

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Stenographischer Dienst und Ausschussdienst

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

Enquetekommission „Norddeutsche Kooperation“

17. WP - 6. Sitzung

am Montag, dem 4. Oktober 2010, 14 Uhr,
im Sitzungszimmer 139 des Landtags

Anwesende Abgeordnete

Markus Matthießen (CDU)

Vorsitzender

Dr. Michael von Abercron (CDU)

Katja Rathje-Hoffmann (CDU)

Bernd Jorkisch

Martin Habersaat (SPD)

Dr. Gitta Trauernicht (SPD)

Anita Klahn (FDP)

i. V. von Ingrid Brand-Hückstädt

Ines Strehlau (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Anke Spoorendonk (SSW)

Fehlende Abgeordnete

Petra Nicolaisen (CDU)

Anette Langner (SPD)

Gerrit Koch (FDP)

Erkrankte Abgeordnete

Heinz-Werner Jezewski (DIE LINKE)

Ellen Streitbürger (DIE LINKE)

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

Tagesordnung:	Seite
1. Mündliche Stellungnahme des Vorstandsvorsitzenden des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UK S-H), Herrn Prof. Dr. Jens Scholz	4
2. Mündliche Stellungnahme des Vorstandsvorsitzenden des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), Herrn Prof. Dr. Jörg F. Debatin	11
3. Mündliche Stellungnahme der Geschäftsführerin der NORGENTA Frau Dr. Kathrin Adlkofer	17
4. Verschiedenes	20

Der Vorsitzende, Abg. Matthießen, eröffnet die Sitzung um 14:05 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit der Enquetekommission fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Punkt 1 der Tagesordnung:

Mündliche Stellungnahme des Vorstandsvorsitzenden des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UK S-H), Herrn Prof. Dr. Jens Scholz

Prof. Dr. Scholz stellt zu Beginn klar, dass er auf Besonderheiten eingehen will, um den Rahmen des Vortrages nicht zu sprengen. Im Bundesdurchschnitt seien bei Universitätsklinik 56,8 Betten pro 100.000 Einwohner vorhanden. Das UK S-H habe 77,1 Betten pro 100.000 Einwohner und liege damit bei der Bettenverteilung weit über dem Bundesdurchschnitt. Auch bei den Krankenhausbetten seien in Schleswig-Holstein nur 57,3 pro 100.000 Einwohner vorhanden. Der Bundesdurchschnitt liege bei 63,4 Betten pro 100.000 Einwohner. Das bedeute, insgesamt gebe es weniger stationäre Betten in Schleswig-Holstein als in anderen Bundesländern. Von den stationären Betten habe das UK S-H einen großen Anteil im Vergleich zu anderen. Dies sei der Situation geschuldet, dass das UK S-H im Land das einzige Klinikum mit Maximalversorgung sei. Im Rahmen des Verbandes der Universitätskliniken werde der Anteil der Maximalversorgung am Anteil der klinischen Versorgung gemessen. Diesbezüglich entfielen auf Lübeck 46 % und auf Kiel 54 % reine Maximalversorgung.

Prof. Dr. Scholz nennt insgesamt 120 Kooperationen des UK S-H, die in Vorbereitung für die Begehung des Wissenschaftsrates zusammengestellt worden seien. Diese würden in verschiedenen Modellen und verschiedener Intensität realisiert. Neben der Vernetzung von klinischen Einrichtungen seien auch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten dabei. Diese Kooperationen schafften auch Strukturen, um die Fläche des Landes abzudecken. Ein Beispiel einer Kooperation, die sich auch positiv für die Bevölkerung darstelle, sei das universitäre Lungenzentrum des UK S-H. Diese Kooperation diene nicht nur dem ökonomischen Erfolg des Klinikums. Es sei egal, an welchen Standort der Patient komme. Die optimale Behandlung werde durch ein abgestuftes Behandlungskonzept mit Weiterleitung an die richtigen Krankenhäuser sichergestellt.

Ein ähnliches Konzept gebe es im Zusammenhang mit der sog. Trauma-Tangente (vgl. hierzu www.trauma-tangente.de).

Als weitere Beispiele für Kooperationen nennt Prof. Dr. Scholz die Transplantationsmedizin und die Entzündungsmedizin, die gut gelöst worden seien.

Es gebe weitere Kooperationen, die über Schleswig-Holstein hinausgingen. In diesem Zusammenhang nennt er teleradiologische Leistungen und eine Kooperation mit dem Unfallkrankenhaus Hamburg-Boberg.

Als gutes Beispiel für eine Kooperation zwischen Schleswig-Holstein und Hamburg bewertet er den Staatsvertrag über das Nordeuropäische Radioonkologische Centrum Kiel (NRoCK), welches am 1.10.2011 in Kiel eröffnet werden solle. Diese Einrichtung nehme neben ähnlichen Einrichtungen in Marburg, Essen, Heidelberg und München eine Spitzenposition ein. Sie habe ein großes Einzugsgebiet. Insoweit sei dieses positiv zu bewerten. In diesem Kontext solle es bei der Strahlentherapie Kooperationen mit bestimmten Standorten geben, weil etwa 20 % der Patienten auch im Rahmen der Partikeltherapie behandelt werden sollten. Deswegen seien diese Kooperationen sinnvoll

Es gebe bei Kooperationen mit Krankenhäusern zwei Modelle: das Allianzmodell und das Satellitenmodell. Bei einem Allianzmodell böten Standorte eine ähnliche Leistung an und es sei sichergestellt, dass der Patient ein vergleichbares Behandlungsangebot bekomme. Das Satellitenmodell zeichne aus, dass eine Spezialleistung angeboten werde, welche andere Einrichtungen nicht hätten. Typisches Beispiel seien hier Verbünde mit Kardiologen, wo eine Behandlung innerhalb der Verbundstruktur stattfinde.

Ein weiteres positives Beispiel seien die finanziellen Vorteile, die aus einem Exzellenzcluster zu holen seien. Hier konnten 40 Millionen € generiert werden. Beispielhaft sei das Exzellenzcluster „Entzündungshaus“. Ein wesentlicher Vorteil sei die Bündelung von Spezialisten in diesem Bereich in einem Haus. Es sei auch Aufgabe der Universitätsklinik im Rahmen von Kooperationen sich neben der Routineversorgung um derartige Zukunftsthemen zu kümmern. Prof. Dr. Scholz weist darauf hin, dass aus den Geldern, die der Staat bereitstelle, eine weitere Wertschöpfung generiert werden könne. Die Drittmittelerträge, die beide medizinischen Fakultäten erlangten, brächten zu 90 % noch einmal neues Geld.

Prof. Dr. Scholz stellt klar, dass es bei Kooperationen auch eine Menge Hindernisse gebe. Er führt aus, dass die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen nicht durch den Landesbasisfallwert gedeckt seien, was er als sogenanntes „Scherendilemma“ bezeichne. Neben Tarifabschlüssen gebe es weitere Kostensteigerungen, die nicht weitergereicht würden. Schleswig-Holstein habe einen insgesamt als schlecht zu beurteilenden Landesbasisfallwert. Problematisch sei, wenn der Landesbasisfallwert so bleibe und es zu keinem bundeseinheitlichen Lan-

desbasisfallwert komme, Schleswig-Holstein immer einen schlechten Wert behalten werde. Er weist darauf hin, dass beispielsweise in Rheinland-Pfalz der Landesbasisfallwert so ausgestaltet sei, dass ca. 35 Millionen € zusätzlich erzielt würden. In Hamburg seien es immerhin noch 20 Millionen € zusätzlich. Es gebe keine schlüssige Argumentation die Auseinanderentwicklung bei den Landesbasisfallwerten zu rechtfertigen. In Bayern werde nicht zwischen Großstädten und ländlichen Regionen unterschieden, sondern es gebe landesweit einen einheitlichen Landesbasisfallwert. Er merkt an, dass Landesminister Garg morgen am 5. Oktober 2010 im Bundesrat dieses zur Sprache bringen werde.

Prof. Dr. Scholz weist auf einen weiteren Aspekt hin, der eine Herausforderung für die Zukunft darstelle. Ein großer Ärztemangel bei niedergelassenen Ärzten bringe Probleme bei Praxisneubesetzungen in ländlichen Räumen. Hier seien in einigen Landkreisen wie zum Beispiel Dithmarschen oder Steinburg erhebliche Probleme, wohingegen es in Städten wie Kiel und Lübeck keine Probleme gebe. Insgesamt müssten diesbezüglich unterschiedliche Antworten für Stadt und Land gefunden werden. Er merkt an, dass der Ärztemangel auch einen direkten Einfluss auf Zukunftslösungen bei der medizinischen Versorgung habe. Es gebe eine große Debatte zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, ob die intersektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung der Bevölkerung richtig sei. Hier gebe es unterschiedliche Ansichten der ärztlichen Standesvertretungen. Die Debatte sei noch nicht abgeschlossen. Der Ärztemangel insgesamt spiele eine große Rolle bei der Frage, welche Abteilung man an welchen Standorten vorhalten müsse. Es gebe hier unterschiedliche Ansichten von Qualitätsmanagement und von Standesvertretungen oder auch Facharztgruppenvertretungen. In diesem Kontext nennt er die unterschiedlichen Ansichten über die Auslastung von Einrichtungen im Bereich der Geburtshilfe. Im Zusammenhang mit dem Ärztemangel sei ein weiteres Problem die durchgehende Gewährleistung der fachlichen Kompetenz des ärztlichen Personals. Für die Behandlung der Patienten und die Sicherstellung der medizinischen Versorgung sei es notwendig, einen Plan aufzustellen, der vorgibt, welche Fachabteilungen in welchen Regionen vorgehalten werden müssten. Er weist weiter darauf hin, dass Ähnliches auch bei der Notfallversorgung gelte. So habe eine Verlegung des 24-Stunden-Hubschraubers in das Zentralgebiet Schleswig-Holsteins stattgefunden. Auch bei den Notarztwagen in der Fläche müsse es Änderungen gegeben. Hier mahnt er Lösungen an, die eine intelligenterere kohärente Verknüpfung der Rettungsdienstleitstellen sicherstelle, um die hohe Qualität der Notfallversorgung sicherzustellen.

Als weiter zu berücksichtigende über Schleswig-Holstein hinausgehende Entwicklung führt er an, dass es bei privaten Klinikkonzernen Kooperationen gebe, die ausschließlich konzernrelevant seien. Der Klinikkonzern Asklepios sei beispielsweise auf Sylt tätig und fliege Patienten an Krankenhäusern in Schleswig-Holstein vorbei aus rein ökonomischen Gründen nach Ham-

burg-Altona. Dieses geschehe obwohl der Landesbasisfallwert in Hamburg höher sei als in Schleswig-Holstein und das Rettungsmittel Hubschrauber gebunden sei. Hierbei gerate aus dem Blickfeld, welches der kürzest mögliche Versorgungsweg für die Bevölkerung sei. Aus Sicht der Krankenkassen sei maßgeblich, welcher Versorgungsweg der günstigste sei. Für Schleswig-Holstein entstehe eine doppelte Schädigung durch den niedrigen Landesbasisfallwert und durch die Finanzierung der rein konzernrelevanten Maßnahmen durch Kassenbeiträge. An dieser Stelle sehe er Handlungsbedarf.

Weiter äußert sich Prof. Dr. Scholz zu Forschungsk Kooperationen. Hier stellt er zu Beginn klar, dass diese von den Forschungsfeldern abhängig seien. Entsprechend sei eine Kooperation im Norden zwischen den Universitätsklinik Hamburg und Schleswig-Holstein nicht die einzige mögliche Option, insbesondere seien auch Rostock, Hannover und Göttingen als Universitätsklinik in entsprechenden Forschungsfeldern als Partner denkbar. Dies könne nicht durch die Politik verordnet werden.

Er weist auf den Umstand hin, dass das UK S-H ein Klinikum und zwei Fakultäten umfasse. Wichtig sei, dass Forschung und Lehre durch die politischen Rahmenbedingungen optimal geregelt und gefördert werden. In diesem Zusammenhang müsse es darum gehen, dass dem Verzicht auf einer Seite auf der anderen etwas gegenüberstehe. In diesem Kontext nennt er das Beispiel der Strahlentherapie im UK S-H. Es gebe einen Strahlentherapeuten im Bereich des UK S-H. Dieses habe als Konsequenz, dass im Hochschulgesetz eine Änderung notwendig wurde, die Doppelmitgliedschaften ermöglicht. Dieses sei erforderlich, damit auch ein wissenschaftliches Tätigwerden am anderen Standort gewährleistet werden kann. Insgesamt müsse zum Gelingen von Kooperationen nicht nur die Gesetzgebung im Bereich der Krankenversorgung betrachtet werden, sondern auch der Bereich von Forschung und Lehre.

Zur Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein sagt Prof. Dr. Scholz, dass dieser Sektor in Schleswig-Holstein 200.000 Bedienstete habe, was 16 % der Beschäftigten ausmache. Es gebe mehr als 400 Unternehmen aus den Bereichen der Medizintechnik, Biotechnologie und Pharmazie. Gegen den allgemeinen Trend sei die Beschäftigung in dieser Branche um 2,1 % gewachsen. Die Gesundheitswirtschaft sei ein wichtiger Standortfaktor. Ein fortlaufendes Wachstum dieser Branche könne in Zukunft nur mit Einbindung der Universitätsklinik gelingen.

Auf eine Frage der Abg. Dr. Trauernicht antwortet Prof. Dr. Scholz, dass es nicht nur um den Landesbasisfallwert gehe. Dieses Thema sei aber momentan am dringendsten zu behandeln. Es gebe gesetzliche Vorgaben wie z. B. die Maximalversorgung oder die Verpflichtung mehr Patienten mit komplizierten Leiden zu behandeln. Er weist auf den Umstand hin, dass es

gleichzeitig einen Geldabschlag von 30 % für das nächste Jahr gebe. Die Mehrleistungen würden nur zu 70 % erstattet. Die Frage der Trägerschaft eines MVZ (Anm. Medizinisches Versorgungszentrum) spiele eine große Rolle. Relevant sei hier die Frage, ob diese Zentren in Trägerschaft der Krankenhäuser betrieben werden dürften. Die Frage der persönlichen Ermächtigung in diesem Kontext sei schwer zu beantworten. Der Spezialist überweise ins Krankenhaus, um eine Untersuchung durchführen zu lassen, die er nicht leisten könne. Die KV gebe dann einen Abschlag von 25 %. Aus Sicht der Krankenhäuser sei die Fehlentwicklung zu thematisieren, dass der Dank für die Kompetenz in einem Geldabschlag bestehe. Die Gesetzgebung sei jedenfalls nicht günstig für eine Fortentwicklung im Bereich der MVZ.

Bezüglich möglicher Exzellenzinitiativen sei für bestehende Initiativen eine Verlängerung beantragt, für Kiel und Lübeck sind bereits weitere Initiativen auf den Weg gebracht. In diesem Bereich sei lobend zu erwähnen, dass eine großzügige Unterstützung durch die Landespolitik erfolge. Die Landesregierung sei früher beim Exzellenzcluster in Vorleistung gegangen, damit dieses realisiert werden konnte. Kiel habe zwei Exzellenzcluster und eine Graduiertenschule. Bezüglich der kommenden Begutachtung im Rahmen der Exzellenzinitiative sei er zuversichtlich.

Bei der medizinischen Fakultät sei ein System eingeführt worden, welches ein Abschlagsystem bei Abiturnoten vorsehe. Danach würde bei Leuten mit 15 Punkten in einem Leistungsfach ein Abschlag auf den Abitur-Durchschnitt in Höhe von 0,4 oder 0,5 gewährt. Dies habe sich positiv ausgewirkt, um Interessenten mit einseitigen Begabungen für die Medizin zu gewinnen.

Die Frage einer Kooperation von UK S-H und UKE beantwortet er dahin gehend, dass Wettbewerb am besten sei. Bezüglich Fusionen von Universitätsklinika sagt Prof. Dr. Scholz, dass diese nur bei guten Rahmenbedingungen funktionieren könnten.

Für den Bereich der Forschung stellt er klar, dass dieses die Forscher selbst am besten bestimmen könnten. Dies könne politisch nicht verordnet werden. Die Kooperationspartner müssten sich finden. Bei Forschung sei dies durch sachliche Erwägungen jeweils zu beurteilen und zwar auch im internationalen Kontext. Die Erzielung weiterer Synergieeffekte im Bereich der Krankenversorgung hänge davon ab, wie ernsthaft hier die Verhandlungen geführt würden und wer punktuell bereit sei zu verzichten. Dies sei ein komplizierter und schwieriger Weg. Für Beschaffungen der Universitätsklinika gebe es eine gemeinsame Einkaufsgemeinschaft die sog. Comparatio (Anm. www.comparatio.org).

Eine Fusion müsse gelebt werden. Als negatives Beispiel nennt Prof. Dr. Scholz hier die Charité. Diese habe drei Standorte aber nur noch eine Fakultät und ein Klinikum. Es sei zu verzeichnen, dass sich dieses schlecht auswirke. Im Tagesgeschäft gebe es hier Probleme. Bezüglich der Trägerschaft sagt Prof. Dr. Scholz, dass dieses im Prinzip egal sei. Es solle derjenige der Träger sein, der diese Aufgabe am besten übernehmen könne. Das Universitätsklinikum Gießen-Marburg nennt er in diesem Kontext als ein negatives Beispiel. Der Bericht des Wissenschaftsrates bringe die Situation deutlich zur Sprache. Hausintern gebe es dort Streit um jeden Euro. Es gebe in diesem Bereich keine gemeinsame Dachmarke. Der Fusionsvertrag sehe dort auch Rückfallklauseln vor. Jedenfalls sei dieses Modell keine Trägerschaft aus einem Guss. Das Tagesgeschäft funktioniere in diesem Bereich nicht.

Auf eine Frage der Abg. Strehlau entgegnet Prof. Dr. Scholz, dass bezüglich der Beschaffung schon Kooperationen in Form der sogenannten Comparatio, einer gemeinsamen Einkaufsgemeinschaft, vorhanden seien. Diese sitze in Hannover und verschiedene Universitätsklinika hielten hieran Anteile. Hier werde aber keine systematische gemeinsame Beschaffung betrieben. Das Potential für Synergien bei der Beschaffung liege in der Standardisierung. Hier sei es im Prinzip denkbar zu weiteren Synergien zu kommen.

Auf eine Frage der Abg. Strehlau stellt Prof. Dr. Scholz klar, dass der Krankenhausplan vom Sozialministerium aufgestellt werde, die Universitätsklinika aber in das Wissenschaftsressort gehörten. Der Rat des Universitätsklinikums werde eingeholt, dieses sei aber gesetzlich nicht geregelt. Auf eine weitere Frage antwortet er, dass die Landesgrenze dann ein Hemmnis sei, wenn man außerhalb dieser nicht tätig sein dürfe. Im Hochschulgesetz gebe es Regelungen, dass das UK S-H mit bestimmten medizinischen Aktivitäten auch außerhalb der Landesgrenze tätig sein dürfe. Dieser Wettbewerbsnachteil sei aufgehoben worden.

Auf eine Frage des Herrn Jorkisch antwortet Prof. Dr. Scholz, dass die Vernetzung der privaten Kliniken dazu führe, dass diese wie z. B. der Asklepios-Konzern zur Steigerung des eigenen Patientenumsatzes Patienten von Sylt nach Hamburg fliegen würden und es eine geschlossene Behandlungskette gebe, so dass es sich für diese wirtschaftlich lohne.

Die Situation beim Landesbasisfallwert sei historisch so gewachsen. In früheren Zeiten hätten die schleswig-holsteinischen Krankenhäuser sehr gut und kostengünstig gewirtschaftet. Bei Einführung eines neuen Systems gebe es eine „historische Stunde Null“, von der an sich dieses System angleichen müsse. Es gab verschiedene Phasen der Angleichungen aus Wirtschaftlichkeitsgründen. In diesem Zusammenhang war die Zielrichtung bei Einführung des Landesbasisfallwertes, unwirtschaftliche Kliniken abzuschaffen bzw. mittelbar zu Zusammenschlüssen zu bewegen. Insgesamt könne man sagen: Bei der Strukturfrage hätten kleine Kranken-

häuser in Schleswig-Holstein überproportional gewonnen. Da das UK S-H der einzige Maximalversorger im Land gewesen sei, konnte es für kleine Krankenhäuser den Wert erhöhen. Die kleinen Krankenhäuser hätten im Vergleich zu anderen Bundesländern den Wert nach unten gezogen. Wegen der enormen Unterschiede der Landesbasisfallwerte sei es notwendig zu einem einheitlichen Basisfallwert zu kommen.

Abg. Dr. Trauernicht ergänzt diesbezüglich, dass zugrunde zu legen sei, dass es insgesamt ein durchschnittlich niedrigeres Einkommen in der Bevölkerung gebe. Entsprechend schlechter sei dadurch auch die finanzielle Ausstattung der Krankenkassen gewesen, so dass diese bei der Kostenerstattung nicht in der Lage gewesen seien, mehr zu zahlen. Es habe dann eine sogenannte Konvergenzphase gegeben mit der Notwendigkeit von einem sehr niedrigen Niveau auszugehen. Gegen die Mehrheit der Länder sei es gelungen, im Bundesgesetz zu verankern, dass es gleiche Preise für gleiche Leistungen gebe. Dieses sei zurückgenommen worden.

Die Abgeordnete Spoorendonk stellt heraus, dass das UK S-H in Schleswig-Holstein Erfahrungen mit Kooperationen und Fusionen habe.

Auf eine Frage der Abg. Spoorendonk antwortet Prof. Dr. Scholz, dass gute Preise in der Beschaffung bei medizinischen Waren und Dienstleistungen nur bei großem Volumen zu erreichen seien. Die Preise seien nicht mehr der Hebel für Synergien. Eine Standardisierung sei hier wichtiger als der einzelne Cent, den man einsparen könne.

Auf eine weitere Frage der Abg. Spoorendonk antwortet Prof. Dr. Scholz, dass die Frage der Exzellenzinitiativen von externen Gutachtern beurteilt werde und es hier um Inhalte gehe. Insoweit seien die Einflussmöglichkeiten begrenzt. Es gebe im Forschungsbereich viele Kooperationen des UK S-H mit dem UKE. Beispielweise gebe es einen Sonderforschungsbereich, wo 80 % der Forschung in Kiel und 20 % in Hamburg stattfänden. Die Exzellenzinitiativen würden insgesamt von der Landesregierung sehr konstruktiv unterstützt. Im Bereich von Forschung und Lehre sei eine bessere finanzielle Ausstattung wünschenswert.

Auf eine Frage des Abg. Dr. von Abercron antwortet Herr Prof. Dr. Scholz, dass bezüglich der Frage, ob es Mindestgrößen für Universitätsklinika gebe, keine Antwort gegeben werden könne. Es gebe eine kritische Größe nach unten, um wettbewerbsfähig zu sein. Bezüglich der Vollversorgung im Flächenland gibt er zu bedenken, dass diese von fachmedizinischer Einschätzung abhängen. Dies würden die medizinischen Fachgesellschaften aufgrund des medizinischen Standards entscheiden. Dieses könne schlecht im Vorhinein festgestellt werden. Es gebe nie einen Status Quo, sondern es müsse permanent die beste Struktur angestrebt werden.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Mündliche Stellungnahme des Vorstandsvorsitzenden des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), Herrn Prof. Dr. Jörg F. Debatin

Zu Beginn kündigt Prof. Dr. Debatin an, dass er es sehr begrüße, dass sich der Schleswig-Holsteinische Landtag im Gegensatz zur Hamburger Bürgerschaft im Rahmen der Enquete-Kommission des Themas Kooperation im Bereich Gesundheitswirtschaft/Gesundheitsversorgung annehme und sagt, dass eine Verständigung der Enquetekommission mit dem entsprechenden Ausschuss der Hamburger Bürgerschaft wünschenswert wäre. Er wolle sich auf Unterschiede beschränken, um Wiederholungen zu vermeiden. Das UKE schreibe nach einer langen Sanierungsphase zurzeit eine schwarze null. Es habe den zweithöchsten Komplexitätsgrad im Vergleich zu allen anderen Universitätsklinik in Deutschland. Das UKE habe bereits 2004 das Portfolio auf Maximalversorgung und komplexe Medizin ausgerichtet. Mit dem Landesbasisfallwert liege Hamburg knapp unter dem Bundesdurchschnitt. Es könnten auch Chancen im Bezug auf die Menge damit verbunden sein, wenn ein Universitätsklinikum zu einem günstigeren Preis anbieten müsse. Prof. Dr. Debatin weist darauf hin, dass das UKE in der vergangenen Zeit stark gewachsen sei. Im Jahr 2004 habe das UKE ein Umsatzvolumen von ca. 420 Millionen € mit einem Verlust von 37 Millionen € gehabt. Heute habe es 720 Millionen € Umsatz und einen niedrigen Gewinn. Der Sanierungskurs des UKE habe nur deshalb gewährleistet werden können, weil es sehr stark gewachsen sei. In den Blick genommen werden müsste eine Angleichung der Landesbasisfallwerte, was auch eine Grundlage für fairen Wettbewerb sei. Kooperationen seien für das UKE wichtige Faktoren. Diese seien im Zuge von Zentrumsbildungen und Prozessreorganisationen nötig gewesen. Das UKE habe viele kooperationsbereite Partner außerhalb der Hamburger Stadtgrenzen finden können. Auch seien zum Beispiel in Niedersachsen Kooperationspartner. Viele Kooperationen würden durch die Ministerien konstruktiv mit begleitet. Wichtig sei insbesondere der Wettbewerb für die Qualität der medizinischen Versorgung. So gebe es in Hamburg einen sogenannten Krankenhausspiegel, der die Qualität in den Krankenhäusern ausweise. Dieses geschehe im Rahmen einer Selbstverpflichtung der Krankenhäuser. Insbesondere weist er noch mal auf die Entwicklung bei sogenannten Fangprämien hin und Patientenverlegungen durch die privaten Klinikkonzerne. Hier müsste die Politik dafür sorgen, dass derartige Wettbewerbsverzerrungen unterbunden werden, die nicht mehr im Interesse der Qualität der Medizin seien. Bei Konzernstrukturen gebe es manchmal fachmedizinisch schlechte Lösungen durch den Wettbewerb. Prof. Dr. Debatin bewertet die Kooperation mit dem UK S-H als ausbaufähig. Einer generellen Fusion von UKE und UK S-H erteilt er eine Absage. Dieses

ergebe keinen Sinn. Letztlich sei zu verzeichnen, dass der Patient die Vielfalt wolle. Kooperationen im primären Bereich seien nicht sinnvoll, sondern im tertiären Bereich, dem Dienstleistungsbereich. Weiter weist Prof. Dr. Debatin auf die gemeinsame Beschaffungsgemeinschaft, die sogenannte Comparatio hin. Hier sei die Kooperation noch ausbaufähig. Als weiteren Aspekt nennt er den Bereich der IT-Zusammenarbeit und das Facility Management. Hier sei noch deutliches Potenzial für einen Ausbau vorhanden. Als weitere Bereiche, die gebündelt werden könnten, nennt Prof. Dr. Debatin insbesondere die IP-Verwertung, ein Clinical Trial Center und die Rechtsabteilung. Im Bereich der Krankenversorgung spiele der Wettbewerb eine Rolle, so dass sich dieser Bereich für Kooperationen nicht anbiete. Bereiche wie die Rechtsmedizin, Pathologie und Radiologie böten Perspektiven für arbeitsteilige Kooperationen. Er beurteilt das NRoCK als nicht gut gelungene Kooperation. Er kritisiert, dass die Standortentscheidung eine hauptsächlich politische Entscheidung gewesen sei. Die Inhalte seien hier nicht ausschlaggebend gewesen. Die Wirtschaftlichkeit des Projektes sehe er kritisch. Das Projekt habe andere Kooperationsgedanken verdrängt. Als weiteren negativ zu beurteilenden Bereich nennt er die Transplantationsmedizin, wo es nicht gelungen sei, einen norddeutschen Transplantationsverbund zu schaffen. Bei den Kooperationsperspektiven gebe es daher noch Potenzial für Verbesserungen. Insgesamt sei der Fokus bei Kooperationen auf sogenannte Supportingbereiche zu legen.

Als großes Beispiel mit Potenzial nennt er weiter den Bereich der Telemedizin. Es könnte ein telemedizinisches Kompetenzzentrum geschaffen werden. Insbesondere könne sich Norddeutschland hier positionieren und beide Universitätsklinika als Betreiber fungieren. Hier wäre es wichtig, wenn dieses auch politische Unterstützung erhalte und es ggf. Pilotprojekte gebe.

Einen weiteren Aspekt sieht Prof. Dr. Debatin bei den sogenannten neuen Gesundheitsberufen. Auf diese Berufsgruppe weist auch die Expertenkommission der Bundesregierung hin. Es sei insgesamt die Lücke zu schließen zwischen dem Beruf des Pflegers und des Arztes. Hier könne die Politik unterstützend tätig werden insbesondere auch bei Berufsordnungen und anderen gesetzlichen Vorschriften. Wichtig sei, dass es diesen Berufsgruppen ermöglicht werde, Teile der Versorgung eigenverantwortlich zu übernehmen.

Herr Prof. Dr. Debatin geht auch davon aus, dass Zusammenarbeit im wissenschaftlichen Bereich nicht verordnet werden könne. Es sei aber zu verzeichnen, dass räumliche Nähe die Kreativität steigern. Die jeweilige Umgebung müsse Spitzenforscher tragen. Wichtig sei, dass diese zwanglos zusammengebracht würden. Als Beispiel für die Generierung neuer Ideen nennt Prof. Dr. Debatin einen Betriebsausflug des UKE an die TU Harburg. Prof. Dr. Debatin regt ebenfalls an, eine sogenannte Life Science Stiftung Nord zu gründen, die neben einer

wissenschaftlichen Exzellenz auch sicherstelle, dass es arbeitsteilige Zusammenarbeit zwischen zwei Standorten gebe. Hier solle der Fokus auf Kreativität liegen. Weiter weist er darauf hin, dass es Kooperationen auch mit dem europäischen Ausland gebe. Auch bei den Exzellenzinitiativen werde vieles von der Politik positiv flankiert. Politik könne inzentivieren im Bereich der Forschung.

Es gebe aber auch viel, was die Universitätsklinika selbst tun müssten. Insgesamt könne die Politik hier positiv begleiten und inzentivieren.

Der Vorsitzende merkt in diesem Zusammenhang an, dass die Rolle der Politik darin gesehen werden könne, die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen.

Auf eine Frage der Abg. Spoorendonk antwortet Prof. Dr. Debatin, dass Kooperationen nur funktionierten, wenn beide Partner einen Nutzen davon hätten und die Nachhaltigkeit gesichert sei. Gleichzeitig sei es für den jeweiligen Partner wichtig, sich Gedanken zu machen, was er in die Kooperation einbringen wolle. Das UKE habe eine Beratungstochtergesellschaft in Form einer GmbH, die unter anderem auch schweizerische Krankenhäuser berate. Die Position der Standorte Lübeck und Kiel im Bereich der Wissenschaft bewertet er als gut. Für den wissenschaftlichen Bereich gelte, dass dieser sich am besten entwickle, wenn eine gute Forschungsinfrastruktur vorhanden sei. Die Aufgabe der Politik sei es, für diesen Bereich Freiheiten zu schaffen und Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Bei der Forschungsinfrastruktur gebe es in Deutschland ein Nord-Süd-Gefälle, so dass alle Möglichkeiten für Kooperation intensiv genutzt werden müssten. Auf eine Frage der Abg. Spoorendonk bezüglich des Beispiels Dänemark antwortet Herr Prof. Dr. Debatin, dass sowohl Hamburg als auch Schleswig-Holstein von Dänemark lernen könnten. Besonders sei im Bereich der Forschung auch die europäische Perspektive wichtig. Er stellt in diesem Zusammenhang klar, dass es wichtig sei, die Komplexität von Kooperationen am Anfang gering zu halten.

Auf eine Frage der Abg. Strehlau antwortet Prof. Dr. Scholz, dass die Tertiärbereiche diejenigen seien, wo man grundsätzlich bei Kooperationen anfangen könne. Er beurteile die Lösungen für die Bereiche der IT-Beschaffung und des Facility-Managements anders als Prof. Dr. Debatin. Die Kooperation in den Bereichen Mikrobiologie und Pathologie könnten eine medizinische Fakultät zum Zerreißen bringen. Es sei schwierig derartige Kooperationen in der Praxis zu leben und durchzusetzen.

Im Bereich der Krankenversorgung räumt Prof. Dr. Debatin ein, dass nach heutigem Stand kein Universitätsklinikum alle Bereiche abdecken könne. Insbesondere nennt er den Bereich der Pathologie, wo eine Kooperation notwendig sei. Als wichtigsten Themenkomplex in dem

über eine stärkere Vernetzung nachzudenken sei der Bereich der Telemedizin, um ggf. auch Expertise, die an einem Standort nicht zur Verfügung steht, am anderen nutzen zu können. Auch im Bereich der Radiologie sei es heute nicht mehr möglich, alle Facetten abzudecken. Es gehe hierbei nicht um Schließungen von Standorten, sondern um intelligente Vernetzung unter Nutzung moderner Technik. Langfristig sei hier eine deutschlandweite Ausrichtung notwendig und daher keine Beschränkung auf Norddeutschland. Ein erster wichtiger Schritt in diesem Zusammenhang sei ein virtuelles telemedizinisches Kompetenznetzwerk.

Auf eine Frage der Abg. Strehlau antwortet Prof. Dr. Debatin, dass die politische Unterstützung vor allem auch darin gesehen werden müsse, dass die Universitätsklinik Freiräume bekommen. Des Weiteren bräuchten die Universitätsklinik Zeit. In diesem Zusammenhang weist er darauf hin, dass das UKE zunächst mehrere Jahre mit der Sanierung des eigenen Hauses beschäftigt war. Als weiteren Bereich nennt Prof. Dr. Debatin den Bereich der Berufsordnungen. Hier kann die Politik Anreize setzen, indem sie weitere Freiräume schaffe. Insbesondere seien hier auch die sogenannten neuen Gesundheitsberufe in den Blick zu nehmen.

Herr Jorkisch stellt die Frage, ob für die Zukunft eine politische, eine technische oder eine verwaltungsspezifische Entscheidung notwendig sei und ob es einen konkreten Vorschlag gebe, den die Politik verfolgen könne.

Auf eine Frage des Herrn Jorkisch antwortet Prof. Dr. Debatin, dass er die Diskussion innerhalb der Enquetekommission als präzise beurteile. Er könne der Kommission ein Gutachten über gesetzgeberischen Änderungs- und Handlungsbedarf im Bereich der Telemedizin mit auf den Weg geben. Er nehme die Rückmeldung an die Politik als Arbeitsauftrag mit.

Der Vorsitzende merkt an, dass die Enquetekommission aus dieser Sitzung auch Aspekte mitnehme, die noch aufzuarbeiten seien. Die Anzuhörenden könnten ggf. schriftlich weitere Aspekte bzw. auch Handlungsvorschläge, die aus ihrer Sicht wichtig sind, der Kommission mitteilen.

Auf eine Frage des Abg. Dr. von Abercron antwortet Prof. Dr. Debatin, dass die Struktur der Krankenversorgung historisch gewachsen sei. Als Beispiele nennt er hier die Verbrennungsbehandlung und die Ebola-Behandlung. Hier habe es klare Zuordnungen gegeben, die in der Vergangenheit getroffen worden seien. Als positives Beispiel nennt er in diesem Zusammenhang auch die Nierentransplantation in Lübeck. Die Entwicklung werde auch durch Qualitätsgründe beeinflusst. Als Beispiel, welches das UKE aus Qualitätsgründen eingestellt habe, nennt er die Hüftprothetik. Solche Schritte seien innerhalb eines Universitätsklinikums unpo-

pulär, aber notwendig. Die frei werdenden Ressourcen seien dann in die Wirbelsäulenchirurgie investiert worden. Dieses könne man innerhalb einer Institution veranlassen.

Er weist weiter darauf hin, dass es im Bereich der Rechtsmedizin Probleme bezüglich einer möglichen Kooperation gebe. Nach seiner Einschätzung kämen bei abschließender Betrachtung für Kooperationen nicht die primären sondern die sekundären und tertiären Bereiche in Betracht. Die sog. Fangprämien seien eine Verzerrung des Wettbewerbs. In Hamburg stehe das UKE in starkem Wettbewerb mit den Krankenhäusern in St. Georg und Altona. Das UKE habe den Wettbewerb lernen müssen. Genauso habe man auch den Umgang mit Fangprämien lernen müssen.

Der Abg. Habersaat stellt die Frage, wie die Entwicklungen im Bereich der Telemedizin zu bewerten seien. Bei einer Steigerung der Aktivitäten im Bereich der Telemedizin verliere die Ortsgebundenheit an Bedeutung und daher sei auch die zentrale Frage, wie man den Kern der Aktivitäten in Norddeutschland halte. Hierauf entgegnet Prof. Dr. Debatin, dass es wichtig sei, eine universitäre Marke zu etablieren. Wichtig sei es möglichst schnell eine Lösung an den Markt zu bringen und Innovationspotenzial, Kreativität und Intensität der Zusammenarbeit. Eine starke universitäre Marke sei stärker als jede andere in diesem Bereich.

Auf eine Frage der Abg. Klahn antwortet Prof. Dr. Debatin, dass es eine steigende Bereitschaft gebe, für qualitativ hochwertige medizinische Behandlung weite Wege in Kauf zu nehmen. Auch in diesem Zusammenhang sei der Aspekt der Ortsgebundenheit weniger entscheidend. Auf eine weitere Frage der Abg. Klahn antwortet Prof. Dr. Debatin, dass es in Hamburg im Rahmen einer Selbstverpflichtung einen Krankenhausspiegel gebe, der dem Patienten die Möglichkeit eröffne, neutral Auskunft über den Qualitätsstandard der medizinischen Behandlung zu erhalten. Weiter nennt Prof. Dr. Debatin auf eine Anfrage der Abg. Klahn den Bereich der Kinderherzchirurgie. Hier sei zu einem wirtschaftlich tragfähigen Betrieb ein Volumen in einer Größenordnung von 200 bis 250 OPs pro Jahr notwendig. Anhand dieser Größenordnung sei festzustellen, ob das Vorhalten einer Kinderherzchirurgie versorgungstechnisch notwendig sei. Abschließend weist Prof. Dr. Debatin darauf hin, dass die Politik weitere Anstrengungen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen unternehmen müsse. Er schlägt in diesem Kontext eine „Stiftung Gesundheitstest“ vor. Die privaten Klinikbetreiber forcierten den Gedanken der Qualitätssicherung, da der Wettbewerb nur mit hoher Qualität zu gewinnen sei.

Auf eine Frage der Abg. Dr. Trauernicht stellt Prof. Dr. Debatin klar, dass ein Drittel der Patienten des UKE aus Schleswig-Holstein stamme und dieser Wert sehr konstant bleibe. Er er-

läutert, dass es innerhalb Hamburgs Marktanteilsverschiebungen zugunsten der privaten Klinikbetreiber gegeben habe.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Mündliche Stellungnahme der Geschäftsführerin der NORGENTA Frau Dr. Kathrin Adlkofer

Frau Dr. Adlkofer ordnet NORGENTA als ein Beispiel für eine gelebte norddeutsche Kooperation zwischen Hamburg und Schleswig-Holstein ein. Frau Dr. Adlkofer weist darauf hin, dass der Bereich Life Science (Medizintechnik, Biotechnik, Pharma) von globalen und internationalen Märkten geprägt sei. Im Jahr 2004 seien erste Schritte zu einer gemeinsamen Kooperation in Hamburg und Schleswig-Holstein in diesem Tätigkeitsfeld unternommen worden, die 2005 in die Gründung der NORGENTA mündeten. Um diesen Bereich zu fördern sei das Erreichen einer kritischen Masse erforderlich. Es sei zu beobachten, dass die Unternehmen aus der Branche ein Cluster schätzten und nutzten. Hier könnten insbesondere auch bei kleinen Unternehmen Wege in der Entwicklung beschritten werden, die ein Unternehmen alleine nicht gehen würde. Neben den Fördermöglichkeiten, die im Rahmen von NORGENTA geboten werden, gebe es auch weitere Partner. Neben dem UK S-H und dem UKE als wissenschaftliche Einrichtungen nennt sie in diesem Zusammenhang EMB Fraunhofer, Beiersdorf und Eppendorf. Nach Untersuchung einer Unternehmensberatung sei eine Clustergagentur wie NORGENTA für diesen Wirtschaftsbereich als Mittel zum Zweck unbedingt erforderlich. Der Kern seien aber die exzellenten Unternehmen und wissenschaftlichen Einrichtungen. Zur weiteren Entwicklung innerhalb des Clusters sei ein länderübergreifender Forschungsfonds wünschenswert, um Anreize zu schaffen. Ein wichtiger Aspekt sei in diesem Tätigkeitsfeld produktnah zu forschen. Des Weiteren kann die Arbeit der NORGENTA Markteintritt auf vielen internationalen Märkten eröffnen. So finde z. B. eine Zusammenarbeit mit der Öresund-Region statt. Darüber hinaus gebe es Beispiele aus Bahrain und Dubai. Wichtig sei es in diesem Zusammenhang auch bei den Beteiligten insbesondere den Unternehmen aus dieser Branche eine Awareness zu schaffen. Eine aktive Ansiedlungspolitik werde durch die Organisationen WTSH (Wirtschaftsförderung u. Technologietransfer Schleswig-Holstein GmbH) und HWF (Hamburgische Gesellschaft für Wirtschaftsförderung mbH) unterstützt. Die NORGENTA könne hier gut zuliefern. Insbesondere sei es gelungen, Exzellenz in der Stammzellenforschung an den Standort Lübeck zu holen.

In den letzten Jahren habe die Zusammenarbeit der Länder Hamburg und Schleswig-Holstein gut funktioniert. Die Eingliederung weiterer norddeutscher Bundesländer in die Aktivitäten von NORGENTA beurteilt Frau Dr. Adlkofer kritisch. In diesem Zusammenhang sei es

schwierig allen Interessen gerecht zu werden. Es gebe einen Kooperationsvertrag mit Mecklenburg-Vorpommern, international gemeinsam aufzutreten.

Den Bereich der Telemedizin beurteilt Frau Dr. Adlkofer als sehr unterstützenswert und sie beurteilt das Potential für Synergien als gut. In diesem Kontext weist sie darauf hin, dass es in naher Zukunft einen E-Health-Kongress gebe.

In Zukunft sei die Gewinnung von Fachkräften im Bereich Life Science äußerst wichtig. Im Bereich der Ausbildung sei darauf zu zielen, dass die Hochschulen für den Bereich der Life Science nach Bedarf ausbilden.

Weiter weist Frau Dr. Adlkofer darauf hin, dass die NORGENTA seit einem halben Jahr einen Trägerverein hat, der aus 127 Unternehmen bestehe. In diesem Verein seien 100.000 € für Clusteraktivitäten zur Verfügung gestellt worden. Im Bereich Life Science gebe es überwiegend globale Märkte. Eventuell gebe es aber auch lokale Märkte. Es gebe ein Unternehmen aus Schleswig-Holstein, das einen sogenannten elektrischen Gebetsteppich patentiert und produziert habe. Dieser Bereich sei besonders zu beachten.

Auf eine Frage der Abg. Strehlau antwortet Frau Dr. Adlkofer, dass NORGENTA einen Aufsichtsrat habe und der Austausch mit der Politik sehr eng sei. Hier seien die Senatorin Gundelach aus Hamburg und Minister de Jager aus Schleswig-Holstein Mitglieder sowie vier Aufsichtsräte aus der Industrie. Es gebe im Tagesgeschäft Kontakt mit den Ministerien in beiden Ländern. Die Abstimmung innerhalb der Agentur geschehe durch einen abgestimmten Wirtschaftsplan. Hemmnis für die Tätigkeit sei die unterschiedliche Förderstruktur und damit insgesamt die Förderlandschaft. Wünschenswert sei in diesem Kontext eine gemeinsame Förderstrategie. Auf eine weitere Frage der Abg. Strehlau antwortet Frau Dr. Adlkofer, dass es ein konkretes Projekt zwischen EMB Fraunhofer und der Firma Eppendorf gegeben habe. Hier konnte das Projekt nur über Hinzuziehung einer Innovationsstiftung in Hamburg verwirklicht werden. Insgesamt sei dieser Weg aber als mühsam zu bewerten. Der Start des Projektes sei dadurch verzögert worden.

Auf eine Frage der Abg. Dr. Trauernicht antwortet Frau Dr. Adlkofer, dass die Größenordnung für Förderung einer Life Science Stiftung Nord im Bereich von 10 Millionen € notwendig sei. Prof. Dr. Debatin weist darauf hin, dass eine gewisse Größenordnung notwendig sei, damit sich die Evaluation der Projekte lohne. Den beteiligten Institutionen müsse verdeutlicht werden, dass sie einen Beitrag leisten müssten und Zusammenarbeit stärker priorisiert werden müsse.

Auf eine Frage der Abg. Dr. Trauernicht stellt Prof. Dr. Debatin klar, dass im Bereich der Telemedizin der Zeitpunkt für ein Vorantreiben des Themas noch gut sei. In diesem Bereich sei eine Kooperation auch deswegen sinnvoll, weil beide Kooperationspartner hinzugewinnen könnten. Insbesondere die norddeutschen Universitätsklinika könnten hier eine Spitzenposition einnehmen.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Verschiedenes

Der Vorsitzende überreicht dem Kommissionsmitglied Bernd Jorkisch im Namen der Enquetekommission anlässlich seiner Ehrung mit der Kammermedaille durch die Handelskammer Hamburg für Verdienste um die Zusammenarbeit der IHK mit Hamburg ein Präsent.

Der Vorsitzende spricht die Sitzungsplanung am 1.11.2010 an. Aus Kapazitätsgründen sei es erforderlich, einige Institutionen nur schriftlich anzuhören. Aus Sicht des Abg. Habersaat solle insbesondere der HVV mündlich angehört werden. Die Abg. Klahn schlägt Norbert Leinius von der Wirtschaftsaufbaugesellschaft Stormarn vor. Dieser sei intensiv in der Metropolregion Hamburg tätig und könne kompetent zum Thema Fehmarnbelt-Querung Stellung beziehen. Der Vorsitzende gibt zu bedenken, dass die Metropolregion zu einem späteren Zeitpunkt auf der Tagesordnung stehe. Der Abg. Habersaat weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Thema Fehmarnbelt-Querung die Sitzung dominieren könne. Der Abg. Dr. von Abercron weist darauf hin, dass es wichtig sei, den öffentlichen Personennahverkehr im Hamburger Umland zu thematisieren. Hierzu sei die Landesverkehrsservicegesellschaft zu laden. Die Abg. Klahn stellt klar, dass sie sich in der Sitzung am 01.11. nicht auf den ÖPNV beschränken wolle. Herr Jorkisch weist darauf hin, dass im Bezug auf Verkehr die Gesamtsituation zu betrachten sei. Der UV Nord sei für diese übergreifende Betrachtung besser. Bei Herrn Wachholtz seien diese Fragen gut aufgehoben. Der UV Nord habe zum Bereich Verkehr und Infrastruktur bereits einiges veröffentlicht. Die Abg. Klahn stellt klar, dass sie Herrn Norbert Leinius gerne im Zusammenhang mit dem Termin zur Metropolregion Hamburg aufnehmen möchte. Zusammenfassend erwidert der Vorsitzende Matthießen, dass die Landesverkehrsservicegesellschaft, der HVV, das Verkehrsministerium und die Deutsche Bahn zu laden seien.

Die Abg. Strehlau stellt die Frage, ob permanent ein Vertreter der Landesregierung der Sitzung beiwohne. Hierauf antwortet der Vorsitzende, dass dieses gewährleistet sei.

Der Vorsitzende gibt die bisherigen Zusagen für die Sitzung am 29.11.2010 bekannt und weist darauf hin, dass evtl. weitere Vorschläge an den Geschäftsführer zu geben seien.

Bezüglich der Sitzung am 29.11.2010 gibt der Abg. Habersaat zu bedenken, dass die Bewertung der Tätigkeit von Dataport in den Kommunen teilweise nicht positiv sei. In diesem Zu-

sammenhang sei ihm daran gelegen, dass weitere Positionen zum Tätigkeitsfeld von Dataport in die Sitzung einbezogen werden. In diesem Zusammenhang schlägt die Abg. Strehlau vor, die kommunalen Landesverbände einzuladen. Dies wird so von der Mehrheit der Kommissionsmitglieder beschlossen. Bezüglich der Terminplanung zum Jahresende 2010 beschließt die Kommission den Termin vom 20.12. auf den 13.12.2010 vorzuverlegen. Bezüglich der Terminplanung für das erste Halbjahr 2011 wird beschlossen, den Termin vom 17.01.2011 auf den 24.01.2011 zu verschieben.

Weiter wird ein Auswertungsraster der CDU- und FDP-Fraktion als Tischvorlage angesprochen. Der Vorsitzende weist darauf hin, dass ihm daran gelegen sei, bei der Bewertung sich anhand des Einsetzungsbeschlusses zu orientieren und diesen systematisch abzuarbeiten. Auf Anregung des Geschäftsführers zur Frage der Strukturierung des Berichts der Kommission stellt dieser anheim im Rahmen des Abschlussberichts Kapitel zu bilden und am Ende dieser Kapitel Empfehlungen zu geben.

Der Vorsitzende, Abg. Matthießen, schließt die Sitzung um 16:45 Uhr.

gez. Markus Matthießen
Vorsitzender

gez. Thomas Warnecke
Geschäfts- und Protokollführer