandskonzepts zutreffen, werde der Bilanzverlust im Jahre 2008/2009 bei 130 bis 140 Millionen € liegen. Wenn Tarifverhandlungen nicht zu einer Beteiligung der Mitarbeiter von 20 Millionen € führten und es keine Anpassung des Basisfallwerts im Jahre 2009/2010 gebe, werde sich der Bilanzverlust des UK S-H 2008/2009 auf circa 180 Millionen € erhöhen.

Bei den Tarifverträgen - Frage des Abg. Harms - sei eine Übernahme zugrunde gelegt worden, eine Ablösung der VBL sei nicht vorgesehen.

Vorgespräche mit Partnern in Bezug auf das Holding-Modell - Frage des Abg. Baasch - habe es nicht gegeben und seien im Auftrag nicht enthalten gewesen. Kontakte seien aufgenommen worden und Partner lediglich identifiziert. Verträge seien nicht abgeschlossen worden.

Bei der Prognoserechnung bis 2010 - Frage der Abg. Birk - sei die Tarifveränderung nicht berücksichtigt, da sie zum Zeitpunkt der Abgabe des Gutachtens weder absehbar noch kalkulierbar gewesen sei. Die Jahresergebnisse bis 2010 müssten angepasst werden und würden überarbeitet. Die Annahme eines ausgeglichenen Jahresergebnisses im Jahre 2010 werde dadurch jedoch nicht verändert.

Prof. Dr. Kremer teilt mit - Frage des Abg. Baasch -, für das Protonentherapiezentrum gebe es Verträge mit den Krankenkassen über eine Fallkostenpauschale von 19.800 € für 15 Fraktionen, die Annahmen des Businessplanes seien damit erfüllt, das Protonentherapiezentrum sei in die Bewertung aber nicht eingegangen, weil der Break-even nicht vor 2015 erreicht werde.

Mit einem potenziellen Bauinvestor werde abgeklärt, ob neben Bauinvestitionen eine Entschuldung und eine Reduzierung des Bilanzverlustes möglich seien. Es habe eine erste Zusage gegeben, wobei die Form der Entschuldung noch zu verhandeln sei. Eine zweite Möglichkeit müsse rechtlich noch bewertet werden.

Die Investitionen des Landes in das UK S-H lägen im Schnitt über den Annahmen des Vorstands.

In beiden geltenden Tarifverträgen - Frage des Abg. Koch - sei die Möglichkeit vorgesehen, 5 % erfolgsabhängig zu zahlen. Im Falle schwarzer Zahlen würde nur ein Teil des Erfolgs ausgeschüttet, bis die 5 % überschritten seien.

St de Jager verneint - Frage der Abg. Birk -, dass bereits Gespräche zur Veräußerung des UK S-H geführt würden. Es gebe lediglich Gespräche mit Investoren, die auf das Ministerium zukämen. In diesen Gesprächen werde nichts preisgegeben, was vergaberechtlich von Bedeutung sei.

Die Landesregierung habe schon immer die Auffassung vertreten, ein Protonentherapiezentrum nur dann zu unterstützen, wenn es sich rechne. Darüber hinaus habe das Protonentherapiezentrum große Bedeutung für den Medizinstandort Schleswig-Holstein.

Zusammenfassend sei festzustellen, das Strategiepapier des Vorstandes und das Gutachten stimmten in drei Punkten überein: dass der Status quo nicht fortgeschrieben werden könne, dass es einer anderen Rechtsform bedürfe und die Zuhilfenahme privaten Kapitals notwendig sei. Der Unterschied bestehe darin, ob das private Kapital nur in Form einer Bau-PPP oder in einer Beteiligung am Campus eingebracht werden solle. Danach sei die Frage zu entscheiden, ob der Landesanteil 50 % oder weniger betragen solle. Die Diskussion müsse sich auf diese beiden Fragen konzentrieren und zu einer Lösung kommen.

Die Entscheidung in Hessen über das Modell Marburg sei im Hessischen Landtag im Konsens getroffen worden. Eine solche Entscheidung strebe das Ministerium an.

Die Vorsitzende des Bildungsausschusses, Abg. Eisenberg, schließt die Sitzung um 13:40 Uhr.

gez. Sylvia Eisenberg

Vorsitzende

gez. Ole Schmidt

Geschäfts- und Protokollführer