



Finanzministerium | Postfach 7127 | 24171 Kiel

Ministerin

An den  
Vorsitzenden des Finanzausschusses  
des Schleswig-Holsteinischen Landtages  
Herrn Thomas Rother, MdL  
Landeshaus  
24105 Kiel

Nachrichtlich:

Frau Präsidentin  
des Landesrechnungshofs  
Schleswig-Holstein  
Dr. Gaby Schäfer  
Hopfenstraße 30  
24103 Kiel

29. August 2014

**FAQ zum UKSH**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

beigefügt übersende ich Ihnen den Katalog häufig gestellter Fragen und Antworten zum ÖPP-Projekt UKSH in der Fassung, die als Umdruck allen Abgeordneten zur Verfügung gestellt werden kann.

Die Fragen, die weiterhin vertraulich zu behandeln sind, sind in dieser Version nicht enthalten.

Mit freundlichen Grüßen

Monika Heinold

## FAQ-Katalog zur baulichen Sanierung des UKSH

Fragen zur baulichen Sanierung des UKSH - Einführung	4
I. Fragen grundsätzlicher Art	10
Welche grundsätzliche Notwendigkeit besteht für die bauliche Sanierung des UKSH?	10
Wie werden Krankenhäuser üblicherweise gefördert und warum geht man beim UKSH einen besonderen Weg?	10
Wie ist die Unterstützung des Landes beihilferechtlich zu bewerten?	10
Sind zwei Universitätskliniken in Schleswig-Holstein notwendig?	11
Warum werden in Kiel und in Lübeck Spezialkliniken, z.B. Gynäkologie, Augen usw. doppelt vorgehalten?	11
Wird mit dem ÖPP-Modell zur baulichen Sanierung der gesamte Sanierungsbedarf am UKSH abgedeckt?	11
Hat die Landesregierung geprüft, was der Bau auf der „grünen Wiese“ kostet? Wenn ja, auf welcher Grundlage wurde dies berechnet?	12
Wurde das MSGFG Im Verfahren eingebunden?	13
Die Rechnungshöfe von Bund und Ländern haben in einem gemeinsamen Erfahrungsbericht festgestellt, dass ÖPP kein Ersatz für konventionell nicht finanzierbare Projekte sein darf. Trifft dies auf das UKSH-ÖPP zu?	13
Wie wird sichergestellt, dass das ÖPP-Verfahren nicht eine „zweite Elbphilharmonie“ wird?	14
II. Fragen zum ÖPP-Modell und zur Wirtschaftlichkeitsuntersuchung	15
Welche Qualität hat der Plan B Plus?	15
Warum wird das ursprüngliche geplante Investitionsvolumen von 380 Mio. € überschritten?	15
Gibt es einen sachlichen Zusammenhang zwischen dem Deckel des Plan B (380 Mio. €) und der Effizienzrendite?	15
Warum ist die konventionelle Bauweise (PSC) teurer als die ÖPP-Variante?	16
Warum übersteigen die Angebote der Bieter den zuvor gesteckten finanziellen Rahmen? Ist dies in einem wettbewerblichen Dialog überhaupt zulässig?	16
Warum sind PSC und Bieterangebote trotz baulicher Unterschiede vergleichbar?	17
Warum baut das Land nicht selbst nach Vorlage der Bieterangebote? Was würde das Land dann sparen (25% Finanzierung über Partner)?	18

Welche Bauzeiten liegen dem PSC und dem bevorzugtem Bieterangebot zugrunde? .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
Was bekommt man baulich für das Geld? Trägt sich der Bau wirklich selbst? .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
Wie erfolgte die Bewertung der Angebote bezogen auf den Bau - nach objektiven oder subjektiven Bewertungskriterien? .....	18
Auf Basis welcher Grundlagen hat das MBW den beantragten Raumbedarf geprüft? .....	18
Was beinhalten die Energieoptionspakete? .....	19
Wie wirken sich die Energieoptionspakete auf die Wirtschaftlichkeit aus? .....	19
Wie wird es ermöglicht, dass das Land rechtzeitig Haushaltsvorkehrungen dort trifft, wo Landesmaßnahmen kurzfristig aus Schnittstellen zum ÖPP notwendig werden? .....	20
Würden bei einer konventionellen Realisierung mittelständische schleswig-holsteinische Bau- und Handwerksunternehmen profitieren? .....	20
III. Fragen zur Effizienzrendite .....	20
Was ist die Effizienzrendite? .....	20
Woraus ergibt sich die Effizienzrendite? .....	21
Welche Annahmen liegen der Berechnung der Effizienzrendite zugrunde? .....	22
Was deckt die Effizienzrendite ab? .....	24
Wie sicher ist die Effizienzrendite? .....	25
IV. Fragen zum Personal .....	25
Wodurch und wie viele Stellen sollen durch die baulichen Maßnahmen eingespart werden? .....	25
Gibt es einen Stellenabbauplan? .....	26
Welche Veränderungen der Arbeitsbedingungen resultieren aus dem Stellenabbau für das verbleibende Personal? Vermehrte Schichtdienste? .....	28
Wie wirken sich der Personalabbau und der veränderte Betreuungsschlüssel in der Pflege auf die Betreuung der Patienten aus? ..	29
Welche Auslastung der OPs liegt der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung zugrunde? Was bedeutet das für das OP-Personal (Ärzte, Pflege, Reinigung); Schichtdienst? .....	30
V. Fragen zum Betreiberentgelt .....	30

Wie hoch ist der in der ÖPP-Rate Nutzungsentgelt) enthaltene Anteil für Bewirtschaftung? Wie hoch sind die Ausgaben für Bewirtschaftung im ÖPP-Modell im Vergleich zu den letzten 3 – 5 Jahren? .....	30
Welche Risikoauflage gibt es bei den Bietern? .....	31
Sind mit den Entgelten sämtliche Risiken abgegolten? Wenn nein, welche Risiken trägt das UKSH? .....	31
VI. Fragen zur Risikoverteilung und zum Controlling.....	31
Welche Risiken verbleiben beim Land / UKSH? .....	31
Wie hoch ist der vermutete Schadensersatz bei Aufhebung des Verfahrens? Besteht ein rechtlich zweifelsfreier Anspruch? ... <b>Fehler!</b> <b>Textmarke nicht definiert.</b>	
Wie hoch sind die Controlling-Kosten im UKSH beim ÖPP-Verfahren? .....	34
Werden seitens des UKSH für diese Aufgaben Externe beschäftigt (Berater)? .....	34
Wird von Seiten des Landes ebenfalls ein Kontrollgremium eingesetzt werden? .....	35
VII. Fragen zu den finanziellen Auswirkungen beim UKSH sowie auf den Landeshaushalt.....	36
Wie wirkt sich das Verfahren auf den Landes-HH aus? .....	36
Wie werden zukünftig Folgemaßnahmen – Bau aus Großgerätebeschaffungen finanziert? .....	36
Ist die Annahme von 160 Mio. € für FuL noch sachgerecht? .....	36
Wie hoch sind die Vorkehrungen in der MFP bzgl. FuL? .....	36

### Fragen zur baulichen Sanierung des UKSH - Einführung

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) weist seit langem einen hohen baulichen Sanierungs- und Investitionstau auf. Zur Sicherstellung der medizinischen Maximalversorgung in Schleswig-Holstein ist es erforderlich, dass dieser Sanierungs- und Investitionstau zeitnah mit entsprechenden Baumaßnahmen behoben wird. Dies gilt ebenso zur Aufrechterhaltung einer hohen Qualität des Medizinstudiums, der ärztlichen Ausbildung sowie der Forschung für eine universitäre Spitzenmedizin.

Nach der Fusion der beiden Klinika im Jahr 2003 wurden erstmals im Jahr 2008 jeweils für beide Standorte Sollkonzeptionen nach methodisch und konzeptionell vergleichbaren Kriterien aufgestellt und darauf aufbauend unter Federführung der GMSH der bauliche Masterplan für das UKSH 2008 erstellt.

Neben dem primären Ziel - der Verbesserung der medizinischen Versorgung - lagen dem Masterplan folgende Ziele zugrunde:

- Verbesserung des Standards und Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit durch Schaffung von Expansionspotenzialen,
- Zukunftsorientierte Ausrichtung auf demografischen Wandel und medizinischen Fortschritt,
- Vermeidung von Doppelvorhaltungen von Ressourcen und damit Hebung von Einsparpotenzialen durch Effizienzsteigerungen,
- Stilllegung von Altbauten mit hohem Sanierungstau.

Bei der Festlegung der medizinisch-pflegerischen und baulich-funktionellen Standards im Masterplan fanden besonders die erarbeiteten Leitlinien für die Krankenversorgung sowie für Forschung und Lehre Berücksichtigung, die im Einvernehmen zwischen UKSH, den beiden medizinischen Fakultäten sowie der GMSH im so genannten Medizinischen Strukturkonzept aus dem Jahr 2008 festgeschrieben worden sind.

Das erforderliche Investitionsvolumen des baulichen Masterplans wurde auf rund 1,1 Mrd. € ermittelt. Es erfolgte eine Fortschreibung des Masterplans unter der Prämisse einer Investitionsobergrenze von 700 Mio. €.

Um zu überprüfen, ob neben der konventionellen Umsetzung ggf. eine Lösung mit einem privaten Partner vorteilhafter wäre, wurde der bauliche Masterplan unter Heranziehung des Medizinischen Strukturkonzeptes erneut überarbeitet. Es erfolgte eine Herauslösung der Bauten für Forschung- und Lehre, so dass nur noch die Krankenversorgung (KV) - mit einem Mindestansatz des für ein Universitätsklinikum erforderlichen Flächenbedarfs an patientennaher Forschung und Lehre (FuL) - betrachtet wurde. Die Investitionen in der Krankenversorgung wurden auf solche Maßnahmen konzentriert, die durch ihre Effizienzrendite bei gleichzeitiger Umsetzung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sanierung eine „Finanzierung durch das UKSH aus eigener Kraft“ ermöglichen sollten. Das Ergebnis, ein Investitionsvolumen von geschätzt 380 Mio. € (338 Mio. € KV zzgl. 42 Mio. € Infrastruktur etc.), wurde im so genannten „Plan B“ festgeschrieben. Die Hochschulbauten für Forschung und Lehre am Klinikum werden seither in einem gesonderten Paket in Höhe von 160 Mio. € betrachtet.

Im Jahr 2011 wurde ein Markterkundungsverfahren mit dem Ziel eingeleitet, informell zu erkunden, welches Modell für das Gewinnen eines privaten Investors die größten Vorteile und zugleich die besten Realisierungschancen bietet. Auf der Grundlage der aus diesem Markterkundungsverfahren gewonnenen Erkenntnisse wurde anschließend im Mai 2012 ein Vergabeverfahren mit der Vergabeart des Wettbewerblichen Dialogs zur baulichen Sanierung des UKSH in einer öffentlich-privaten-Partnerschaft (ÖPP) gestartet.

Ziel des Wettbewerblichen Dialogs ist die Herstellung und Verfügbarkeit der zur Optimierung der Prozesse der Krankenversorgung nötigen baulichen Strukturen. Die erforderlichen umfangreichen Neubau- und Sanierungsmaßnahmen sollen durch einen privaten Partner erbracht werden. Dem privaten Partner würden hierbei Planung, Bau sowie anteilig Finanzierung und Betrieb der zu errichtenden und zu sanierenden Immobilien langfristig übertragen werden. Eigentümer der Gebäude bliebe das Land Schleswig-Holstein.

Wesentliches Merkmal dieses Vergabeverfahrens ist es, dass die sich aus den Prozessoptimierungen ergebenden Einsparungen (Effizienzrendite) die alleinige Finanzierungsquelle der Bauinvestitionen darstellen. Den Zuschlag können demnach nur Lösungen erhalten, bei denen im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung die vollständige Refinanzierung der Investitionssumme (absolute Maßnahmenwirtschaftlichkeit) bestätigt wird. Darüber hinaus muss sich die Lösung auch im Vergleich zur konventionellen Beschaffungsvariante wirtschaftlicher darstellen (relative Maßnahmenwirtschaftlichkeit). Letzteres ist auch die Vorgabe nach § 7 LHO.

Im Laufe der Dialogphasen hat sich herausgestellt, dass mehrere Anpassungen für eine wirtschaftliche Umsetzung sachgerecht sind, u.a.:

- Erweiterung des Bauvolumens, um ein von Beginn an konzeptionell durchdachtes Zentralklinikum an beiden Standorten zu erhalten und so auch weitere Effizienzpotentiale heben zu können.
- Keine 100% Fremdfinanzierung, sondern 75 % Beistellung durch Kreditaufnahme beim UKSH zur Ausnutzung der Niedrigzins-situation.

Im März 2014 erfolgte die Angebotsaufforderung an die Teilnehmer des Dialogs. Die Angebotsfrist endete am 6. Mai 2014.

Die eingereichten Angebote wurden auf ihre Auswirkungen auf die Unternehmensentwicklung des UKSH und der Erfüllung der Zielvorgaben überprüft und bewertet sowie im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung die absolute und relative Maßnahmenwirtschaftlichkeit geprüft.

Unter den in diesem Sinne wirtschaftlichen Angeboten erfolgte die vergleichende Bewertung und Auswahl des wirtschaftlichsten Angebots anhand der im *Verfahrensbrief* / vom August 2012 festgeschriebenen Zuschlagskriterien und Gewichtungen:

1. Barwert der Entgelte aller an den Auftragnehmer während der Laufzeit zu leistenden Zahlungen [65%]
2. Effizienzrendite [10%]
3. Qualität und Gestaltung des Baus [10%]
4. Qualität des Betriebs (Gebäudemanagement) [10%]
5. Risikostruktur (Vertragsbedingungen, Finanzierungs- und Sicherheitskonzept) [5%]

Bei Vorbereitung und Durchführung des Vergabeverfahrens wurde das UKSH von fachkundigen externen Beratern in technischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht begleitet. Das UKSH hat anlassbezogen die Investitionsbank Schleswig-Holstein und die GMSH konsultiert.

Das Land hat den Prozess nicht nur über den Aufsichtsrat des UKSH, sondern auch durch die Installation von Berichtsprozessen seitens der zuständigen Ministerien kritisch begleitet. In diesem Zusammenhang erfolgte eine zusätzliche Prüfung der durch die *Partnerschaften Deutschland ÖPP Deutschland AG (PD)* zusammen mit dem UKSH vorgenommenen Wirtschaftlichkeitsuntersuchung und durch einen unabhängigen Gutachter im Auftrag des Finanzministeriums. Zudem wurde der dem ÖPP-Verfahren zugrundeliegende und vom UKSH und seinen Rechtsberatern verhandelte Projektvertragsentwurf im Auftrag des Ministeriums für Bildung und Wissenschaft (MBW) von einem externen Berater in Hinblick auf die Risikoverteilung zwischen dem UKSH einerseits und der Bietergemeinschaft andererseits mehrfach überprüft.

#### Ablauf der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung:

Die durch *PD* zusammen mit dem UKSH vorgenommene Wirtschaftlichkeitsuntersuchung der Bieterangebote wurde in einem zweistufigen Verfahren durchgeführt:

In der ersten Stufe erfolgte die Überprüfung der absoluten Maßnahmenwirtschaftlichkeit. Gegenstand der Prüfung war, abgeleitet aus der Auftragsbekanntmachung, die alleinige Refinanzierung der geplanten Investitionen aus der Effizienzrendite.

In der zweiten Stufe erfolgte die Prüfung der relativen Maßnahmenwirtschaftlichkeit. Hier wurden die beiden Bieterangebote miteinander verglichen und den Kosten für eine konventionelle Realisierung, dem sogenannten Public Sector Comparator (PSC), gegenübergestellt.

Der PSC stellt die Summe aller geschätzten Kosten und Erlöse während des Betrachtungszeitraums, die für die konventionelle Beschaffungs- und Finanzierungsvariante anfallen, dar.

Grundlage der Baukostenermittlung für den PSC ist der aus dem Plan B entwickelte Plan-B-Plus. Die ursprüngliche Investitionssumme des Plan B (338 Mio. € - ohne Infrastrukturkosten von 42 Mio. €) wurde zunächst hinsichtlich der in der Zwischenzeit gestiegenen Baupreise aktualisiert und präzisiert, in dem die Baukosten nach der so genannten Kosten-Flächen-Arten-Methode (KFA-Methode)<sup>1</sup> ermittelt wurden. Darüber hinaus sind die Erkenntnisse des Wettbewerblischen Dialogs eingeflossen, um eine Vergleichbarkeit mit den eingereichten Angeboten zu ermöglichen. Durch die Berücksichtigung dieser erforderlichen Neubaumaßnahmen und unter Berücksichtigung der üblichen Preissteigerungen von 2% im Bauablauf, belaufen sich die Gesamtojektkosten (brutto) des Plan-B-Plus auf insgesamt 561,4 Mio. €.

---

<sup>1</sup> Die KFA-Methode wurde von der Staatlichen Bauverwaltung Baden-Württemberg entwickelt. Mit dieser Methode werden im Rahmen der Kostenermittlung die Kosten von Hochbauten entsprechend ihrer Flächen und Nutzungsarten gegliedert.

Die Finanzierungskosten des PSC werden anhand der Konditionen ermittelt, die sich im Laufe des Finanzierungswettbewerbs für die 75%ige Beistellung des UKSH als realisierbar gezeigt haben. Eine endgültige Festlegung der Finanzierungsbedingungen für den PSC erfolgt nach Vorliegen der verbindlichen Angebote im Finanzierungswettbewerb nach dem 22. August 2014.

Die Effizienzrendite wird ermittelt aus den so genannten Expansions- und Effizienzpotenzialen. Die für die Berechnungen zugrunde gelegten Annahmen wurden im Vorwege von der *Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO* in Zusammenarbeit mit deren Kooperationspartner *PHC - Partner in Health Care GmbH* im Rahmen eines gesonderten Auftrages plausibilisiert und geprüft. Die angenommenen Effekte wurden nach Art und Umfang grundsätzlich als realistisch und die Planung der Expansionspotenziale als realistisch und sachgerecht eingeschätzt.

Die Expansionspotenziale stellen jährliche Ergebnisverbesserungen im Sinne von zusätzlichen Deckungsbeiträgen dar. Die Ergebnisverbesserungen spiegeln sich in der Entwicklung der Fallzahlen, des Case Mix Indexes (Schweregrad der Behandlungen) und der Verweildauer wider und basieren auf den angenommenen Effekten des demografischen Wandels und der erhöhten Wettbewerbsfähigkeit durch die baulich-funktionellen Strukturverbesserungen.

Die Einspar- bzw. Effizienzpotenziale, die im Bereich der Sach- und Personalausstattung aufgrund der baulich-funktionellen Strukturverbesserung sowie der Verweildauerreduktion erzielt werden sollen, wurden für sieben Schwerpunktbereiche quantifiziert:

1. Zentrale Notaufnahme mit zugeordneter Aufnahmestation
2. Ambulanzzentrum
3. Normalpflegebereich
4. Intensivpflegebereich
5. OP-Bereiche
6. Funktionsdiagnostik
7. Transportbereich.

Für die Berechnung der Betriebskosten des PSC wurden die Jahresdaten 2012 aus dem Controlling und dem Rechnungswesen des UKSH entnommen und auf den Leistungsumfang bezogen auf die Soll-Flächen des PSC umgerechnet.

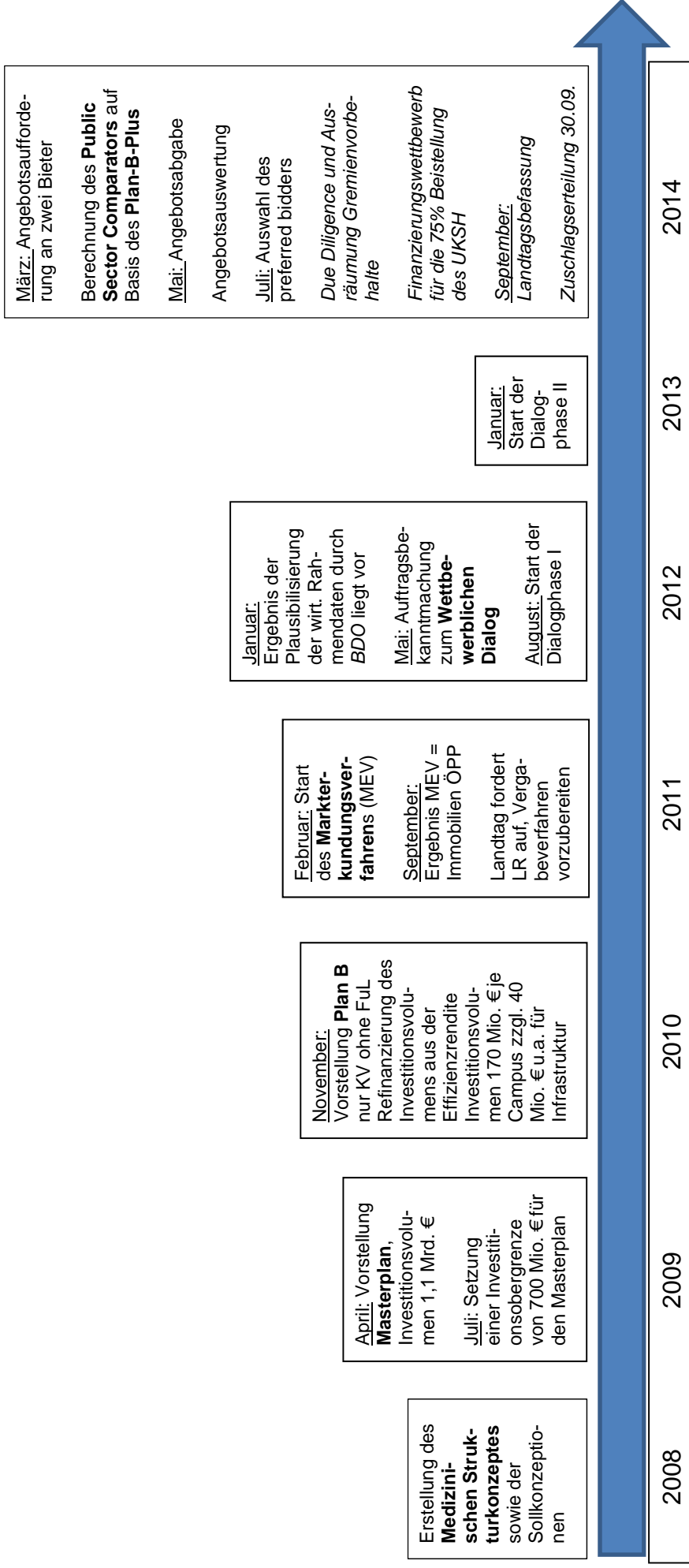
Die Instandhaltungs- und Erneuerungskosten werden im Hinblick auf den bestehenden Investitionsstau und aufgrund der Tatsache, dass in den vergangenen Jahren erhebliche Defizite in diesem Bereich vorlagen, über einen Sollkostensatz der KFA-Methode ermittelt. Die Prüfung der absoluten und relativen Maßnahmenwirtschaftlichkeit der Angebote erfolgt nach der Kapitalwertmethode. Hierfür werden die jeweiligen Zahlungsströme der unterschiedlichen Realisierungsvarianten auf einen einheitlichen Bezugszeitpunkt (September 2014) abgezinst, so dass der Barwert der Zahlungen berechnet wird. Basis der Barwertberechnung für Planung, Bau und Finanzierung sind die Gesamtinvestitionskosten zuzüglich der Finanzierungskosten. Der Barwert der absoluten Maßnahmenwirtschaftlichkeit ergibt sich somit aus dem Barwert der Effizienzrendite abzüglich des Barwertes für Planung, Bau und Finanzierung. Nach weiterem



Abzug des Barwertes für Betriebs- und Instandhaltungskosten kommt der Barwert heraus, der zur Prüfung der relativen Maßnahmen-wirtschaftlichkeit im Vergleich zur konventionellen Beschaffungsvariante verwendet wird.

Die aufgezeigten Prüfungen haben die Wirtschaftlichkeit der eingereichten Angebote bestätigt, die angewandten Methoden als korrekt und die Annahmen als plausibel bescheinigt sowie eine sachgerechte Risikoverteilung zwischen dem UKSH / Land und dem privaten Partner belegt.

Am 15.07.2014 wurde – nach Befassung des Kabinetts und nach Beschluss des Aufsichtsrats des UKSH – auf der Basis der Angebotsauswertung nach den oben genannten Zuschlagskriterien das wirtschaftlichste Angebot ausgewählt. Mit dem wirtschaftlichsten Anbieter („Preferred Bidder“) läuft derzeit die „Due Diligence-Phase“, in welcher die für die Finanzierung des 25 %-Anteils auf der privaten Seite zuständigen Banken das Projekt prüfen und die erforderlichen Klärungen herbeigeführt werden. Betreffend die 75 %-Beistellungsfinanzierung hat das UKSH einen europaweiten Finanzierungsettbewerb unter Einbindung der Europäischen Investitionsbank eingeleitet, um die besten Finanzierungsstrukturen und Konditionen auswählen zu können. Im Anschluss an die Landtagsfassung und Abschluss der Due Diligence-Prüfung ist vorgesehen, dass der Aufsichtsrat des UKSH über die Zuschlagserteilung befindet. Nach Durchführung der vergaberechtlich vorgeschriebenen Verfahrensschritte wird die Zuschlagserteilung durch den Vertragsabschluss vollzogen. Gleichzeitig mit dem Financial Close am 30. September 2014 werden die Finanzierungsverträge abgeschlossen.



Nr.	Frage	Antwort
<b>I. Fragen grundsätzlicher Art</b>		
1	Welche grundsätzliche Notwendigkeit besteht für die bauliche Sanierung des UKSH?	<p>Die Bausubstanz des UKSH hat sich seit ca. 100 Jahren entwickelt. In einem dementsprechenden Zustand befinden sich große Teile von Gebäuden und Infrastruktur. Z. B. befinden sich die Kopfkliniken wie die Hals-, Nasen und Ohrenklinik (HNO) und die Augenklinik in Lübeck in Lazarettbaracken von 1936.</p> <p>In Kiel befindet sich die Innere Medizin in einem Marinelazarett, das vor dem Zweiten Weltkrieg erbaut wurde. Im Bereich der Radiologie, der Augenklinik und der Alten Chirurgie gibt es Gebäude- und Technikkonfigurationen, die einen angemessenen Klinikbetrieb nicht mehr erlauben.</p> <p>Damit ist ein Großteil der Gebäude nicht mehr unter klinischen und wirtschaftlichen Aspekten zu betreiben.</p> <p>Bei „neu“ gebauten Gebäuden, z. B. dem in den 80er Jahren errichtete Zentralklinikum in Lübeck, kann davon ausgegangen werden, dass die technische Gebäudeausrüstung alle 25 Jahre grundlegend sanierungsbedürftig ist. Im Übrigen können mit einer baulichen Sanierung nicht die aus den bestehenden Pavillonstrukturen resultierenden generellen Strukturprobleme gelöst werden, die sich aus den heutigen Anforderungen an eine effiziente Medizinorganisation und ein qualifiziertes Case-Management auf Basis interdisziplinärer Fachkompetenz ergeben.</p>
2	Wie werden Krankenhäuser üblicherweise gefördert und warum geht man beim UKSH einen besonderen Weg?	<p>Die Förderung von in den Krankenhausplan des Landes aufgenommenen Krankenhäusern nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) basiert auf dem Prinzip der dualen Finanzierung, bei der die Investitionsfinanzierung als öffentliche Aufgabe aus Haushaltsmitteln erfolgen soll.</p> <p>Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden, sind nach § 5 KHG für eine Förderung nach dem KHG ausgeschlossen</p>
3	Wie ist die Unterstützung des Landes beihilferechtlich zu bewerten?	<p>Das Land unterstützt das Projekt nicht durch haushaltsrelevante Zahlungen, Bürgschaften oder Garantien. Die Finanzierung erfolgt durch das UKSH selbst. Maßgeblich ist die unabhängig von diesem Projekt seit langem bestehende gesetzliche Gewährträgerhaftung. Nach Auffassung des Landes ist diese ein beihilferechtlich neutraler Ausgleich für die öffentlichen Aufgaben des UKSH.</p>

Nr.	Frage	Antwort
4	Sind zwei Universitätskliniken in Schleswig-Holstein notwendig?	Die politische Diskussion über die Schließung eines Standortes ist auch im parlamentarischen Raum ausführlich geführt worden. Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass eine Teilschließung nicht im Interesse des Landes liegt. Im Rahmen der Neustrukturierung der Hochschulmedizin in Schleswig-Holstein setzt die Landesregierung aber auch auf eine engere Zusammenarbeit und verbesserte Abstimmung der beiden Standorte.
5	Warum werden in Kiel und in Lübeck Spezialkliniken, z.B. Gynäkologie, Augen usw. doppelt vorgehalten?	Für die Gewährleistung von Forschung und Lehre an beiden Standorten müssen grundsätzlich alle bisherigen Fachbereiche weiterhin aufrechterhalten werden. Die für die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten maßgebliche Approbationsordnung sieht für die Zulassung zur Ärztlichen Prüfung u.a. Leistungsnachweise in den Fachbereichen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Augenheilkunde sowie in weiteren 20 Fächern vor. Es handelt sich mithin um Pflichtbestandteile eines Medizinstudiums, die durch Professuren und klinische Praxis abgedeckt werden. Diese Spezialkliniken erfüllen darüber hinaus wichtige Versorgungsaufgaben im Rahmen der Krankenversorgung. Das UKSH hat den Auftrag zur Maximalversorgung, die von keinem anderen Klinikum in Schleswig-Holstein wahrgenommen wird. Neben der stationären Versorgung in Spezialgebieten und Schwerpunkten gewährleisten die Ambulanzen in doppelter Hinsicht die Versorgung: Sie sind zu jeder Zeit erreichbar und bieten in allen schwierigen Fällen eine forschungsbasierte Spitzenmedizin. Beide Campus, besonders Lübeck, sind stark in die Regelversorgung eingebunden; eine Analyse der Einzugsgebiete zeigt, dass es dabei praktisch keine Überlappungen gibt.
6	Wird mit dem ÖPP-Modell zur baulichen Sanierung der gesamte Sanierungsbedarf am UKSH abgedeckt?	Mit der Umsetzung des medizinischen und baulich-funktionellen Strukturkonzeptes wird eine Zentralisierung angestrebt mit Überführung der Pavillonstrukturen in Zentralkomplexe; in Lübeck erfolgt der Endausbau des Zentralklinikums, in Kiel entsteht ein Zentralkomplex um den Neubau des sog. Roter-Platz-Baus, in den auch Bestandsbauten eingebunden sind. Durch die mit dem Zentralisierungskonzept verbundene Stilllegung von strukturschwachen Bestandsbauten entfallen hier die von Jahr zu Jahr steigenden Sanierungskosten. In den eingebundenen Bestandsbauten sind strukturelle Anpassungen und Sanierungen erforderlich, die Bestandteil des ÖPP-Modells sind. Bestimmte Maßnahmen werden vorgezogen und außerhalb des ÖPP-Modells finanziert. Dazu gehören die Sanierung des bestehenden Zentral-OP (ZOP) und die Schaffung einer interdisziplinären Notaufnahme in Kiel, ein Neu-

Nr.	Frage	Antwort
7	<p>Hat die Landesregierung geprüft, was der Bau auf der „grünen Wiese“ kostet? Wenn ja, auf welcher Grundlage wurde dies berechnet?</p>	<p>bau (Anbau an das ZKL) der Frauenklinik in Lübeck sowie die Sanierung der Stations- und Zentralküchen an beiden Standorten. Darüber hinaus sind neben den ÖPP-Maßnahmen weitere Sanierungsmaßnahmen an Bestandsgebäuden (Umfang ca. 100 Mio. €) und Infrastrukturmaßnahmen (Umfang ca. 76 Mio. €) erforderlich.</p> <p>Das Land hat unter Anführung unterschiedlicher Berechnungsmethoden den „Bau auf der grünen Wiese“ bei gleichen Voraussetzungen geprüft. Alle Methoden führten unter Zugrundelegung des jetzigen Konzepts zum Teil zu erheblichen Mehrkosten gegenüber den vom FM in einer ganzheitlichen Betrachtung ermittelten Gesamtprojektkosten von ca. einer Milliarde €.</p> <p>Dabei ist anzuführen, dass die jetzt entwickelten Konzepte einem Neubau auf der „Grünen Wiese“ in Bezug auf die Effizienz in Lübeck zu 100 % und in Kiel zu über 90%, entsprechen, was die Umsetzung der jetzigen Planung im Verhältnis zu einem funktional optimal gestalteten Neubau auf der „Grünen Wiese“ anbelangt.</p> <p>Nachfolgende Berechnungsvarianten wurden vom FM für die Vergleichsvariante auf der „Bau auf der grünen Wiese“ herangezogen. Zu berücksichtigen ist dabei grundsätzlich, dass alle Varianten noch keine Kosten für den Grundstückserwerb enthalten.</p> <p><b>1. Berechnung nach Kostenflächenarten</b></p> <p>Um bundesweit zu einer Vereinheitlichung der Festlegung eines sog. Kostenrahmens zur Entscheidung zwischen unterschiedlichen Baukonzepten zu kommen, wurde federführend vom Land Baden – Württemberg die sog. KFA-Methode entwickelt. Hier werden Kosten für Flächenarten von 1-9 im Hochbau und 10 – 13 übergeordnet festgelegt. Mit Flächenarten sind Flächenansätze unterschiedlicher Gebäudekategorien gemeint, wie z.B. Verwaltungsflächen, Wohnraumnutzung, Laborflächen, medizinisch genutzte Flächen.</p> <p>Die in den Planungen vorgesehenen Flächen werden diesen Flächenarten zugeordnet, so dass es eine gemittelte Zahl der Flächenarten gibt, diese wird dann mit den angeführten Kosten hochgerechnet.</p> <p>Diese Berechnung ergibt Gesamtkosten für das komplett umzusetzende Programm von ca. 1,6 Milliarden € im Vergleich zu den genannten Programmkosten des ganzheitlichen Kon-</p>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>zeptes in Höhe von rund einer Milliarde €.</p> <p><b>2. Berechnung nach dem 35. Hochschulrahmenplan</b>            Da die KFA-Methode häufig dahingehend kritisiert wird, dass sie in den „niederpreisigen“ Gebieten der Republik zu hohe Ansätze ergeben würde, wurden die Ansätze der „Grünen Wiese“ mit den Werten aus dem 35. Hochschulrahmenplan hochgerechnet.            Der Hochschulrahmenplan war die früher verbindliche Festlegung des Bundes, mit welchen Summen Hochschulbauten der Länder bezuschusst wurden, wobei diese Werte wiederum als niedrig anzusehen sind.            Der Bund schrieb diese Werte bis 2009 fort. Auf dieser Basis wurden sie jetzt zur Berechnung der Maßnahmen auf der „Grünen Wiese“ indexiert.            Die Berechnung der Baumaßnahmen auf der „Grünen Wiese“ ergibt auf der Basis der Werte des indexierten 35. Hochschulrahmenplans eine Gesamtsumme in Höhe von 1,43 Milliarden €. Diese Summe liegt höher als die vom FM ermittelten Projektkosten in Höhe von rund einer Milliarde €.</p> <p><b>3. Berechnung nach Zeitwert und Wiederherstellungskosten</b>            Als dritte Variante können noch Zeitwert und Wiederherstellungswert zum Vergleich der Kostenentwicklung herangezogen werden.            Die GMSH hat die sog. Wiederherstellungswerte für die in Rede stehenden Gebäude auf der Basis der Neubauertermittlung Stand 1913 fortgeschrieben.            Danach erreichen die dem Programm vergleichbaren Wiederherstellungswerte eine Summe von 1,94 Milliarden €, der Zeitwert aller zu berücksichtigenden Gebäude beträgt 1,4 Milliarden €.</p>
8	Wurde das MSGFG im Verfahren eingebunden?	Das MSGFG wurde kontinuierlich eingebunden, nicht zuletzt über das Aufsichtsratsmandat von Frau Staatssekretärin Langner.
9	Die Rechnungshöfe von Bund und Ländern haben in einem gemeinsamen Erfahrungsbericht festgestellt, dass ÖPP kein	<p>„Die Konferenz der Präsidentinnen und Präsidenten der Rechnungshöfe am 3./4. Mai 2006 in München hat wesentliche Grundsätze im Umgang mit ÖPP-Projekten beschlossen, die bei jeder ÖPP-Entscheidung zu beachten sind, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ÖPP-Projekte, die sich die öffentliche Hand konventionell finanziert nicht leisten kann,</li> </ul>

Nr.	Frage	Antwort
	<p>Ersatz für konventionell nicht finanzierbare Projekte sein darf. Trifft dies auf das UKSH-ÖPP zu?</p>	<p>darf sie sich ebenso wenig alternativ finanziert leisten. Bei ÖPP-Projekten treten laufende Zahlungsverpflichtungen aus Projektverträgen an die Stelle von Zins- und Tilgungslasten und belasten künftige Haushalte in gleicher oder ähnlicher Weise.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Wirtschaftlichkeit eines ÖPP-Projekts muss in jedem Einzelfall und über die gesamte Laufzeit hinweg (Lebenszyklusansatz) nachgewiesen sein. „</li> </ul> <p>Die Notwendigkeit der Baumaßnahmen am UKSH zur Sicherstellung der Maximalversorgung sowie u. a. der Ausbildung der Medizinstudenten ist unumstritten. Um zu überprüfen, ob neben der konventionellen Umsetzung ggf. eine Lösung mit einem privaten Investor vorteilhafter wäre, wurde der bauliche Masterplan unter Heranziehung des Medizinischen Strukturkonzeptes überarbeitet.</p> <p>Durch das Markterkundungsverfahren wurde nach der bestmöglichen Umsetzung der erforderlichen Baumaßnahmen und dem bestmöglichen Modell gesucht. Hierbei hat sich das Immobilien-ÖPP-Verfahren herauskristallisiert. Im Rahmen des Wettbewerblchen Dialogs wurden dann der Umfang und die Ausgestaltung unter wirtschaftlichen Aspekten mit mehreren Bietern beleuchtet und am Schluss das wirtschaftlichste Angebot ausgewählt. Dieses stellt sich im Vergleich zum konventionellen Vergleichswert (PSC) als wirtschaftlicher dar. Wäre die Wirtschaftlichkeitsuntersuchung zugunsten der konventionellen Umsetzung ausgefallen, hätte das Land diese auch umgesetzt.</p>
10	<p>Wie wird sichergestellt, dass das ÖPP-Verfahren nicht eine „zweite Elbphilharmonie“ wird?</p>	<p>Eine unvollständige oder zu knapp kalkulierte Planung erfordert häufig bei öffentlichen Großprojekten diverse Nachträge, die zu erheblichen Kostensteigerungen führen. Der Vorteil des ÖPP-Verfahrens am UKSH ist es, dass es einen Generalunternehmer hat, der für Planung und sämtliche Bauten die Verantwortung trägt.</p> <p>Beim UKSH können Nachträge nur mit Zustimmung des Vorstandes beauftragt werden. Der Vorstand hat bereits einen Controlling-Prozess implementiert.</p> <p>Aus Sicht des Landes ist es erforderlich, die Bau- und Betriebsphase des avisierten ÖPP-Verfahrens durch ein Expertenteam des Landes zu begleiten. Das Expertenteam unterstützt damit die Vertreter des Landes im Aufsichtsrat bei Ausübung ihrer zentralen Steuerungsfunktion, indem es Abweichungen von der beauftragten Leistung bewertet, hier insbesondere im Sinne eines effektiven Nachtragsmanagements sowie die Erwirtschaftung der Effizienzrendite überwacht. Dazu greift es nicht nur auf Informationen zu, die im Rahmen von</p>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>Aufsichtsratsbefassungen zur Verfügung gestellt werden, sondern auch auf solche, die aus Sicht der Aufsichtsratsmitglieder erforderlich sind, um ihrer Steuerungs- und Aufsichtsfunktion gerecht werden zu können. Das UKSH gewährt somit fortlaufend Informationen zu diesem Meilenstein-Projekt.</p>
<b>II.</b>	<b>Fragen zum ÖPP-Modell und zur Wirtschaftlichkeitsuntersuchung</b>	
11	<p>Welche Qualität hat der Plan B Plus?</p>	<p>Der Plan B entstand 2010 auf der Basis der baulichen Masterplanung der GMSH aus dem Jahre 2008 unter der Vorgabe, die Investitionskosten zu reduzieren. Dabei wurden Prioritäten nach Maßgabe der zu erwartenden Effizienzrenditen zugrunde gelegt. Einzelne Kliniken (insbesondere die Kliniken für Dermatologie, HNO und Augenheilkunde in Kiel und die Dermatologie in Lübeck) wurden nicht in das Zentralisierungskonzept einbezogen, stattdessen war vorgesehen, die jeweiligen Bestandsbauten zu konsolidieren. In Plan-B-Plus wurde das Zentralisierungskonzept analog dem ursprünglichen baulichen Masterplan der GMSH wieder erweitert, um die Vergleichbarkeit zu den Angeboten der Bieter herzustellen.</p>
12	<p>Warum wird das ursprüngliche geplante Investitionsvolumen von 380 Mio. € überschritten?</p>	<p>Die in der Auftragsbekanntmachung beschriebene maximale Investitionssumme stellte eine Richtgröße für den als Basis in den Dialog gegebenen Plan B dar, die auf Baupreisbasis 2010 kalkuliert war.</p> <p>Im Laufe des Wettbewerblichen Dialogverfahrens haben die Verhandlungspartner UKSH und private Bieter festgestellt, dass mehrere Anpassungen für eine wirtschaftliche Umsetzung sachgerecht und erforderlich sind, u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erweiterung des Bauvolumens, um ein von Beginn an medizinisch-konzeptionell durchdachtes Zentralklinikum an beiden Standorten zu erhalten und so auch weitere Effizienzpotentiale heben zu können.</li> <li>• Keine 100% Fremdfinanzierung, sondern 75 % Beistellung durch Kreditaufnahme beim UKSH zur Ausnutzung der Niedrigzinssituation.</li> </ul> <p>Durch diese Anpassungen bezogen auf die Art und den Umfang der baulichen Sanierung ist auch eine Erhöhung des Investitionsvolumens sachgerecht, sofern die Wirtschaftlichkeit weiter gegeben ist.</p>
13	<p>Gibt es einen sachlichen Zu-</p>	<p>Das Bauvolumen des Plan B wurde im Jahr 2009, fortgeschrieben 2010 unter generellen</p>



Nr.	Frage	Antwort
	<p>sammenhang zwischen dem Deckel des Plan B (380 Mio. €) und der Effizienzrendite?</p>	<p>restriktiven finanziellen Vorgaben unter der Prämisse aufgestellt, dass es aus der erwarteten Effizienzrendite heraus refinanzierbar war. Mittlerweile ist die Planung jedoch in vielerlei Hinsicht veraltet, was insbesondere der Wettbewerbliche Dialog gezeigt hat, und wird deshalb nicht mehr weiter verwendet. Insbesondere hat der Wettbewerbliche Dialog gezeigt, dass durch eine Vergrößerung des Bauvolumens weitere Effizienzpotenziale gehoben werden können, um das Projekt insgesamt wirtschaftlicher zu gestalten.</p>
14	<p>Warum ist die konventionelle Bauweise (PSC) teurer als die ÖPP-Variante?</p>	<p>Bei einer konventionellen Bauweise sind im Bereich der Errichtungskosten die Gesamtkosten (GOK) höher. Denn bei einer konventionellen Durchführung kann die Baurealisierung nur in Einzelgewerken ausgeschrieben werden. Demgegenüber erlaubt die ÖPP-Variante die Durchführung der geplanten Baumaßnahmen aus einer Hand. Das ermöglicht eine bessere Steuerung und zum Teil eine Überschneidung der einzelnen Bauabschnitte. Neben Standardisierungsvorteilen können dadurch bei dem ÖPP-Modell Skaleneffekte realisiert werden.</p> <p>Diese Vorteile einer gesamthaften Vergabe können durch eine konventionelle Realisierung nicht erreicht werden. Insbesondere verlängern sich durch die Vielzahl der Einzelvergaben die Bauzeiten, so dass die Effizienzrenditen der einzelnen Bauabschnitte erst später gezogen werden können.</p> <p>Dieser Vorteil der ÖPP-Variante kann nicht durch bessere Finanzierungsbedingungen der konventionellen Realisierungsvariante kompensiert werden, wie die Wirtschaftlichkeitsuntersuchung ergeben hat.</p>
15	<p>Warum übersteigen die Angebote der Bieter den zuvor gesteckten finanziellen Rahmen? Ist dies in einem wettbewerblichen Dialog überhaupt zulässig?</p>	<p>Vergaberechtlich besteht hier kein Problem, da der Dialog lösungsorientiert war. Der finanzielle Rahmen wurde gewahrt, da die Effizienzrendite die mit dem Projekt verbundenen zusätzlichen Kosten erwirtschaftet. Die Angebote beider Bieter erfüllen dieses Kriterium und zeigen sich als wirtschaftlicher im Vergleich zur konventionellen Vergleichsvariante.</p> <p>Maßgeblich für die Steigerung der Effizienzrendite war die hohe Qualität der eingereichten Lösungsvorschläge, die besser als der finanziell restriktive Planungsansatz des Plan B die aktuellen medizinischen und betriebsorganisatorischen Anforderungen an ein universitäres Krankenhaus abbilden.</p> <p>Ursachen für die Erhöhung des nominellen Betrags der Investitionskosten aus der Planungsrechnung des Plan B von 2009 (fortgeschrieben 2010) sind zudem:</p>

Nr.	Frage	Antwort
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baukostenindex Plan B aus dem Jahre 2010, zwischenzeitliche Baukostensteigerung für eine Realisierung in den Jahren 2015 bis 2020.</li> <li>• Übertragung des Baukostensteigerungsrisikos bis 2020 auf den Bieter, der das Risiko in seinen Entgelten einpreist</li> <li>• Sachgerechte Modifizierung des Leistungsumfangs (z.B. Aufstockung der Intensivkapazitäten)</li> <li>• Ausweitung der Neubauflächen gegenüber Sanierungsflächen (z.B. Neubau Derma/Augen/HNO in Kiel)</li> </ul> <p>Vor allem den letzten beiden Punkten liegt die Erkenntnis zugrunde, dass in einigen Bereichen noch erhebliche Rationalisierungspotenziale gehoben werden können, die in nicht unerheblichem Maß zur Refinanzierung des Projektes aus der Effizienzrendite beitragen. Zudem hat sich im Laufe des Verfahrens herausgestellt, dass bei manchen Gebäudeteilen aus brandschutztechnischen Gründen wegen gesteigerter Auflagen eine Sanierung nicht mehr sachgerecht ist und stattdessen zusätzliche Neubaumaßnahmen erforderlich wurden und unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten wirtschaftlicher sind.</p>
16	<p>Warum sind PSC und Bieterangebote trotz baulicher Unterschiede vergleichbar?</p>	<p>Sowohl der PSC als auch die Angebote der Bieter waren darauf ausgerichtet, durch die Schaffung der entsprechenden baulichen Struktur, die Umsetzung der „Fortschreibung des Medizinischen Strukturkonzepts (Plan B)“ zu ermöglichen. Somit war die inhaltliche outputorientierten Anforderung die gleiche, ohne aber konkrete Vorgaben hinsichtlich der baulichen Ausgestaltung zu machen. Der PSC als konventionelles Szenario basiert auf dem Plan B, der auf das Umsetzungskonzept der GMSH zurückgreift. Auf Basis dieser Blaupause ist der Wettbewerbliche Dialog gestartet. Zur Konkretisierung der im Plan B berücksichtigten Nutzeranforderungen wurden vom UKSH Outputspezifikationen formuliert, die die Bieter bei der Konzepterstellung zwingend berücksichtigen mussten. Folglich war der Ausgangspunkt für und die Anforderungen an alle Lösungsvorschläge deckungsgleich.</p> <p>Im Zuge des Wettbewerblichen Dialogs wurden im Laufe des Verfahrens effizientere, wirtschaftlichere und innovative Lösungsvorschläge entwickelt und verhandelt. Um eine Vergleichbarkeit der verbindlichen Angebote zum PSC zu gewährleisten, war es zwingend erforderlich, vergleichbare Leistungsumfänge und Qualitätsmaßstäbe zu unterstellen. Folglich musste der dem PSC zugrunde gelegte Plan B in einzelnen Positionen angepasst werden.</p>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>Bei dieser Fortschreibung zu Plan-B-Plus fanden Maßnahmen Berücksichtigung, die auf veränderten Bedarfen des auf Datenbasis 2012 aktualisierten Medizinischen Sollkonzepts fußten. Als Beispiele können hier die Bildung von Ambulanz-OPs oder die Aufstockung von Intensiv-Kapazitäten genannt werden. Abweichend hiervon wurden Innovationen aus dem wettbewerblichen Dialog, die ausschließlich auf Ideen einzelner Bieter zurückgehen, nicht auf den PSC übertragen, da diese bei einer konventionellen, gewerkeweisen Vergabe auch nicht erzielt worden wären.</p> <p>Grundlage für den PSC und die Bieterkonzepte ist das auf Datenbasis 2012 aktualisierte Medizinische Strukturkonzept.</p>
17	<p>Warum baut das Land nicht selbst nach Vorlage der Bieterangebote? Was würde das Land dann sparen (25% Finanzierung über Partner)?</p>	<p>Die vom erfolgreichen Bieter erstellte Angebotsplanung „abzukupfern“, wäre rechtlich unzulässig. Außerdem müsste die öffentliche Hand dann Planung und Bau nochmals neu aufschreiben, und zwar in einzelnen Gewerken, was nach Maßgabe der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung deutlich teurer käme. Zudem würden wirtschaftliche Vorteile aus dem Lebenszyklusansatz verloren gehen und der Instandhaltungsstandard deutlich schlechter werden. Die bei einer Eigenrealisierung durch das Land etwaigen günstigeren Finanzierungsbedingungen in Bezug auf die dann vom UKSH zusätzlich zu finanzierenden 25 % der Investitionskosten würden die längeren Bauzeiten und höhere Bau- und Betriebskosten nicht aufwiegen.</p>
18		
19		
20	<p>Wie erfolgte die Bewertung der Angebote bezogen auf den Bau - nach objektiven oder subjektiven Bewertungskriterien?</p>	<p>Die mit insgesamt 10 % gewichtete Qualität der Bauleistung wurde anhand von insgesamt zwölf Unterkriterien bewertet, die an objektive Eigenschaften des Angebots anknüpfen. Wie bei jeder Qualitätsbewertung gibt es einen subjektiven Einschlag, der rechtlich auch akzeptiert ist (Beurteilungsspielraum). Daher wurden die Bewertungsvorschläge der fachkundigen Berater intensiv mit dem UKSH diskutiert und der Vorschlag vor der Auswahlentscheidung im Aufsichtsrat auch mit dem Land erörtert.</p>
21	<p>Auf Basis welcher Grundlagen hat das MBW den beantragten Raumbedarf geprüft?</p>	<p>Grundlage war u.a. die Fortschreibung des Medizinischen Strukturkonzeptes aus dem Jahr 2008.</p> <p>Im zweiten Halbjahr 2008 erhielt die GMSH vom Land Schleswig- Holstein den Planungsauftrag für einen umfassenden Masterplan für das UKSH. Die zukünftige bauliche Ausrichtung</p>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>zung des UKSH sollte sich dabei nach einem medizinischen Bedarfskonzept richten, das durch Zentralisierung und Abbau von Fehlflächen eine möglichst hohe Effizienzsteigerung ergeben sollte. Diese Effizienzsteigerung sollte im Ergebnis des Masterplans nachgewiesen werden.</p> <p>Nach Durchführung eines wettbewerblichen Auswahlverfahrens durch die GMSH wurde das ausgewählte Planungsunternehmen PGMM damit beauftragt, medizinische Strukturen festzulegen und damit den Krankenhausplan des Sozialministeriums sowie die Gesamtentwicklung der Krankenhauslandschaft in Schleswig- Holstein zu berücksichtigen.</p> <p>Die GMSH stellte im Dezember 2008 die Ergebnisse als sog. medizinisches Strukturkonzept dem zuständigen Bedarfsträger, dem Wissenschaftsministerium, vor. Das FM wurde als Fachaufsicht der GMSH eingebunden. Das vorgelegte medizinische Strukturkonzept wurde vom Wissenschaftsministerium als Bedarfgrundlage für den baulichen Masterplan anerkannt. Es wurde an das Sozialministerium übersandt, um dieses Ressort in die weitere Entwicklung einzubinden. In der Folge wurden Workshops veranstaltet, in denen die GMSH dem Wissenschaftsministerium, dem Sozialministerium, dem UKSH und dem FM die Plannungen darlegte. Der abschließende Workshop fand am 15.06.2009 unter Beteiligung der Staatssekretäre des Wissenschafts- und des Sozialministeriums statt.</p>
22	Was beinhalten die Energieoptionspakete?	<p>Zur Verbesserung der Nachhaltigkeit und Optimierung der Energieeffizienz wurden die Bieter aufgefordert, zwei Optionspakete anzubieten. Das erste Optionspaket soll der Optimierung der Energieversorgung und Energieeffizienz in den Neubauten dienen. Das zweite Optionspaket soll die energetische Optimierung der Bestandsgebäude enthalten.</p>
23	Wie wirken sich die Energieoptionspakete auf die Wirtschaftlichkeit aus?	<p>Den Energieoptionspaketen liegt die Annahme zugrunde, dass sich die Investitionsmehrkosten durch geringere Betriebskosten mindestens aufheben.</p> <p>Entsprechend der Verfahrensregeln für Optionen im Verfahrensbrief I wurden im Rahmen der WU wie bei der Angebotswertung sowohl die Investitionsmehrkosten als auch die Instandhaltungskosten der Energieoptionen zu 50 % angesetzt. Eine konkrete Berechnung der wirtschaftlichen Vorteilhaftigkeit der einzelnen Energieoptionspakete durch die Einsparung von Energie war hingegen nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung. Dieser Effekt würde aber noch zusätzlich zu Gunsten des UKSH zu einer Reduzierung des Barwerts führen.</p>

Nr.	Frage	Antwort
24	Wie wird es ermöglicht, dass das Land rechtzeitig Haushaltsvorkehrungen dort trifft, wo Landesmaßnahmen kurzfristig aus Schnittstellen zum ÖPP notwendig werden?	Das Land hat auf Basis der Bauabschnitte des ÖPP-Projekts Schätzungen zu einem möglichen Haushaltsbedarf für die in der Frage genannten Maßnahmen vorgenommen und mit 200 bis 250 Mio. € beziffert. Diese Kosten werden sich mit Beträgen von 5 bis 22 Mio. € pro Jahr auf die Haushaltsjahre bis ca. 2030 verteilen. Über eine enge Abstimmung im Planungsprozess zwischen UKSH und Land ist gewährleistet, dass die in die Finanzplanung eingestellten Summen am Bedarf konkretisiert werden können.
25	Würden bei einer konventionellen Realisierung mittelständische schleswig-holsteinische Bau- und Handwerksunternehmen profitieren?	Baumaßnahmen sind nach VOB/A EG im Regelfall EU-weit auszuschreiben, wenn die Gesamtauftragssumme oberhalb von fünf Mio. € liegt. Das gilt für 80 % aller Leistungen und für alle Einzelaufträge oberhalb von einer Million € Auftragssumme netto. Allein wegen dieser gesetzlichen Vorgabe kann schwer vorhergesagt werden, ob und in welcher Höhe schleswig-holsteinische Bau- und Handwerksunternehmen von einer konventionellen Umsetzung profitieren können. Erfahrungen haben zwar gezeigt, dass die regionalen Unternehmen von ihrem Standortvorteil profitieren und ca. 70 % der so ausgeschriebenen Leistungen in einem Umkreis von ca. 100 km verbleiben. Dieser Umkreis reicht hier in Bereiche Mecklenburg – Vorpommerns, Hamburgs und Niedersachsens. Gerade im hochspezialisierten Klinikbau ist die Dichte der Firmen aus Schleswig-Holstein, die dafür in Frage kommen, jedoch gering. Im ÖPP-Modell muss der Auftragnehmer für die Unteraufträge zwar keine förmlichen Vergabeverfahren durchführen. Auch darf ihm eine bevorzugte Berücksichtigung regionaler Unternehmen nicht vorgeschrieben werden. Er ist aber vertraglich verpflichtet, gemäß § 97 Abs. 3 S. 4 GWB die Grundsätze der Losaufteilung zu beachten, wenn er weitere Unteraufträge vergibt. Außerdem muss er nach wettbewerblichen Grundsätzen verfahren. Erfahrungsgemäß verbleibt bei ÖPP-Projekten ein erheblicher Anteil der Nachunternehmeraufträge in der Region.
<b>III. Fragen zur Effizienzrendite</b>		
26	Was ist die Effizienzrendite?	Die Effizienzrendite stellt die Summe aus Einspar- und Expansionspotenzialen dar. Die Einsparpotentiale ergeben sich aus den baulich-funktionell verbesserten Strukturen und den damit verbundenen optimierten Betriebsabläufen, die unter anderem zu Verweildauer-

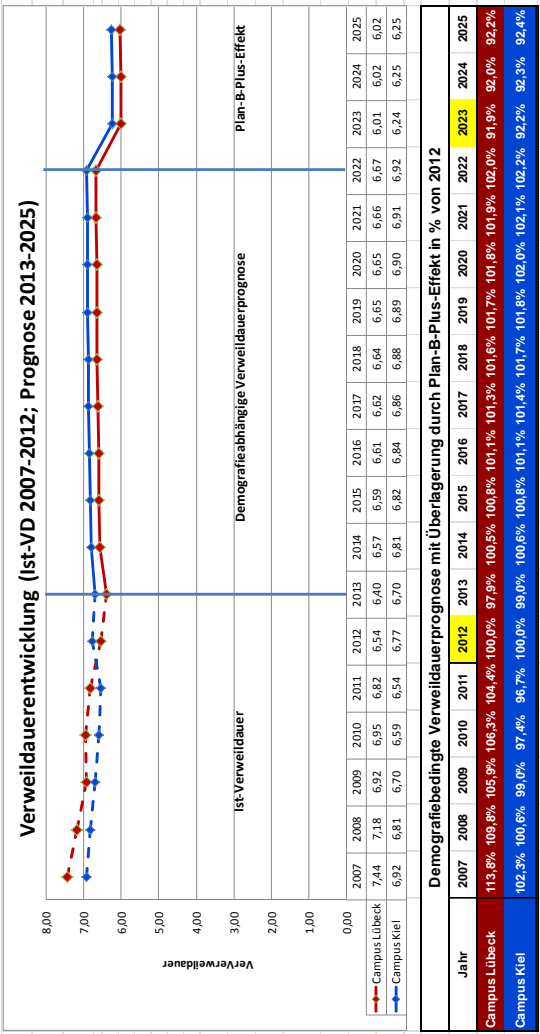
Nr.	Frage	Antwort
27	<p>Woraus ergibt sich die Effizienzrendite?</p>	<p>kürzungen führt. Die aus den Expansionspotenzialen resultierenden Ertragssteigerungen basieren auf Fallzahlsteigerungen als Folge der demografischen Entwicklung und der baulich-funktionalen und organisatorischen Standardverbesserungen, durch die die Wettbewerbsfähigkeit gestärkt wird.</p> <p>Die Kosteneinsparungen resultieren aus den baulich-funktionalen und damit verbundenen organisatorisch-prozessualen Verbesserungen. Einen wesentlichen Beitrag hierzu leistet die Stilllegung von strukturschwachen und sanierungsbedürftigen Bestandsbauten und die Überführung der bisherigen Pavillonstrukturen in neu gebaute kompakte Zentralkomplexe an beiden Standorten (mit dem zentralen Roter-Platz-Neubau in Kiel und dem Endausbau des Zentralklinikums in Lübeck) in Verbindung mit dem Ausbau der Infrastruktur. Sach- und Personaleinsparungen werden in wesentlichen Bereichen der Patientenversorgung erzielt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisziplinäre Notaufnahme mit angeschlossener Aufnahmestation: Die Zusammenfassung ermöglicht eine geringere Schichtbesetzung und den Abbau von Bereitschaftsdiensten. Zudem wird durch eine erweiterte, interdisziplinäre Basisdiagnostik bei der Aufnahmeentscheidung eine Fehlsteuerung vermieden und die durchschnittliche Verweildauer gesenkt.</li> <li>• Ambulanzzentrum: Durch die Zentralisierung wird die Anzahl der Ambulanzen und Polikliniken reduziert, die Raumauslastung optimiert und die Leistungserfassung und Abrechnung verbessert. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung ambulanter Behandlungsstrukturen führt die Etablierung von Ambulanzzentren zu einer zukunftsfähigen Ausrichtung des UKSH.</li> <li>• Normalpflegebereich Durch eine Vergrößerung der Stationen wird ein effizienterer Personaleinsatz im Schichtdienst ermöglicht.</li> <li>• Intensivpflegebereich: Durch die modularen Strukturen in betriebswirtschaftlich optimaler Größe kann eine effizientere Personalbesetzung im Pflegedienst und im ärztlichen Dienst erreicht werden. Zudem wird durch den Ausbau der Intensiv-Kapazitäten auf die zukünftig prognostizierte Bedarfsänderung reagiert.</li> <li>• Zentraler OP-Dienstleistungsbereich: In einem baulich-funktionell gestalteten Zentral-OP können die Anzahl der betriebenen OP-Säle, damit die Infrastrukturkosten reduziert, die Prozesse optimiert und damit die Wechselzeiten gesenkt</li> </ul>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostikbereich: Die Zusammenführung der Fachabteilungen im Zentralklinikum verbessert die Ressourcenauslastung durch gemeinsame Nutzung und vermeidet Doppelvorhaltungen.</li> <li>• Logistik: In einem Zentralkomplex reduzieren sich die (horizontalen und vertikalen) Wege und Wegezeiten für Patienten und Mitarbeiter. Durch Ausbau der automatischen Förderanlagen sinken die Transportkosten in der Ver- und Entsorgungslogistik.</li> </ul> <p>Die interdisziplinäre Ausrichtung in einem Zentralkomplex bündelt die Fachkompetenz und schafft Voraussetzungen für beschleunigte diagnostische Prozesse, die Vermeidung von Fehlsteuerungen durch ein effektives Case-Management und bewirkt eine Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer.</p> <p>Ertragssteigerungen ergeben sich aus steigenden Fallzahlen als Folge der Standardverbesserungen und gestärkter Wettbewerbsfähigkeit sowie der Bereitstellung bedarfsentsprechender Kapazitäten mit Beseitigung von Engpässen (z.B. bei der Intensivkapazität). Nach Baufertigstellung und Inbetriebnahme werden zusätzliche Schubwirkungen auf die Fallzahlen und eine Steigerung des Fallwertes (CMI) erwartet.</p>
28	Welche Annahmen liegen der Berechnung der Effizienzrendite zugrunde?	<p>Die Berechnungen zur Effizienzrendite und die Kapazitätsberechnungen basieren auf Prognosen (Prognosejahr 2025), der die demografische Entwicklung und die erwarteten Schubwirkungen aus der Umsetzung (im Wesentlichen ab 2019) zugrunde liegen. Die Berechnungen zu den Effizienzpotenzialen wurden mit den Nutzern abgestimmt.</p> <p>Die Prognose der demografischen Entwicklung basiert einerseits auf der altersgruppierten Bevölkerungsstatistik und Bevölkerungsprognose, andererseits auf der altersgruppierten Fallzahlstatistik (DRG-Statistik) der Kliniken. Trotz eines zu erwartenden Bevölkerungsrückgangs im Einzugsgebiet resultiert aus dem demografischen Wandel wegen des Anstiegs in den höheren Altersgruppen mit einer höheren Krankenhaushäufigkeit und Multimorbidität ein Anstieg der Fallzahlen und der Verweildauern.</p> <p>Als Schubwirkung nach Baufertigstellung wurde unterstellt, dass die Fallzahl zusätzlich zur demografieabhängigen Entwicklung um 2 % steigt, gleichzeitig die Verweildauer um 10 %</p>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>abgesenkt werden kann. Die Fallzahlsteigerung nach Baufertigstellung wurde in einem von der Landesregierung an die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO in Auftrag gegebenen Gutachten<sup>2</sup> wie folgt bewertet: „Die einmalige Fallzahlsteigerung im Jahre 2018 um 2 % stellt, verglichen mit ähnlichen Neubauprojekten, einen vorsichtigen und nicht zu beanstandenden Effekt dar.“ (vgl. BDO, S. 70)</p> <p>Die aus der Umsetzung zu erwartenden Verweildauereffekte resultieren aus verschiedenen effizienzsteigernden Faktoren:</p> <p>Die Interdisziplinäre zentrale Notaufnahme (ZNA) mit angeschlossener Aufnahmeabteilung übernimmt eine wichtige Steuerungsfunktion im Sinne des Case-Management. Die erweiterte Basisdiagnostik als Grundlage der Aufnahmeentscheidung, die Beobachtungsmöglichkeiten in der Aufnahmeabteilung und die Bündelung interdisziplinärer Fachkompetenz reduzieren Fehlsteuerungen und verkürzen diagnostische Prozesse.</p> <p>Das interdisziplinäre Ambulanzzentrum übernimmt wesentliche Funktionen der initialen Patientensteuerung (Case-Management) und entlastet die stationären Liegezeiten durch vorstationäre diagnostische Maßnahmen und nachstationäre Betreuung.</p> <p>Die Überführung von Pavillonstrukturen in kompakte Zentralkomplexe verkürzt Wege und Wegezeiten für Patienten und Personal. Aus Campustransporten werden Inhouse-Transporte. Die baulich-funktionellen Strukturen unterstützen mit ihren Leitstellenfunktionen die organisatorische Optimierung in Verbindung mit einem effizienten Belegungs- und Entlassungsmanagement.</p> <p>Die durch baulich-funktionale Strukturen begründeten Organisationsvorteile mit einem qualifizierten Case-Management und Abkürzungen der diagnostischen Prozesse bedeuten gerade wegen der damit verbundenen kürzeren Liegezeiten eine Qualitätsverbesserung für die Patienten.</p> <p>Wie die Erfahrungen aus den letzten Jahren belegen, sind die Fallzahlen im UKSH bisher stärker gestiegen als nach der demografischen Entwicklung zu erwarten, die Verweildauern</p>

<sup>2</sup> Die Landesregierung hat BDO am 7. Dez. 2011 beauftragt mit einer „Überprüfung der Berechnungen des sog. „Masterplans B“ i. S. einer Plausibilisierung mit eingehender Begründung“.



Nr.	Frage	Antwort																																																																																																																																						
		<p>gegen den demografischen Trend stetig abgesenkt worden. Die Verweildauerprognose unterstellt einen demografisch bedingten Verweildaueranstieg, der nach Baufertigstellung durch die angenommene Verweildauerreduktion um 10 % überlagert wird: Im Vergleich zu 2012 würde sich die Verweildauer deshalb nach der Umsetzung nur um etwa 8 % reduzieren. Die folgende <u>Abbildung</u> veranschaulicht, dass diese Annahmen im Vergleich zum Trend der letzten Jahre als <u>realistisch</u> anzusehen sind. Ein Vergleich der durchschnittlichen Verweildauer mit anderen deutschen Universitätskliniken aus dem Jahre 2012 (ohne psychiatrische Patienten) verdeutlicht, dass das UKSH im guten Mittelfeld liegt, so dass aber durch- aus noch Potenzial zur Senkung der Verweildauer besteht.</p> <p>Abbildung: Verweildauerentwicklung im UKSH zwischen 2007 und 2012 mit Prognose bis 2025</p>  <table border="1" data-bbox="710 481 1252 1512"> <thead> <tr> <th colspan="13">Verweildauerentwicklung (Ist-VD 2007-2012; Prognose 2013-2025)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>2007</th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> <th>2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Campus Lübeck</td> <td>7,44</td> <td>7,18</td> <td>6,92</td> <td>6,95</td> <td>6,82</td> <td>6,54</td> <td>6,40</td> <td>6,57</td> <td>6,61</td> <td>6,62</td> <td>6,64</td> <td>6,65</td> <td>6,65</td> <td>6,66</td> <td>6,67</td> <td>6,67</td> <td>6,01</td> <td>6,02</td> <td>6,02</td> </tr> <tr> <td>Campus Kiel</td> <td>6,92</td> <td>6,81</td> <td>6,70</td> <td>6,59</td> <td>6,54</td> <td>6,77</td> <td>6,70</td> <td>6,81</td> <td>6,82</td> <td>6,84</td> <td>6,86</td> <td>6,88</td> <td>6,89</td> <td>6,90</td> <td>6,91</td> <td>6,92</td> <td>6,24</td> <td>6,25</td> <td>6,25</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Demografiebedingte Verweildauerprognose mit Überlagerung durch Plan-B-Plus-Effekt in % von 2012</b></p> <table border="1" data-bbox="1141 481 1252 1512"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>2007</th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> <th>2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Campus Lübeck</td> <td>113,8%</td> <td>109,8%</td> <td>105,8%</td> <td>106,3%</td> <td>104,4%</td> <td>100,0%</td> <td>97,9%</td> <td>100,5%</td> <td>100,8%</td> <td>101,1%</td> <td>101,3%</td> <td>101,6%</td> <td>101,7%</td> <td>101,8%</td> <td>101,8%</td> <td>101,9%</td> <td>102,0%</td> <td>91,9%</td> <td>92,0%</td> <td>92,2%</td> </tr> <tr> <td>Campus Kiel</td> <td>102,3%</td> <td>100,6%</td> <td>98,0%</td> <td>97,4%</td> <td>96,7%</td> <td>100,0%</td> <td>99,0%</td> <td>100,6%</td> <td>100,8%</td> <td>101,1%</td> <td>101,4%</td> <td>101,7%</td> <td>101,8%</td> <td>102,0%</td> <td>102,1%</td> <td>102,2%</td> <td>92,2%</td> <td>92,3%</td> <td>92,4%</td> </tr> </tbody> </table>	Verweildauerentwicklung (Ist-VD 2007-2012; Prognose 2013-2025)														2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Campus Lübeck	7,44	7,18	6,92	6,95	6,82	6,54	6,40	6,57	6,61	6,62	6,64	6,65	6,65	6,66	6,67	6,67	6,01	6,02	6,02	Campus Kiel	6,92	6,81	6,70	6,59	6,54	6,77	6,70	6,81	6,82	6,84	6,86	6,88	6,89	6,90	6,91	6,92	6,24	6,25	6,25	Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Campus Lübeck	113,8%	109,8%	105,8%	106,3%	104,4%	100,0%	97,9%	100,5%	100,8%	101,1%	101,3%	101,6%	101,7%	101,8%	101,8%	101,9%	102,0%	91,9%	92,0%	92,2%	Campus Kiel	102,3%	100,6%	98,0%	97,4%	96,7%	100,0%	99,0%	100,6%	100,8%	101,1%	101,4%	101,7%	101,8%	102,0%	102,1%	102,2%	92,2%	92,3%	92,4%
Verweildauerentwicklung (Ist-VD 2007-2012; Prognose 2013-2025)																																																																																																																																								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025																																																																																																																					
Campus Lübeck	7,44	7,18	6,92	6,95	6,82	6,54	6,40	6,57	6,61	6,62	6,64	6,65	6,65	6,66	6,67	6,67	6,01	6,02	6,02																																																																																																																					
Campus Kiel	6,92	6,81	6,70	6,59	6,54	6,77	6,70	6,81	6,82	6,84	6,86	6,88	6,89	6,90	6,91	6,92	6,24	6,25	6,25																																																																																																																					
Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025																																																																																																																					
Campus Lübeck	113,8%	109,8%	105,8%	106,3%	104,4%	100,0%	97,9%	100,5%	100,8%	101,1%	101,3%	101,6%	101,7%	101,8%	101,8%	101,9%	102,0%	91,9%	92,0%	92,2%																																																																																																																				
Campus Kiel	102,3%	100,6%	98,0%	97,4%	96,7%	100,0%	99,0%	100,6%	100,8%	101,1%	101,4%	101,7%	101,8%	102,0%	102,1%	102,2%	92,2%	92,3%	92,4%																																																																																																																					
29	Was deckt die Effizienzrendite ab?	Mit der Effizienzrendite werden die aus der Investitionskostenfinanzierung resultierenden Kapitaldienste für das ÖPP-Projekt gedeckt, also die Refinanzierung der Kosten von Planung, Bau und Finanzierung. Ohne Beanspruchung des Landeshaushalts wird der im UKSH																																																																																																																																						

Nr.	Frage	Antwort
30	Wie sicher ist die Effizienzrendite?	<p>bestehende Investitions- und Instandhaltungsstau abgebaut. Darüber hinaus kann bei einer vollständigen Realisierung der prognostizierten Effizienzrendite auch ein höheres Instandhaltungsniveau zur zukünftigen Vermeidung eines Instandhaltungsstaus refinanziert werden. Die laufenden Betriebskosten werden, wie bisher auch, aus den laufenden Einnahmen finanziert.</p> <p>Die Realisierung der Effizienzrendite wird nicht von dem ÖPP-Partner garantiert, sondern ist eine Managementaufgabe des UKSH. Die Effizienzrendite kann nur durch eine konsequente Umsetzung der durch optimierte Prozessabläufe ermöglichten Personaleinsparungen und andere organisatorische Maßnahmen auf allen Managementebenen des UKSH erzielt werden. Die Umsetzung ist entsprechend engmaschig auf Ebene der Klinikleitungen, des Vorstands und des Aufsichtsrats zu überprüfen.</p>
<p><b>IV. Fragen zum Personal</b></p>		
31	Wodurch und wie viele Stellen sollen durch die baulichen Maßnahmen eingespart werden?	<p>Durch die Zentralisierung in Neubauten und Stilllegung von strukturschwachen und sanierungsbedürftigen Bestandsbauten können Prozessverbesserungen realisiert und organisatorische Verbesserungen unterstützt werden. Diese führen in der Folge zu einem besseren Versorgungsstandard, der die Wettbewerbsfähigkeit des UKSH erhöht.</p> <p>Ziel des Immobilien-Projekts ist u.a. die wirtschaftlich sinnvolle Dimensionierung unterschiedlicher Versorgungsbereiche und die Ermöglichung einer interdisziplinären Ressourcennutzung. Dadurch können sowohl Ressourcenengpässe als auch Doppelvorhaltungen beseitigt und Effizienzsteigerungen in dem Versorgungsprozess erreicht werden. Als Folge verkürzt sich die Verweildauer der Patienten. Gestärkt wird diese Entwicklung durch eine bauliche Unterstützung des Belegungs- und Entlassungsmanagement. Die Etablierung einer interdisziplinären zentralen Notaufnahme (ZNA) mit angeschlossener Aufnahmeabteilung sowie eines interdisziplinären Ambulanzzentrum entlasten durch vorstationäre diagnostische Maßnahmen und nachstationäre Betreuung die stationären Liegezeiten. Diese Neubaustrukturen und damit verbundene organisatorische Optimierungen führen zu Effizienzsteigerungen mit Personaleinsparpotenzialen, insbesondere im Bereich des Pflegedienstes.</p>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>Gleichwohl ist im Zuge der demografischen Entwicklung mit steigenden Fallzahlen zu rechnen, die nach Inbetriebnahme der neuen Strukturen (im Wesentlichen ab 2019) einen zusätzlichen Schub erhalten. Als Folge dieser Expansionspotenziale steigt der Personalbedarf.</p> <p>Trotz der Schubwirkungen als Folge eines Expansionsprozesses führen die erwarteten Effizienzsteigerungen (siehe Antwort zu Frage 19) zu einem Einbruch des bis dahin stetig ansteigenden Personalbedarfs. Im Jahre 2019 im Vergleich zum Vorjahr ist bei allen Diensten ein verminderter Personalbedarf zu verzeichnen, und zwar für den</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztlicher Dienst (ÄD) in Lübeck um -13 VK, in Kiel um -12 VK, insgesamt um -25 VK</li> <li>• Pflegedienst (PD) in Lübeck um -94 VK, in Kiel um -163 VK, insgesamt um -257 VK</li> <li>• Medizinisch Technischer Dienst / Funktionsdienst (MTD/FD) in Lübeck um -18 VK, in Kiel um -19 VK, insgesamt um -37 VK</li> </ul> <p>Im Bereich der Tochterunternehmen werden zusätzlichen Personaleinsparungen bei der Service Stern Nord GmbH im Bereich des Transportbereichs i.H.v. 62 VK in Lübeck und 69 VK in Kiel, insgesamt 131 VK eintreten.</p>
32	Gibt es einen Stellenabbauplan?	<p>Seitens des UKSH wurde eine Personalplanung erstellt, der die Personalbedarfsentwicklung zugrunde liegt und die eine Personalanpassung im Rahmen der natürlichen Fluktuation vorsieht, so dass betriebsbedingte Kündigungen vermieden werden. Im Pflegedienst, der Berufsgruppe, die besonders von dem reduzierten Personalbedarf betroffen ist, werden in den nächsten Jahren viele Mitarbeiter die Altersgrenze erreichen und ausscheiden. Hinzu kommt die natürliche Fluktuation aus Arbeitnehmerkündigungen, Krankheit, Elternzeit usw.</p> <p>Im Pflegedienst beträgt die natürliche Fluktuation nach den Erfahrungen der letzten Jahre durchschnittlich 6,5 %; das sind in Lübeck jährlich 55 Vollzeitkräfte, in Kiel 65 Vollzeitkräfte (VK), die jedes Jahr ersetzt werden müssen; dazu kommt der im Zuge der Expansion steigende Personalbedarf. Für den Ärztlichen Dienst beträgt die Fluktuationsrate 12,0 % (in Lübeck jährlich 57 VK, in Kiel 61 VK), für den MTD/FD 5 % (in Lübeck jährlich 28 VK, in Kiel</p>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>32 VK).</p> <p>Daher überschreitet der erforderliche Personalabbau im Jahre 2019 im Klinikbereich nur für den Pflegedienst das Ausmaß der natürlichen Fluktuation. Für Lübeck beträgt der die natürliche Fluktuation übersteigende Personalabbau 37 VK, in Kiel 88 VK; das sind in Lübeck weniger als 70 %, in Kiel weniger als 130% der natürlichen Fluktuation. Im Sinne einer vorausschauenden Personalplanung muss etwa ab 2017 damit begonnen werden, die Personalanpassung zu flexibilisieren und eine sozial verträgliche Lösung im Rahmen der natürlichen Fluktuation ohne betriebsbedingte Kündigungen zu finden. Eine Möglichkeit für zeitlich begrenzte Überbrückungsmaßnahmen bieten u.a. Neueinstellungen mit befristeten Verträgen und der temporäre Einsatz von Zeitarbeit.</p> <p>Bis zum Jahre 2025 ergibt sich daher im Vergleich zu 2012 per Saldo für</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lübeck beim ÄD ein Anstieg um 1,9 %, beim MTD/FD ein Anstieg um 0,7 % und nur beim PD ein Personalabbau um 7,3 %,</li><li>• Kiel beim ÄD ein Anstieg um 4,3 %, beim MTD/FD ein Anstieg um 3,4 % und nur beim PD ein Personalabbau um 7,8 %.</li></ul> <p>Im Bereich der Tochterunternehmen werden zusätzlichen Personaleinsparungen bei der Service Stern Nord GmbH im Bereich des Transportbereichs eintreten. Die Service Stern Nord GmbH beschäftigt im Transportbereich zurzeit 221 VK (in Lübeck 97, in Kiel 124 VK), davon rd. 55 % für Patiententransporte, 45 % für Materialtransporte. Die Beseitigung der Pavillonstrukturen und die Zusammenführung der Kliniken in einem kompakten Zentralkomplex verkürzt Wege und Wegezeiten für die Patienten, aus Campus-transporten werden Inhouse-Transporte. Externe Transporte auf dem Campus mit RTW, KTW und Taxis zwischen behandelnden Kliniken und in anderen Gebäuden verorteten Behandlungseinrichtungen (z.B. Notaufnahme, Intensivpflege, Diagnostik- und Therapiezentren wie Röntgen und Dialyse) entfallen.</p> <p>Für Materialtransporte werden die Automatischen Transportsysteme (AWT) als Ringsystem ausgebaut, die AWT-Bahnhöfe über automatisierte Aufzugsysteme auf die Stationen ver-</p>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>legt, so dass manuelle Transporte entfallen. Für Kleintransporte (insbesondere Laborproben) sind Rohrpostsysteme geplant, die mit ihren kurzen Transportzeiten bei zeitkritischen Entscheidungen ein wesentliches Qualitätsmerkmal darstellen. Im Vergleich zu Plan-B-Plus investiert der Bieter zusätzlich in die technische Infrastruktur für die Automatischen Fördersysteme, so dass daraus zusätzliche Einsparpotenziale bei den Warentransporten zu erwarten sind.</p> <p>Das bedeutet, dass nach Baufertigstellung ab dem Jahre 2019 in Lübeck 62 VK, in Kiel 69 VK, insgesamt 131 VK entsprechend 59 % (davon 45 % bei Patiententransporten, 77 % bei Materialtransporten) abzubauen wären. Zurzeit wird ein Teil der Patienten- und Materialtransporte durch externe Unternehmen (z.B. Taxi, Krankenwagen) durchgeführt, die kurzfristig zu über 90% entfallen würden. Die Einsparung in Höhe von rd. 0,2 Mio. € ist in den genannten Potenzialen enthalten.</p> <p>Die natürliche Fluktuation liegt in der Größenordnung von 11,4 %, das sind jährlich etwa 25 VK. Durch vorausschauende Personalplanung kann eine sozial verträgliche Lösung ohne betriebsbedingte Kündigungen mit zeitlich begrenzten Überbrückungsmaßnahmen (wie befristeten Verträgen und temporärem Einsatz von Zeitarbeitskräften) gefunden werden. Das bedeutet, dass die erforderliche Flexibilisierung der Personalanpassung bereits 4 bis 5 Jahre im Voraus einsetzen muss. Bei einem nach Bauzeitenplan für 2019 vorzusehenden Personalabbau müssen diese Maßnahmen bereits im nächsten Jahr beginnen.</p> <p>Grundsätzlich sind mit Effizienzsteigerungen keine vermehrten Schichtdienste für das verbleibende Personal verbunden. Die Schichtbesetzung auf Normalstationen bleibt in dem aktuellen Umfang weiter bestehen. Lediglich die Anzahl an Stationen nimmt durch Vergrößerung der Stationen ab, die neu gebauten Normalpflegestationen haben eine wirtschaftlich vorteilhaftere Stationsgröße von 38 bis 40 Betten. Die Schichtbesetzung bei größeren Stationen kann dem Bedarf flexibel angepasst werden, während in kleineren Stationen eine Mindestbesetzung in den Schichten vorgehalten werden muss. Dadurch steigt die Personalproduktivität und es sinkt die durchschnittliche Personalbesetzung pro Bett. Durch die größeren Stationen reduziert sich zusätzlich die fixe Personalausstattung für Stationsleitung und Stellvertretende Stationsleitung pro Bett.</p> <p>Die disziplinübergreifende Zusammenschaltung von 2 Stationen auf einer Pflegeebene er-</p>
33	<p>Welche Veränderungen der Arbeitsbedingungen resultieren aus dem Stellenabbau für das verbleibende Personal? Vermehrte Schichtdienste?</p>	<p>Die disziplinübergreifende Zusammenschaltung von 2 Stationen auf einer Pflegeebene er-</p>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>möglichst einen besseren Ausgleich von zufallsbedingtem Belegungsschwankungen, so dass Flurbetten vermieden und insgesamt eine höhere durchschnittliche Bettenauslastung erreicht wird.</p> <p>Um das verbleibende Pflegepersonal an möglichst vielen Stellen zu entlasten wird neben der Etablierung von baulich-funktionalen Arbeitsbedingungen und optimierten organisatorischen Strukturen und Abläufen (u.a. durch Case-Management) eine Reihe von Unterstützungsprozessen etabliert. Dazu gehören u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ausstattung der Stationen mit bedarfsgerecht dimensionierten Funktionsräumen (Leitstellen, reine und unreine Arbeitsräume, Lagerräume, Sozialräume für Personal und Besucher, multifunktional nutzbare Besprechungsräume), die komplette Übernahme der Ver- und Entsorgung auf den Stationen durch Logistiker und die Einführung des neuen Speiseversorgungssystems mit Serviceassistenten entlasten den Pflegedienst.</li> <li>• Im Zuge eines effektiven Belegungsmanagements (mit Konzentration von Kurzliegern) kann sichergestellt werden, dass zum Wochenende Halbstationen geschlossen werden können. Für das Personal bedeutet das zugleich weniger Dienst an Wochenenden.</li> <li>• Reduzierte Wegezeiten in einem Zentralkomplex</li> </ul> <p>Darüber hinaus werden durch ein neues Küchenkonzept die Pflegekräfte derart entlastet, dass alles rund um die Verpflegung nur noch durch entsprechendes Servicepersonal erledigt wird.</p> <p>Als Folge der Verkürzung der Verweildauer in Verbindung mit einem professionellen Belegungs- und Entlassungsmanagement können Stationen zum Wochenende geschlossen werden, so dass Wochenenddienste für das Pflegepersonal abgebaut werden.</p> <p>Die interdisziplinäre Ausrichtung in einem Zentralkomplex bündelt die Fachkompetenz und schafft die Voraussetzungen für beschleunigte diagnostische Prozesse, die Vermeidung von Fehlsteuerungen durch ein effektives Case-Management und bewirkt eine Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer. Diese Effizienzsteigerungen bedeuten gerade wegen der damit verbundenen kürzeren Liegezeiten eine Qualitätsverbesserung für die Patienten. Die</p>
34	Wie wirken sich der Personalabbau und der veränderte Betreuungsschlüssel in der Pflege auf die Betreuung der Patienten aus?	

Nr.	Frage	Antwort
		<p>funktionalen Verbesserungen auf den Stationen reduzieren die Arbeitszeiten für die Versorgung und Entlassung und gehen nicht zu Lasten der Betreuungszeiten. Ein professionelles Belegungs- und Entlassungsmanagement sowie die Zusammenschaltbarkeit von Stationen auf einer Pflegeebene (Überlaufprinzip) gewährleisten eine gleichmäßigere Auslastung, vermeiden Flurbetten und damit verbundene Überlastungssituationen des Pflegepersonals. Die Tatsache, dass Notfallpatienten nachts in der Aufnahmestation versorgt werden, vermeidet nächtliche Verlegungen auf Normalstationen und entlastet den Nachtdienst. Durch gekoppelte ITS/IMC-Einheiten wird im Sinne des Progressive Care-Konzeptes eine bedarfsgerechte (und damit personaleffiziente) Versorgung der Intensivpatienten gewährleistet, durch Beseitigung von Intensivengpässen wird eine zu frühzeitige Verlegung auf Normalstationen vermieden. Die Leitstellen auf den Stationen übernehmen die Koordination von Prozessen in Untersuchungs- und Behandlungsbereichen und reduzieren damit Wartezeiten. Es werden also gerade die Pflegezeiten reduziert, die keine direkten Betreuungszeiten am Patienten darstellen.</p>
35	<p>Welche Auslastung der OPs liegt der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung zugrunde? Was bedeutet das für das OP-Personal (Ärzte, Pflege, Reinigung); Schichtdienst?</p>	<p>Den Berechnungen liegt eine OP-Betriebszeit von 8-12 Stunden zugrunde. Effizienzsteigerungen sollen durch Verkürzung der Wechselzeiten zwischen zwei Operationen erreicht werden. Dieses wird ermöglicht durch Verlagerung von Rüstzeiten in Rüstzonen vor dem OP-Saal und durch ein Fallwagenkonzept, bei dem die OP-Sets bereits in der Zentralsterilisation fallbezogen zusammengestellt werden. Im Übrigen soll der Zentral-OP als Dienstleistungsbetrieb mit eigenem OP-Management organisiert werden, um Leer- und Wartezeiten zu reduzieren. Durch Reduzierung der Wechselzeiten werden mehr Operationen in der normalen Betriebszeit durchgeführt, eine Verlagerung von Operationen in die Betriebschaftsdienstzeiten insoweit vermieden.</p>
<p><b>V. Fragen zum Betreiberentgelt</b></p>		
36	<p>Wie hoch ist der in der ÖPP-Rate Nutzungsentgelt) enthaltene Anteil für Bewirtschaftung? Wie hoch sind die Ausgaben für Bewirtschaftung im ÖPP-Modell</p>	<p>Zu Beginn beträgt der Anteil an Bewirtschaftungskosten beim Nutzungsentgelt 72,1%. Dieser hohe prozentuale Anteil resultiert daraus, dass 75 % der Gesamtobjektkosten durch die Beistellungsfinanzierung getragen werden und daher im Nutzungsentgelt nicht berücksichtigt sind. Im Verhältnis zum bisherigen Stand verdoppeln sich die Aufwendungen für die Instandhaltung (u.a. Störungsmanagement, Wartung und Inspektion, Instandsetzung und Ver-</p>

Nr.	Frage	Antwort
	im Vergleich zu den letzten 3 – 5 Jahren?	besserung). Ziel ist vor allem eine zukünftig angemessene Ausstattung des Gebäudemana- gements mit ausreichenden finanziellen Mitteln zur Sicherstellung einer zweckmäßigen In- standhaltung und Erneuerung der Gebäude. Dadurch soll ein langfristig guter und funktio- neller Zustand der Gebäude gewährleistet und die erneute Entstehung eines Investitions- staus vermieden werden. Außerdem führte die Erwartung der Umsetzung des baulichen Masterplans dazu, dass viele erforderliche Instandhaltungsmaßnahmen nicht durchgeführt worden sind, so dass der Ist-Wert keinen nachhaltigen Maßstab darstellt..
37	Welche Risikoauflage gibt es bei den Bietern?	Der Auftragnehmer hat das von ihm zu erbringende Leistungsprofil zu einem Pauschalfest- preis zu erbringen. Somit hat er alle Risiken, die ihm vertraglich übertragen wurden, unter- nehmerisch zu berücksichtigen und einzupreisen. Die Risiken wurden aber nicht im Einzel- nen der Höhe nach aufgeschlüsselt und offen gelegt, so dass keine genauen Beträge ange- geben werden können. In diesen Bereichen sind die Risiken allein vom Bieter zu verantwor- ten und werden vollumfänglich mit den Entgelten abgegolten, so dass hinsichtlich dieser Leistungsbereiche eine hohe Kostensicherheit besteht.
38	Sind mit den Entgelten sämtli- che Risiken abgegolten? Wenn nein, welche Risiken trägt das UKSH?	Die vertraglich vereinbarten Leistungen sind durch die ebenfalls vertraglich vereinbarten Entgelte abgedeckt. Soweit es beim Leistungsaustausch zu Leistungsänderungen oder Leistungsstörungen kommt, enthält der Vertrag detaillierte Risikoanweisungen nach dem allgemeinen Grundsatz „jeder trägt das Risiko, dass er am besten beherrschen bzw. versichern kann“. Der ausverhandelte Projektvertrag enthält eine ausgewogene Risikoverteilung zwischen dem späteren Auftragnehmer und dem UKSH und wurde so gestaltet, dass die größtmögli- che denkbare Bandbreite an Risiken durch das Vertragswerk abgesichert ist. Siehe auch nachfolgende Frage zu den verbleibenden Risiken.
<b>VI.</b>	<b>Fragen zur Risikoverteilung und zum Controlling</b>	
39	Welche Risiken verbleiben beim Land / UKSH?	<b>ÖPP-unabhängig</b> Bestandsrisiken gibt es bei jeder Sanierungsmaßnahme, welche bei einer konventionellen Realisierung stets vom Land zu tragen sind. Gemäß § 8 des zugrundeliegenden ÖPP-Vertrages liegt das Bestandsrisiko auch weiterhin beim UKSH. Das UKSH überlässt dem ÖPP-Partner die Grundstücke und Gebäude in dem



Nr.	Frage	Antwort
		<p>Zustand, in dem sie sich bei Überlassung tatsächlich befinden. Das UKSH sichert zu, dass sich die Grundstücke und Gebäude grundsätzlich für den Vertragszweck eignen. Den Zustand der vertragsgegenständlichen Gebäude hat der ÖPP-Partner aus den Unterlagen im Bestandsdatenraum zu entnehmen - eine Untersuchung durch die Bieter konnte nicht stattfinden. Den Mietern wurde aber eine im Auftrag des UKSH durch die DEKRA erhobene Zustandsbewertung zur Verfügung gestellt sowie ein elektronischer Bestandsdatenraum mit ca. 25.000 zu beachtenden Dokumenten. Die Kenntnis von Bestandsrisiken leitet sich damit aus den Unterlagen im Bestandsdatenraum und den besonderen Fachkenntnissen des ÖPP-Partners ab. Das Risiko, dass die im Datenraum abgebildeten Zustände nicht (mehr) der Realität entsprechen, trägt das UKSH.</p> <p><u>Rechtliche Änderungen</u>  Entstehende Mehrkosten aufgrund von behördlichen Anordnungen oder durch Änderungen von Rechtsvorschriften oder zwingend zu beachtenden technischen Normen trägt das UKSH, soweit die Änderungen nicht bei Angebotsabgabe vorhersehbar waren. Diese Risikoverteilung ist auch bei konventionellen Bauverträgen üblich.</p> <p><u>Leistungsänderungen</u>  Das wirtschaftliche Risiko von Leistungsänderungen trägt das UKSH, es sei denn, dass der ÖPP-Partner zu dieser Leistung verpflichtet war. Gegenüber einer konventionellen Realisierung führt die hier zugrunde liegende funktionale Leistungsbeschreibung insoweit zu einer günstigeren Risikoverteilung. Gleichwohl kann es zwischen UKSH und ÖPP-Nehmer zu Differenzen kommen, welcher Leistungsumfang im Detail geschuldet wird. In Bezug auf die nutzerspezifische Anpassung der Planung hat der Vorstand des UKSH intern festgeschriebene Steuerungsmechanismen, um Änderungen stets im Fokus zu haben und eine Kostenexplosion zu vermeiden.</p> <p><b>ÖPP-spezifisch</b>  <u>Personalgestellung</u>  Da das Facility Managements über den ÖPP-Partner erfolgt, sollen die Mitarbeiter des Facility Managements des UKSH gemäß § 4 Abs. 3 TV-L grundsätzlich im Wege der „Personal-</p>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>gestellung“ beim ÖPP-Partner beschäftigt werden. Die Personalgestellung wird allerdings durch die Rechtsprechung zum Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) zunehmend in Frage gestellt. Sofern eine dauerhafte Personalgestellung nicht möglich ist, würde den Mitarbeitern, die dem Übergang des Arbeitsverhältnisses gemäß § 613 a Abs. 6 BGB widersprechen, durch die Regelungen in § 6.5 des ÖPP-Vertrages für den Fall der „rechtlichen Undurchführbarkeit der Personalbeistellung“ ein aus Personalsicht annähernd vergleichbarer Status gesichert werden: Die Arbeitnehmer/innen sollen dann vom ÖPP-Partner übernommen werden und gleichzeitig ihre Rechte und Ansprüche aus den nur ruhend gestellten Arbeitsverhältnissen beim UKSH behalten.</p> <p><u>Rechtsformwechsel</u></p> <p>Sollte die Rechtsform des UKSH geändert werden, z.B. im Rahmen einer formellen oder materiellen Privatisierung des UKSH, muss in anderer Weise als der bisher bestehenden Gewährträgerhaftung eine Risikoübernahme durch das Land stattfinden. Ansonsten hat der ÖPP-Partner ein zusätzliches außerordentliches und fristloses Kündigungsrecht. Das Kündigungsrecht ist im ÖPP-Vertrag zur Sicherstellung der Finanzierungsbedingungen weit gefasst, da bereits das Einbringen eines entsprechenden Regierungsentwurfs in den Landtag bzw. die Beschlussfassung über eine solche Gesetzesvorlage durch den Landtag ausreicht. Es greift aber nicht ein, wenn zugleich eine Ersatzregelung im Sinne des Vertrauensschutzes geschaffen wird, was ohnehin erforderlich werden wird (auch im Hinblick auf andere Verträge des UKSH). Diese Regelung birgt insofern ein Risiko für das Land, als der Gesetzgeber hier faktisch im Hinblick auf rechtliche Änderungen für die gesamte Vertragslaufzeit von 30 Jahren beim UKSH gebunden wird. Sofern eine anderweitige Risikoübernahme durch das Land nicht möglich oder nicht gewollt ist, würde ein Wegfall der Gewährträgerhaftung die Kündigungsmöglichkeit des ÖPP-Partners auslösen. Andererseits wird durch diese Klausel auch für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des UKSH ein Signal gegeben, dass eine Privatisierung des Klinikums nicht zur Diskussion steht.</p> <p><u>Projektgesellschaft als Vertragspartner</u></p>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>Der Vertragspartner des UKSH wird nur die Projektgesellschaft, nicht aber die an ihr beteiligten Unternehmen. Im Fall der Insolvenz der Projektgesellschaft ist die Aussicht auf erfolgreiche Durchsetzung von z.B. Schadensersatzansprüchen oder Vertragsstrafen mit Risiken behaftet.</p> <p>Der Vertrag sieht aber zur Absicherung des Insolvenzrisikos das folgende umfangreiche Sicherheitssystem vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sicherung der Leistungsfähigkeit der Projektgesellschaft durch Rückgriffsansprüche gegen die Unternehmen der Bietergemeinschaft</i></li> <li>• <i>Eintrittsrecht der Kapitalgeber</i></li> <li>• <i>Abtretung/ Rückabtretung der Gewährleistungsansprüche nach Banknotwendigkeit</i></li> <li>• <i>Bürgschaft</i></li> <li>• <i>Reservekonto</i></li> <li>• <i>Erheblich nachschüssige Zahlung und damit deutliche Vorleistung durch Projektgesellschaft</i></li> </ul>
40		
41	<p>Wie hoch sind die Controlling-Kosten im UKSH beim ÖPP-Verfahren?</p>	<p>Derzeit ist geplant, das Controlling des Baus sowie des Vergütungsminderungssystems (Vertragliche Regelung zur Minderung des zu zahlenden Nutzungsentgelts an den privaten Partner bei mangelbehafteter Leistungserbringung) beim ÖPP-Verfahren dem zukünftigen Dezernat Strategisches Facility Management (Dezernat FM) bzw. Dezernat Strategische Controlling zuzuordnen.</p> <p>Für den beim UKSH verbleibenden Teil des Dezernats FM, der sowohl für das technische Controlling als auch die strategische Steuerung des Facility Managements zuständig ist, wurden in der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung zusätzlich zu den angebotenen Betriebsentgelten Kosten angesetzt. Für das Dezernat Strategische FM wurde seitens des UKSH in der Bauphase ein Betrag von insgesamt 827 T€ p.a. (entspricht 16,3 VK), sowie in der Betriebsphase von 776 T€ p.a. (entspricht 15,3 VK) in Ansatz gebracht.</p>
42	<p>Werden seitens des UKSH für diese Aufgaben Externe be-</p>	<p>Es ist derzeit geplant, dass das UKSH vor allem in der ersten Phase (Errichtungsphase) von externen Beratern unterstützt wird. Das UKSH befindet sich derzeit in der Abstimmung mit</p>

Nr.	Frage	Antwort
43	<p>schäftigt (Berater)?</p> <p>Wird von Seiten des Landes ebenfalls ein Kontrollgremium eingesetzt werden?</p>	<p>dem MBW und dem FM, um die entsprechende Projektorganisation zu vereinbaren.</p> <p>Aus Sicht des Landes ist es erforderlich, die Bau- und Betriebsphase des avisierten ÖPP-Verfahrens durch ein Expertenteam des Landes zu begleiten. Zwar ist der Vorstand des UKSH im Rahmen seiner operativen Verantwortung – im konstruktiven Zusammenwirken mit dem Aufsichtsrat – gefordert, das ÖPP-Verfahren durch angemessene Steuerungsmechanismen zum Erfolg zu führen, gleichwohl besteht auf Landesseite ein erhebliches Interesse daran, dieses in letzter Konsequenz möglicherweise auch für den Landeshaushalt mit finanziellen Risiken verbundene Projekt engmaschig zu begleiten.</p> <p>Das auf Landesseite vorgesehene Expertenteam soll auf den Erkenntnissen des im UKSH vorhandenen Controllings aufsetzen und insbesondere die Landesinteressen wahren. Hier geht es vorrangig um finanzielle Interessen, aber auch um baufachliche sowie auf die Krankenversorgung und Wissenschaft bezogene Interessen. Diese können von den operativen Interessen des UKSH abweichen, auch wenn sowohl Land als auch UKSH ein hohes Interesse an der erfolgreichen Umsetzung des ÖPP-Verfahrens haben.</p> <p>Das Expertenteam unterstützt damit die Vertreter des Landes im Aufsichtsrat bei Ausübung ihrer zentralen Steuerungsfunktion, indem es Abweichungen von der beauftragten Leistung bewertet, hier insbesondere im Sinne eines effektiven Nachtragsmanagements sowie die Erwirtschaftung der Effizienzrendite überwacht. Dazu greift es nicht nur auf Informationen zu, die im Rahmen von Aufsichtsratsbefassungen zur Verfügung gestellt werden, sondern auch auf solche, die aus Sicht der Aufsichtsratsmitglieder erforderlich sind, um ihrer Steuerungs- und Aufsichtsfunktion gerecht werden zu können. Das UKSH gewährt somit fortlaufend Informationen zu diesem Meilenstein-Projekt.</p> <p>Die landesseitige Begleitung soll durch Personen sichergestellt werden, die sich ausschließlich mit dieser Aufgabe befassen. Dabei sind unterschiedliche Qualifikationen erforderlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• technischer Sachverstand bei Begleitung des Baus und des Betriebs,</li> <li>• betriebswirtschaftlicher Sachverstand mit einschlägigen Erfahrungen in einem großen Klinikbetrieb,</li> <li>• juristischer Sachverstand bezogen auf die Vertragswerke sowie die sich daraus erge-</li> </ul>

Nr.	Frage	Antwort
		<p>benden rechtlichen Konsequenzen sowie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinischer Sachverstand, möglichst in Kombination von medizinischer Klinikerfahrung und technischem sowie betriebswirtschaftlichem Verständnis.</li> </ul> <p>Ob die skizzierten Kompetenzen in der Landesverwaltung vorhanden sind oder ob diese extern – gegebenenfalls auch durch Beraterverträge – gewonnen werden müssen, ist noch zu klären. Dasselbe gilt für die Organisationsstruktur des Expertenteams.</p>
<b>VII.</b>	<b>Fragen zu den finanziellen Auswirkungen beim UKSH sowie auf den Landeshaushalt</b>	
44	Wie wirkt sich das Verfahren auf den Landes-HH aus?	<p>Das ÖPP-Projekt selbst ist nicht unmittelbar haushaltswirksam, da die Finanzierung durch das UKSH erfolgt. Das Land geht derzeit davon aus, dass es für eine ganzheitliche Betrachtung der erforderlichen Baumaßnahmen an beiden Campus` eine Summe von 200 bis 250 Mio. € zusätzlich zur Verfügung stellen muss. Dieser Mittelbedarf erstreckt sich jedoch auf einen Zeitraum von bis zu 15 Jahren, mit einer derzeit geschätzten Höchstsumme von ca. 28 Mio. € in einem Haushaltsjahr und ist so in der Finanzplanung berücksichtigt.</p> <p>Die Finanzierung der baulichen Nebenarbeiten bei der (Ersatz-) Beschaffung von Großgeräten erfolgt grundsätzlich, wie bisher, aus dem Wirtschaftsplan des UKSH.</p>
45	Wie werden zukünftig Folgemaßnahmen – Bau aus Großgerätebeschaffungen finanziert?	<p>Bislang wird weiter mit einem Volumen von 160 Mio. € geplant, siehe auch o. a. Frage 44 zum Landeshaushalt.</p> <p>Für die Bauten der medizinischen Forschung und Lehre werden auf Basis eines im Jahr 2008 geschätzten Bedarfs insgesamt 160 Mio. € bereitgestellt: 80 Mio. € sind in der Budgetplanung des Einzelplans 12 (Hochschulbaumaßnahmen des Landes) berücksichtigt, 40 Mio. € werden über einen Zeitraum von 8 Jahren aus dem Budget des Einzelplans 07 (Ministerium für Bildung und Wissenschaft) finanziert. Das UKSH stellt die restlichen 40 Mio. € zur Verfügung.</p>
46	Ist die Annahme von 160 Mio. € für FuL noch sachgerecht?	
47	Wie hoch sind die Vorkerungen in der MFP bzgl. FuL?	