



16. Wahlperiode

HESSISCHER LANDTAG

Stenografischer Bericht

– ohne Beschlussprotokoll –

– öffentlicher Teil –
Teil 2 von 3

31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft und Kunst
25. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses

Beginn: 17. Mai 2005, 15.03 Uhr

Ende: 18. Mai 2005, 19.40 Uhr

Anwesend

Vorsitzender des Ausschuss für Wissenschaft und Kunst: Abg. Hartmut Holzapfel (SPD)
Vorsitzende des Sozialpolitischen Ausschusses: Abg. Dr. Judith Pauly-Bender (SPD)

CDU

Abg. Holger Bellino
Abg. Michael Boddenberg
Abg. Ulrich Caspar
Abg. Ilona Dörr (Bergstraße)
Abg. Dr. Norbert Herr
Abg. Hugo Klein (Freigericht)
Abg. Eva Kühne-Hörmann
Abg. Dirk Landau
Abg. Aloys Lenz
Abg. Klaus Peter Möller
Abg. Dr. Rolf Müller (Gelnhausen)
Abg. Anne Oppermann
Abg. Claudia Ravensburg
Abg. Rafael Reißer

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Abg. Priska Hinz
Abg. Margaretha Hölldobler-Heumüller
Abg. Kordula Schulz-Asche
Abg. Sarah Sorge

SPD


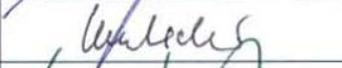

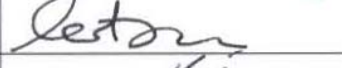


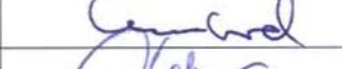
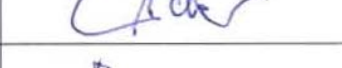



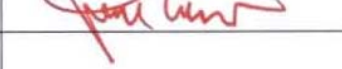
Abg. Hannelore Eckhardt
Abg. Nancy Faeser
Abg. Petra Fuhrmann
Abg. Thorsten Schäfer-Gümbel
Abg. Michael Siebel
Abg. Dr. Thomas Spies

FDP

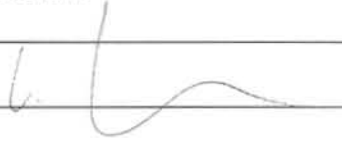
Abg. Nicola Beer
Abg. Florian Rentsch

FraktAss Eisele (Fraktion der CDU)
 FraktAss Lemke (Fraktion der CDU)
 FraktAss Rabanus (Fraktion der SPD)
 FraktAssin Gauderer (Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
 FraktAssin Schreiber (Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
 FraktAss Dr. Fietz (Fraktion der FDP)
 FraktAss Welteke (Fraktion der FDP)



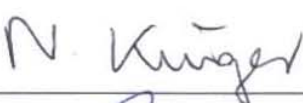


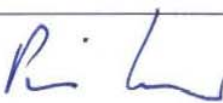

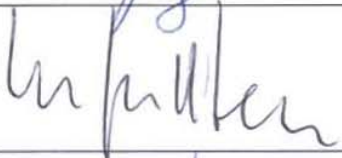

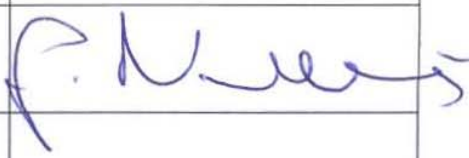
Landesregierung:

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbe- zeichnung	Ministerium, Behörde	Unterschrift
Stettin, Ulf	VAC	HSM	
Wittke	MR	"	
Laubens	H Min	HSM	
Hecker	ROR	HSM	
KÖFER	ROR	HMWK	
CORTS	M	HMWK	
LEONHARD	StS	HMWK	
WEBER, HECHT	Min. Dtg.	HMWK	
Frank, Beate	Min R'in	HMWK	
Bauefeind-Robert	Dir R'in	HMWK	
Arnold	StS	HMdF	
Krdmer	StS	HSM	

Rechnungshof:

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbe- zeichnung	Unterschrift
Gall	VPräs	

Protokollierung: Grünert
 Ulmer
 Dr. Spalt

Institution	Name	Unterschrift
Ehem. Vorstandssprecher des LBK Hamburg	Prof. Heinz Lohmann	
Präsident des Bundeskartellamts	Dr. Böge	
Universitätsklinikum Leipzig Medizinischer Vorstand	Prof. Dr. med. Norbert Krüger	
Philipps-Universität Marburg, Klinikum Abteilung für Neuroradiologie	Prof. Dr. Siegfried Bien	
FB Humanmedizin am Klinikum der Philipps-Universität	Prof. Dr. Norbert Donner- Banzhoff	
Charité - Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte	Prof. Dr. Detlev Ganten	
Universität Bayreuth	Prof. Dr. Peter Oberender	
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Professur für Öffentliches Recht, insbesondere Sozialrecht	Prof. Dr. Ingwer Ebsen	
Mitglied des Aufsichtsrats des Universitätsklinikums Marburg Personalvorstand der Deutschen Lufthansa Aktiengesellschaft - Lufthansabasis -	Stefan Lauer	
	Hans-Georg Knauß	
Geschäftsführender Direktor der Universitätsaugenklinik Tübingen	Prof. Dr. Eberhart Zrenner	
Deutschen Hochschulverband - Landesverband Hessen -	Prof. Dr. Hans-Detlef Horn	
Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomik	Prof. Dr. Günter Neubauer	

Dienstag, 17. Mai 2005

Block A – Experten/Gutachter der Fraktionen (ab 15.03 Uhr): S. 11

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl, Vorsitzender des Wissenschaftsrats (**Stellungnahme Nr. 91**)

Dr. von Harbou, Mitglied des Aufsichtsrats des Universitätsklinikums Gießen Präsident der Industrie- und Handelskammer Frankfurt (**Stellungnahme Nr. 31**)

Dr. Ursula Stüwe, Präsidentin der Landesärztkammer (**Stellungnahme Nr. 32**)

Prof. Dr. med. Wieland Kiess, Dekan der Med. Fakultät der Universität Leipzig, vertreten durch Prof. Dr. Elmar Brähler, Prodekan d. Med. Fak. U. Leipzig (**Stellungnahme Nr. 13**)

Prof. Dr. med. Detlev Michael Albrecht, Medizinischer Vorstand am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden (**Stellungnahme Nr. 64**)

Prof. Dr. Dr. von Eiff, Centrum für Krankenhaus-Management, Universität Münster (**Stellungnahme Nr. 43**)

Ulrich Kasparick, Parl. Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin (**Stellungnahme Nr. 96**) – Vertretung Herr Scheck

Dr. Stefan Michallik, Geschäftsführer der Dr. Michallik Unternehmensberatung GmbH (**Stellungnahme Nr. 61**)

Rüdiger Strehl, Vorstandsvors. des Verbandes der Universitätskliniken Deutschland (VUD) (**Stellungnahme Nr. 57**) – Absage

Prof. Dr. Kox, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Münster

Dr. Wolf, HWP Planungsgesellschaft mbH (**Stellungnahme Nr. 82**)

Ralf Trümner, Rechtsanwalt, Berlin (**Stellungnahme Nr. 70**)

VBL – Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder: Frau Stebel, Herr Redemann (**Stellungnahme Nr. 26**)

Dr. Andreas Tecklenburg, Vizepräsident der Medizinischen Hochschule Hannover (**Stellungnahme Nr. 30**)

Ulrich Kestermann, BAB – Institut für betriebswirtschaftliche und arbeitsorientierte Beratung GmbH

Prof. Dr. Joachim Wieland, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Prof. f. ö. Recht, Finanz- u. Steuerrecht (**Stellungnahme Nr. 63**)

Prof. Dr. med. Peter C. Scriba, Universität München, Medizinische Klinik Klinikum Innenstadt (**Stellungnahme Nr. 10**)

Block C – Die kommunale Stimme (ab 20.24 Uhr):

S. 92

Hessischer Landkreistag (**Stellungnahme Nr. 99**)

Hessischer Städte- und Gemeindebund (**Stellungnahme Nr. 100**)

Hessischer Städtetag – Oberbürgermeister Haumann (Gießen)

Landkreis Gießen Herrn Landrat Willi Marx (**Stellungnahme Nr. 59**)

Landkreis Marburg-Biedenkopf (**Stellungnahme Nr. 22**): Dr. Werner

Magistrat der Universitätsstadt Gießen: Oberbürgermeister Haumann

Magistrat der Universitätsstadt Marburg (**Stellungnahme Nr. 58**)

Oberbürgermeister der Stadt Gießen (**Stellungnahme Nr. 76**): Heinz-Peter Haumann

Oberbürgermeister der Stadt Marburg (**Stellungnahme Nr. 11**): Dietrich Möller

Stadtverordnetenversammlung der Universitätsstadt Gießen (**Stellungnahme Nr. 12**):
Stadtverordnetenvorsteher Herr Gail

Stadtverordnetenversammlung der Universitätsstadt Marburg (**Stellungnahme Nr. 42**):
Herr Löwer

Krankenhauskonferenz Gießen-Marburg: Wolfgang Hofmann

Mittwoch, 18. Mai 2005

Block A – Experten/Gutachter der Fraktionen, Fortsetzung (ab 9.05 Uhr):

S. 112

Prof. Heinz Lohmann, ehem. Vorstandssprecher des LBK Hamburg (**Stellungnahme Nr. 18**)

s

Dr. Böge, Präsident des Bundeskartellamts (**Stellungnahme Nr. 21**)

Prof. Dr. med. Norbert Krüger, Universitätsklinikum Leipzig, Medizinischer Vorstand (**Stellungnahme Nr. 40**)

Prof. Dr. Siegfried Bien, Philipps-Universität Marburg, Klinikum Abteilung für Neuroradiologie (**Stellungnahme Nr. 90**)

Prof. Dr. Peter Oberender, Universität Bayreuth (**Stellungnahme Nr. 86**)

Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff, FB Humanmedizin am Klinikum der Philipps-Universität (**Stellungnahme Nr. 7**)

Prof. Dr. Detlev Ganten, Vorstandsvorsitzender Campus Charité Mitte (**Stellungnahme Nr. 38**) – Absage

Prof. Dr. Eberhart Zrenner, Geschäftsführender Direktor der Universitätsaugenklinik Tübingen (**Stellungnahme Nr. 83**) – Absage

Prof. Dr. Ingwer Ebsen, Professur für Öffentliches Recht, insbesondere Sozialrecht, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Stefan Lauer, Mitglied des Aufsichtsrats des Universitätsklinikums Marburg, Personalvorstand der Deutschen Lufthansa Aktiengesellschaft - Lufthansabasis – (**Stellungnahme Nr. 69**)

Hans-Georg Knauß, Ofterdingen (**Stellungnahme Nr. 95**)

Prof. Dr. Hans-Detlef Horn, Deutschen Hochschulverband- Landesverband Hessen (**Stellungnahme Nr. 39**) – Absage

Prof. Dr. Günter Neubauer, Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomik (**Stellungnahme Nr. 79**)

Block B – Die Universitätsklinik und Hochschulen (ab 13.07 Uhr): S. 182

- Hochschulrektorenkonferenz: Herr Weber (**Stellungnahme Nr. 92**)
- Präsidenten der Universitäten
- Frankfurt: Prof. Dr. Rudolf Steinberg (**Stellungnahme Nr. 98**)
 - Gießen: Prof. Dr. Stefan Hormuth, Kanzler Dr. Breitbach (**Stellungnahme Nr. 84**)
 - Marburg: Prof. Dr. Volker Nienhaus (**Stellungnahme Nr. 19; Stellungnahme Nr. 47, Stellungnahme Nr. 50**)
in Personalunion als Vorsitzender der KHU
- Dekane der Medizinischen Fachbereiche der Universitäten
- Gießen: Prof. Dr. Dr. Hans Michael Piper (**Stellungnahme Nr. 93**)
 - Marburg: Prof. Dr. Bernhard Maisch (**Stellungnahme Nr. 24**)
 - Frankfurt: Prof. Dr. Josef Pfeilschifter (**Stellungnahme Nr. 78**)
- Vorstände der Universitätsklinik:
- Ärztliche Direktoren der Universitätsklinik
 - Gießen: Prof. Dr. W. Weidner (**Stellungnahme Nr. 44 = Stellungnahme Nr. 52**)
 - Marburg: Prof. Dr. Matthias Schrappe (**Stellungnahme Nr. 23**)
 - Frankfurt: Prof. Dr. Roland Kaufmann (**Stellungnahme Nr. 78**) – Absage
 - Kaufmännische Direktoren der Universitätsklinik
 - Gießen: Werner Soßna (**Stellungnahme Nr. 44 = Stellungnahme Nr. 52**)
 - Marburg: Dr. Hans-Joachim Conrad (**Stellungnahme Nr. 23**)
 - Frankfurt: Müller-Bellingrodt (**Stellungnahme Nr. 78**)
 - Pflegedirektoren der Universitätsklinik (**Stellungnahme 45**)
 - Gießen: Waltraut Horch (**Stellungnahme Nr. 44 = Stellungnahme Nr. 52, Stellungnahme Nr. 45**)
 - Marburg: Elke Freyenhagen (**Stellungnahme Nr. 23, Stellungnahme Nr. 45**)
 - Frankfurt: Martin Wilhelm (**Stellungnahme Nr. 45, Stellungnahme Nr. 78**)
 - Personalräte der Universitätsklinik (**Stellungnahme Nr. 87**)
 - Gießen (**Stellungnahme Nr. 87**)
 - Marburg: W. Buckler (**Stellungnahme Nr. 74, Stellungnahme Nr. 77, Stellungnahme Nr. 87**)
 - Frankfurt: Werner Scholze (**Stellungnahme Nr. 1, Stellungnahme Nr. 87**)
 - Frauenbeauftragte der Universitätsklinik
 - Gießen: Irmtraud Short (**Stellungnahme Nr. 54**)
 - Marburg: Prof. Dr. med. Babette Simon (**Stellungnahme Nr. 88**)
 - Frankfurt: Frau Gesell (**Stellungnahme Nr. 14**) – Absage
 - Schwerbehindertenvertreter der Universitätsklinik
 - Gießen: Christa Zoner (**Stellungnahme Nr. 17**)
 - Marburg: Torsten Weller (**Stellungnahme Nr. 15**)

Frankfurt: Herr Krammig (**Stellungnahme Nr. 16**)

- Asten der Universitätsklinik
Gießen – Absage
Marburg (**Stellungnahme Nr. 89**)
Frankfurt
- Fachschaftsräte Medizin der Universitätsklinik
Gießen
Marburg
Frankfurt

Block D – Weitere (ab 17.00 Uhr):

S. 223

Oberin Marie-Luise Koch, Deutsches Rotes Kreuz Schwesternschaft Marburg, (**Stellungnahme Nr. 34, Stellungnahme Nr. 45**)

Marburger Bund - Landesverband Hessen: Udo Rein (**Stellungnahme Nr. 37**)

Verdi Hessen – Fachbereich 03 Gesundheit, Wohlfahrt, sozialer Dienst und Kirchen:
Georg Schulze-Ziehaus, Manfred Rompf (**Stellungnahme Nr. 48**)

Prof. Dr. Michael Lingenfelder, Philipps-Universität Marburg (**Stellungnahme Nr. 29**)

Sozietät Hammonds: RAin Dr. Amel Al-Shajlawi (**Stellungnahme Nr. 73**)

Deutscher Ärztinnenbund e. V.: Dr. Trittmacher (**Stellungnahme Nr. 60**)

Kloster Maria Hilf über St. Josefs-Krankenhaus Gießen: Andreas Leipert (**Stellungnahme Nr. 25**)

Dr. Wolfgang Maaß, Präsidenten der Industrie- und Handelskammer Gießen-Friedberg, (**Stellungnahme Nr. 51**)

Ltd. Ministerialrat a. D. Helmut Meinhold, Heppenheim (**Stellungnahme Nr. 66**)

Agentur für Arbeit Gießen: Schäfer (**Stellungnahme Nr. 67**)

Deutscher Gewerkschaftsbund Landesbezirk Hessen-Thüringen: Angelika Beier, Dietmar Glaßer (**Stellungnahme Nr. 35**)

Dr. Ludwig Georg Braun, Mitglied des Aufsichtsrats des Universitätsklinikums Gießen
Präsident des Deutschen Industrie- und Handelskammertages (DIHK), (**Stellungnahme Nr. 72**)

Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände e. V.: Ilse Ruhleder (**Stellungnahme Nr. 68**)

AG Katholischer Krankenhäuser in Hessen: Peter Römer (**Stellungnahme Nr. 55**)

Verbände der Krankenkassen in Hessen: Stephan Krings (**Stellungnahme Nr. 62**)

Jens Loff, Geschäftsführer der PLS Ramboll Management GmbH (**Stellungnahme Nr. 81**), vertreten durch Georg Spinner

Dr. Peter Hauck-Scholz, Rechtsanwalt, Marburg (**Stellungnahme Nr. 77**)

(Fortsetzung der am Vortag unterbrochen Sitzung)

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich begrüße die Mitglieder des Ausschusses für Wissenschaft und Kunst und des Sozialpolitischen Ausschusses zur Fortsetzung der 31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft und Kunst sowie der 25. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses und freue mich, dass sich insbesondere die Kollegen des Ausschusses für Wissenschaft und Kunst in dieser Woche eine Trilogie vorgenommen haben, deren zweiter Teil heute stattfindet.

Ich begrüße selbstverständlich nicht minder herzlich alle diejenigen, die uns heute Morgen als Sachverständige und heute Nachmittag als Betroffene zur Anhörung zur Verfügung stehen.

Ich darf vorab noch einmal daran erinnern, dass wir gestern in der Nacht unter Punkt 2 im Ausschuss für Wissenschaft und Kunst vereinbart haben, dass wir heute in irgendeiner Weise noch eine Information des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst über den Stand der Arbeiten an der leistungsorientierten Mittelzuweisung entgegennehmen. Ich würde vorschlagen, dies in einer nicht öffentlichen Sitzung zwischen dem ersten und dem zweiten Teil der Anhörung kurz zu tun. Ich habe mit Herrn Minister Corts darüber gesprochen. Er selber kann zu diesem Zeitpunkt leider nicht da sein, aber Herr Staatssekretär Leonhard wird dann kurz zur Verfügung stehen, um die Informationen zu geben, die im Zusammenhang mit der morgigen Anhörung von Interesse sind. Dies sage ich Ihnen als Zwischeninformation.

Ich rufe dann den Block A auf. Das ist ein hässlicher Ausdruck. Ich bitte um Verständnis dafür, dass wir in diesem Block mit einer Ausnahme beginnen müssen: Herr Dr. Böge, der Präsident des Bundeskartellamts, der sich freundlicherweise bereit erklärt hat, heute hier persönlich anwesend zu sein, muss uns aufgrund einer unvorhergesehenen privaten Verpflichtung relativ bald wieder verlassen, sodass ich um Verständnis dafür bitte, dass wir ihn nicht in dem üblichen vorgesehenen Verfahren anhören, sondern ihn vorziehen. Dafür gelten allerdings die ansonsten üblichen Regeln. Er gewinnt dadurch kein zusätzliches Privileg, denn auch er darf nur in fünf Minuten jetzt noch einmal das darstellen, was für ihn über das hinaus, was bereits aus der schriftlichen Stellungnahme zu ersehen ist, der Schwerpunkt ist. Ich würde versuchen, dass wir uns in der anschließenden Fragerunde möglichst knapp halten, und kündige schon jetzt an, dass ich, wenn 30 Minuten um sind – ich hoffe, dass es nicht so lange dauert; aber spätestens dann werde ich das tun –, die Befragung von Herrn Dr. Böge für beendet erklären werde, weil wir sonst mit dem Zeitablauf in Schwierigkeiten geraten.

Ich unterstelle nach den Vorgesprächen mit den Obleuten, dass über dieses Verfahren Einverständnis herrscht. – Dann darf ich Sie bitten, das Wort zu ergreifen.

Präsident **Dr. Böge**: Herr Vorsitzender, ich bedanke mich vielmals für das Verständnis, dass ich diese Möglichkeit habe. Ich habe Ihnen vorhin erläutert, warum das so wichtig ist.

Ich habe mit Schreiben vom 25. April an den Ausschuss zu der Anfrage bezüglich des Gesetzes über die Errichtung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg unter

wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten Stellung genommen. Ich glaube, als Quintessenz der Stellungnahme kann ich noch einmal festhalten, dass weder die in diesem Gesetzentwurf geplante Zusammenlegung der beiden Universitätskliniken noch die nachfolgende Umwandlung in eine Kapitalgesellschaft kontrollpflichtig sind. Es handelt sich hier ja quasi um konzerninterne Vorgänge innerhalb des Landes Hessen, denen das Wettbewerbsgesetz insoweit nicht entgegensteht.

Etwas anderes gilt für die anschließend beabsichtigte Veräußerung der Kliniken an Dritte. Denn ganz gleich, ob die Kliniken jetzt einzeln privatisiert oder im Anschluss an die beabsichtigte Zusammenlegung gemeinsam verkauft werden, unterliegen sie der Fusionskontrolle, soweit dem jeweiligen Erwerbskonzern zusammen mit der erworbenen Klinik Umsätze von mehr als 500 Millionen € jährlich zuzurechnen sind. Diese Umsatzschwellenwerte werden von allen größeren Privatklinikketten – ob das jetzt Helios, Rhön, Asklepios, Sana, Aneos oder andere sind – überschritten.

Das Bundeskartellamt muss grundsätzlich ein Zusammenschlussvorhaben untersagen, wenn durch das Vorhaben entweder die Entstehung einer marktbeherrschenden Stellung oder aber die Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung zu erwarten ist. Das Amt hat somit keine Entflechtungsbefugnis, sondern ist bereits vor dem Entstehen der marktbeherrschenden Stellung darauf beschränkt, aber auch dazu verpflichtet, jede weitere fusionsbedingte Verschlechterung der Marktstruktur zu verhindern.

Ob und inwieweit die Universitätskliniken Gießen und Marburg einzeln oder gemeinsam über eine marktbeherrschende Stellung verfügen, kann sich erst nach genaueren Untersuchungen ergeben. In der Regel ist hierfür erforderlich, dass man die Patienteneinzugsgebietsstatistiken für alle regional betroffenen Krankenhäuser heranzieht. Insbesondere muss zunächst die Reichweite des räumlich relevanten Marktes festgestellt werden. Unterstellt man aber, dass die Universitätskliniken Gießen und Marburg marktbeherrschend wären, so wäre damit nicht zwangsläufig die Übernahme der Kliniken durch ein anderes Unternehmen ausgeschlossen. Denn ist der Erwerber auf dem räumlich relevanten Markt gar nicht tätig, dann gibt es auch keine Addition von Marktanteilen, und damit gäbe es in der Regel auch kein Problem hinsichtlich der Frage der Fusionskontrolle. Es käme also zu keiner Verstärkung der marktbeherrschenden Stellung.

Kommt es aber durch den beabsichtigten Zusammenschluss zu einer solchen Addition, dann könnte eine Untersagung abgewendet werden, soweit die beteiligten Unternehmen dann anbieten, sich von Unternehmensteilen zu trennen, die die Marktbeherrschung oder die Verstärkung der Marktbeherrschung begründen würden.

Rein fusionsrechtlich gesehen ist eine Zusammenlegung der beiden Universitätskliniken durch das Land Hessen insoweit unproblematisch. Ihre anschließende Veräußerung an einen privaten Investor ist unter den genannten Bedingungen, also ohne Marktanteilsaddition, wettbewerbsrechtlich grundsätzlich möglich. Da nach den Darlegungen, die wir von den zuständigen hessischen Ministerien erhalten haben, eigentlich nur Helios und Asklepios mit je einem Krankenhaus in der Region vertreten sind, sind vorbehaltlich einer abschließenden Prüfung keine erheblichen kartellrechtlichen Probleme zu erwarten.

Dennoch erscheint es – wenn Sie mir erlauben, das zu sagen – aus wettbewerbspolitischer Sicht wünschenswert – ich habe die Rolle des Bundeskartellamts immer auch so

verstanden, dass wir uns ganz generell für den Schutz des Wettbewerbs einsetzen –, dass man die beabsichtigte En-bloc-Privatisierung noch einmal gegenüber einer Veräußerung der beiden Kliniken an verschiedene private Träger abwägt.

Das Land Hessen ist meines Erachtens zu Recht der Auffassung, dass die Hebung privatwirtschaftlicher Ressourcen den Interessen des Gesundheitswesens nicht entgegensteht, sondern ihnen förderlich ist. Allerdings muss wirtschaftliche Tätigkeit gleichzeitig auch zwingend der Kontrolle durch den Markt, das heißt durch den Wettbewerb im Markt unterliegen, und zwar im Interesse aller Marktteilnehmer, insbesondere aber auch im Interesse der Patienten. Nach derzeitigem Erkenntnisstand ist zu erwarten, dass die Übernahme der zusammengelegten Universitätskliniken Gießen und Marburg dem zukünftigen privaten Krankenhausträger in der Region eine marktbeherrschende Stellung verschaffen wird, die durch das Wettbewerbsrecht – wie ich das dargelegt habe – nicht verhindert werden kann. Dies kann dazu führen, dass zunächst die regionalen Versorgungsstrukturen dauerhaft nach den wirtschaftlichen Interessen des dann neuen privaten Krankenhausträgers und zulasten der deutlich kleineren Krankenhäuser in der Region verändert werden.

Beim Verbleib zweier Kliniken mit zwei unterschiedlichen privaten Trägern wird der Wettbewerb eher dazu führen, dass sich zwei Zentren bilden könnten, mit denen die kleineren Häuser nach Wahl kooperieren und auch Synergien erschließen könnten. Hierdurch werden sich im Wettbewerb effiziente Strukturen herausbilden, die nicht durch individuelle wirtschaftliche Interessen dominiert werden können. Kooperationen zwischen den beiden Zentren, also zum Beispiel auch zur Nutzung medizinischer Großgeräte, sind dabei ja durch das Kartellgesetz nicht ausgeschlossen.

Auch aus Patientensicht würde die Veräußerung an zwei verschiedene private Träger wohl eher von Vorteil sein. Für die Patienten stellt der Wettbewerb sicher, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung angeboten wird, dass sie Wahlmöglichkeiten haben und gleichzeitig vor einer Patientenselektion aus rein wirtschaftlichen Überlegungen wirksam geschützt werden. Ob man diesen Weg allerdings beschreitet und welches Ergebnis der Abwägungsprozess ergibt, ist eine rein politische Entscheidung, die das Land Hessen treffen muss. Das ist keine kartellrechtliche Entscheidung mehr.

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Ich habe zwei Nachfragen. Wir haben gestern in der Anhörung gehört, dass unter dem Gesichtspunkt Krankenhausstruktur und -planung eine regionale Struktur mit den Universitätsklinika, die möglicherweise größer ist als die beiden Universitätsklinika, wünschenswert wäre und dass das in Fragen der Kooperation zwischen Krankenhäusern, also Krankenhausleitungen, Krankenhausträgern und Krankenhausärzten sowie -abteilungen, außerordentlich schwierig ist und technisch sehr viel einfacher zu handhaben ist, wenn man größere Verbünde schafft.

Ich darf Ihren Äußerungen entnehmen, dass die Schaffung eines wirtschaftlichen Verbundes, der noch größer wäre als die beiden Universitätsklinika, also die Hinzuführung weiterer Krankenhäuser im Sinne eines abgestuften regionalen Versorgungskonzepts, dann aber definitiv ausgeschlossen wäre. Die dürfen also nicht noch weitere Krankenhäuser dazukaufen, wenn man denn ein fusioniertes und privatisiertes Klinikum schafft, selbst wenn das zulässig wäre?

Präsident **Dr. Böge**: Ich kann nicht abschließend sagen, dass das nicht gehen würde. Das hängt ja in der Tat von der Abgrenzung des Marktes ab, die wir bis dato nicht vornehmen können. Dafür muss man die Einzelheiten wissen. Dafür muss man wissen, ob es nach dem Bedarfsmarktkonzept Ausweichmöglichkeiten für die Patienten geben wird. Ausgeschlossen wäre es wahrscheinlich, wenn in dem dann relevanten Markt bereits Krankenhausträger wären, die durch eine weitere Übernahme – was von einer Kooperationsüberlegung zu trennen wäre – dann die marktbeherrschende Stellung ausbauen wollen. Das wäre dann nach dem Gesetz natürlich nicht möglich. Aber das muss man im Einzelfall sehen. Ich halte es für ein bisschen spekulativ, dazu etwas zu äußern, ohne dass man die genaue Struktur kennt.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Dann habe ich noch eine zweite Frage. Es gibt ja inzwischen die Möglichkeit, auch niedergelassene ärztliche Tätigkeit im Rahmen von Netzen und Verbindungen usw. zu führen. Es gibt zumindest ein Interesse einzelner privater Krankenhaus- oder Gesundheitsdienstleistungsunternehmen, sich auch im ambulanten Markt stark zu machen. Wäre die Frage, in welchem Umfang ein solcher Anbieter auch im ambulanten Markt in der Region tätig ist, für eine Prüfung relevant?

Präsident **Dr. Böge**: Wenn die Struktur als solche vorhanden wäre – ich habe ja dargelegt, dass der Zusammenschluss als solcher und wahrscheinlich auch die Veräußerung dem Kartellrecht nicht entgegenstehen –, dann ist hinterher die Frage, was sich an Konkurrenzbeziehungen zwischen der ambulanten Tätigkeit und einer gleichen Tätigkeit in den Kliniken ergibt, kartellrechtlich nicht mehr relevant. Vielmehr muss das bei der Struktur berücksichtigt werden, die man vorher schafft. Das ist ja das, was ich darzulegen versucht habe: dass natürlich auch die Frage der ambulanten Leistungserbringung, und zwar auch in Kooperation zwischen privaten, ambulanten tätigen Ärzten und Kliniken, durchaus möglich ist. Solche Wahlmöglichkeiten oder Kooperationen sind natürlich unter Umständen eingeschränkt, wenn man nur noch einem gegenüber treten kann.

Abg. **Eva Kühne-Hörmann**: Sie haben eben dargestellt, dass aus wettbewerbsrechtlicher Sicht all diese Dinge, die diskutiert werden, bei einer entsprechenden Begleitung und bei Beachtung der Vorgaben, die dazu führen, dass kartellrechtliche Probleme ausgeschlossen werden, möglich sind. Sie haben zum Zweiten gesagt, aus wettbewerbspolitischer Sicht gebe es die einen oder anderen Bedenken, und haben den Vorschlag unterbreitet, eine Möglichkeit, dem aus dem Weg zu gehen, sei möglicherweise, das bei beiden Klinika an verschiedene private Träger zu vergeben.

Wir hatten gestern schon eine Anhörung von Sachverständigen, bei der Experten gesagt haben, sowohl die Größe einer Einheit, eines Klinikums, als auch der Forschungsschwerpunkt seien Hauptkriterien, um im internationalen Wettbewerb mithalten zu können. Vor dem Hintergrund des Vorschlags, den Sie gemacht haben, wäre eine solche Einheit natürlich nicht mehr möglich.

Nun kommt meine Frage. Das, was im medizinischen Bereich und international diskutiert wird, bezieht sich auf andere Vorgaben als die, von denen Sie ausgehen. Haben

Sie das ausschließlich aus kartellrechtlicher Sicht gesehen, oder haben Sie auch die Kriterien einbezogen und mit berücksichtigt, die im medizinischen Bereich auch international – sowohl was die Größe der Einheit als auch die Schwerpunkte von Forschung und Lehre angeht – herangezogen werden?

Präsident **Dr. Böge**: Meine Stellungnahme kann sich ja nur auf das beziehen, was nach dem Kartellrecht möglich ist oder was nach dem Kartellrecht nicht möglich wäre. Die Frage der wettbewerbspolitischen Beurteilung ist eine andere. Das wird am Ende ein politischer Abwägungsprozess sein, der wahrscheinlich auch über rein wettbewerbsrechtliche Fragen hinausgeht. Aber wenn Sie die Frage der internationalen Wettbewerbsfähigkeit ansprechen, muss ich sagen: Da muss man davon ausgehen, dass es sich um einen internationalen Markt handelt. Ich hätte momentan Probleme, mir das bei der Versorgung mit medizinischen Leistungen vorzustellen.

Was die Forschung angeht, mag es sich anders darstellen. Aber ich glaube, da gibt es auch andere Strukturvorstellungen, die außerhalb des wirtschaftlichen Zusammenschlusses dieser beiden Universitätskliniken liegen. Ich glaube, dass man wohl auch daran denkt, hier eine Abtrennung des Forschungsbereiches vorzunehmen, wenn ich nicht falsch informiert bin. Aber das ist kein Gebiet, das wir hier in den Abwägungsprozess einbeziehen könnten.

Abg. **Eva Kühne-Hörmann**: Vielleicht noch etwas zur Abtrennung der Forschung. Abtrennung von Forschung hört sich so an, als ob Forschung keine Rolle mehr spielen würde. Ich will hier noch einmal ganz deutlich sagen – weil das gestern auch diskutiert worden ist –: Forschung und Lehre wird nicht etwas sein, was privatisiert wird – das ist unbestritten –, sondern Forschung und Lehre müssen da natürlich im Zusammenhang gesehen werden. Deswegen spielt natürlich auch dieser Bereich eine Rolle. Ich wollte das nur noch einmal klarstellen, damit nicht der Eindruck entsteht, dass Forschung und Lehre dann irgendwo außerhalb des Landes Hessen betrieben werden sollten.

Präsident **Dr. Böge**: Nein. Forschung und Lehre werden eben nicht privatisiert. So habe ich das verstanden. Insofern ist das nicht in diesen Zusammenschluss einzubeziehen, wenn es um die Frage der kartellrechtlichen Kontrolle geht. Forschung und Lehre werden weiterhin stattfinden. Sie werden sicher – ohne Zweifel – im internationalen Wettbewerb stehen. Aber die Frage des Zusammenschlusses – privatisiere ich jetzt ein zusammengeschlossenes Unternehmen Gießen plus Marburg, oder privatisiere ich beide getrennt? – lässt den Forschungsbereich wahrscheinlich noch unberührt.

Aber die Frage nach dem internationalen Wettbewerb ist dann doch unterschiedlich zu beurteilen, nämlich erstens bezogen auf die Versorgung durch die beiden Universitätsklinika bzw. dann das geschlossene Universitätsklinikum – auf der einen Seite die rein medizinische Versorgung – und zweitens bezogen auf die Frage nach der Forschung und Entwicklung, die ja nicht privatisiert werden, wenn ich das richtig verstehe. Andernfalls wäre ich falsch informiert.

Abg. **Nicola Beer**: Zwei Punkte möchte ich gern nachfragen, Herr Böge. Erstens: Habe ich Sie richtig verstanden, dass bei der Betrachtung der Marktbeherrschung nicht nach den verschiedenen Versorgungsbereichen unterschieden wird? Denn wir haben ja hier die Situation, dass wir zum einen über die beiden Universitätskliniken die Maximalversorgung sicherstellen, aber aufgrund des Krankenhausmarkts in der mittelhessischen Region sehen, dass die Universitätskliniken auch einen großen Teil der Grundversorgung mit abdecken. Werden diese zwei Bereiche im Hinblick auf den privaten Übernehmer der fusionierten Anstalt – das ist ja jetzt erst einmal so geplant – separat betrachtet, oder werden sie quasi als Querschnitt berechnet? Wird das als Durchschnitt einbezogen? Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage bezieht sich auf Folgendes: Wenn ich Ihre schriftliche Stellungnahme richtig verstanden habe, dann ist die Tatsache, dass die mittelhessische Region im Krankenhausmarkt schon jetzt, wenn man beide Universitätskliniken betrachtet, von den Universitätskliniken dominiert wird und von der fusionierten Anstalt dann erst recht dominiert würde, noch nicht von kartellrechtlicher Relevanz, wenn diese dominierende fusionierte Anstalt dann von einem Betreiber übernommen wird, der in der Region bislang nicht engagiert ist?

Zuruf von der SPD: Dann hat sich das erledigt!

Präsident **Dr. Böge**: Der zweite Punkt ist völlig klar: In dem Moment, in dem jemand noch nicht in der Region engagiert ist, wird es keinen kartellrechtlichen Grund geben, um eine solche Fusion zu untersagen. Das ist der Grund, aus dem ich dargelegt habe, dass sich aus kartellrechtlichen Gründen auch nach einer Zusammenlegung der beiden Universitätskliniken – was ja „konzernintern“ jederzeit gemacht werden kann – hinterher kein kartellrechtliches Problem stellt, das nicht lösbar wäre. Insofern wird gegen diese Fusion letzten Endes kartellrechtlich wahrscheinlich gar nichts einzuwenden sein. Es mag an kleineren Stellschrauben zu drehen sein, je nachdem, wer aus dem Bieterwettbewerb hervorgeht. Das gilt unabhängig davon, glaube ich, welche Marktdefinition man zugrunde legt.

Wir sind in der Vergangenheit allerdings bis dato davon ausgegangen, dass der Krankenhausmarkt ein eigenständiger relevanter Markt ist.

Abg. Nicola Beer: Und die erste Frage?)

– Der Krankenhausmarkt ist ein eigenständiger relevanter Markt, ja.

Abg. **Sarah Sorge**: Wenn ich Sie richtig verstanden habe, haben Sie gesagt, dass eine Fusion beider Kliniken das ganze Problem erschwert, weil es einfacher wäre, die Klinika an verschiedene Betreiber zu veräußern, sodass das kartellrechtliche Problem nicht ganz so groß würde. Wir haben es aber hier mit einem Gesetzentwurf zu tun, der als Erstes die Fusion und erst dann die gemeinsame Veräußerung vorsieht. Insofern, denke ich, nehmen wir das so zur Kenntnis. Wahrscheinlich haben wir es hier mit einem anderen Sachverhalt zu tun.

Sie haben gesagt, dass das Problem nur da bestehe, wo schon Unternehmen im relevanten Markt tätig seien. Sie haben gesagt, das seien Helios und Asklepios. Herr Spies hat ja auch schon angefragt, was den ambulanten Bereich betrifft. Wir wissen, dass sich beispielsweise Fresenius zurzeit schon in Marburg-Biedenkopf bei den ambulanten Zusammenschlüssen einkauft. Es ist ja gut möglich, dass bis zum Zeitpunkt der Veräußerung die Teilhabe von Privaten gerade im ambulanten Bereich noch größer wird. Deswegen wollte ich Sie fragen, ob das dann zu diesem Zeitpunkt auch noch mit untersucht wird und welche Betreiber dann, wenn die beiden Großen, Helios und Asklepios, herausfallen würden – wenn das so ist, wie Sie es beschrieben haben –, dann noch als relevante Betreiber in diesem Bereich mit Erfahrungen bei Großkrankenhäusern infrage kämen.

Präsident **Dr. Böge**: Ich glaube, dass da ein gewisses Missverständnis vorliegt. Erstens noch einmal: Die Fusion erschwert das Vorgehen unter kartellrechtlichen Gesichtspunkten nicht, weil die Zusammenlegung der beiden Universitätskliniken von dem Land Hessen als Eigner so unternommen werden kann, wie ein Unternehmen, das zwei Tochtergesellschaften hat und diese zusammenlegt, dies auch jederzeit tun kann. Das ist ein konzerninterner Vorgang, der kartellrechtlich nicht zu überprüfen ist.

Die Frage der Veräußerung hinterher an einen Dritten würde nicht durch die Frage erschwert, ob man einmal ein zusammengelegtes Unternehmen oder zweitens zwei verschiedene Unternehmen hat, die man an Dritte veräußert. Ich glaube, das ist fusionskontrollrechtlich kein großer Unterschied. Es ist sicher ein wettbewerbspolitischer Unterschied. Aber fusionskontrollrechtlich ist es das sicher nicht.

Ich möchte auch nicht so verstanden werden, dass die beiden genannten Krankenhausketten Helios und Asklepios von einem solchen Bieterwettbewerb ausgeschlossen wären, um Gottes willen. Das sollte aus diesen Worten nicht entnommen werden. Denn ich sagte auch, unseres Wissens haben beide dieser Ketten jeweils ein Krankenhaus in dieser Region. Natürlich kann man sich auch vorstellen, dass es dann zu einer Bereinigung – wie auch immer – kommt, von mir aus auch durch Abstoßen dieses Krankenhauses, was dann fusionskontrollrechtlich gar kein Problem mehr auslösen würde. Aber das muss man der Einzelfallprüfung hinterher vorbehalten. Ich möchte nicht so verstanden werden, dass ich sagte, irgendeiner der Bieter wäre aus dem Verfahren auszuschließen.

Die Tatsache, dass es inzwischen andere Beteiligungsstrukturen außerhalb dieses Konzerns gibt, würde sich im kartellrechtlichen Sinne auch nicht auswirken, weil wir ja den Zusammenschluss als solchen zu prüfen hätten und nicht sehen könnten, dass dies kartellrechtlich zu Bedenken führte.

Abg. **Nicola Beer**: Auf den ersten Punkt möchte ich gern noch einmal zurückkommen. Habe ich Sie richtig verstanden? Man müsste dann bei der Auswahl der Bewerber, wenn man die fusionierte Anstalt hat, die ja per se größer ist als die zwei getrennten Anstalten, die jetzt existieren, dann auch einen Blick auf den Bewerber und auf sein schon vorhandenes Engagement in der Region haben, weil das eventuell einen Rückschluss, eine Konsequenz dadurch haben könnte, dass die neue fusionierte Anstalt so groß ist. Wenn ein entsprechendes relevantes Engagement in der Region schon be-

steht, dann kann eben ein Abstoßen von Teilen des Engagements in der Region notwendig werden, um die Übernahme kartellrechtlich nicht untersagen zu müssen.

Präsident **Dr. Böge**: Das ist richtig. Natürlich muss man kartellrechtlich ein Augenmerk auf den haben, der als Erwerber in Betracht kommt. Würde der Erwerb durch ihn zu einer Verstärkung der marktbeherrschenden Stellung führen – was bei einer Marktanteilsaddition, wenn sie spürbar wäre, ja der Fall wäre –, dann gäbe es ein kartellrechtliches Problem. Die Frage ist dann aber, ob man dieses kartellrechtliche Problem nicht lösen kann. Das kann man natürlich durch das Angebot von Auflagen unter Umständen auch bereinigen.

(Abg. Nicola Beer: Ja, das ist klar!)

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Dann darf ich feststellen, dass die Befragung von Herrn Dr. Böge beendet ist. Herr Dr. Böge, ich darf Ihnen recht herzlich dafür danken, dass Sie doch gekommen sind, um uns hier für die erste halbe Stunde zur Verfügung zu stehen.

Wir kommen dann zu dem auch gestern praktizierten Verfahren, das ich aber heute noch einmal erläutern muss, weil wir heute andere Gäste als Anzuhörende haben. Der Ausschuss ist wie folgt verblieben, in den Anhörungen zu verfahren: Die von den Fraktionen benannten Experten und Gutachter sollen jeweils bis zu fünf Minuten lang noch einmal darlegen können, was sie ergänzend zu dem, was schriftlich vorliegt, akzentuieren oder erweitern wollen. Sie können davon ausgehen, dass die schriftlichen Stellungnahmen nicht nur vorliegen, sondern auch gelesen worden sind. Ich bitte Sie also, wirklich nicht nur das zu wiederholen, was ohnehin schon darin steht.

Nach dieser Runde, in der die Anzuhörenden hintereinander ihre eigenen Statements abgeben, gibt es eine erste Fragerunde, in der jede Fraktion jeweils eine Viertelstunde Zeit hat. Diese Viertelstunde setzt sich sowohl aus der Zeit zusammen, die die fragende Fraktion verbraucht, um ihre Fragen zu stellen – je länger sie braucht, um ihre Frage zu formulieren, desto weniger Zeit lässt sie für die Antwort –, als auch aus dem, was Sie antworten. Ich sage das deshalb, dass Sie bedenken, dass Sie, wenn Sie der Erste sind, nicht so lange reden, dass der zweite noch Befragte möglicherweise keine Chance mehr hat. Denn wir hören dann wirklich nach den 15 Minuten dieser ersten Runde auf. Sie können das natürlich auch als strategische Chance nutzen.

Wir haben dann eine zweite Runde, die das nach demselben Schema noch einmal mit fünf Minuten wiederholt, und dann eine optionale dritte Runde, wenn noch einzelne Fragen übrig bleiben. Für diese dritte Runde haben wir gestern festgestellt, dass es in dieser nur den Maßstab gibt, dass Exzesse zu vermeiden wären. Ich hoffe, mir gelingt es im Laufe des Tages noch, herauszubekommen, was das ist.

Ich denke, dass jetzt halbwegs klar ist, wie das strukturiert ist.

Ich darf jetzt zur Überprüfung unseres eigenen Procederes sowie der eingereichten Unterlagen noch einmal nachfragen, wer von den Anzuhörenden heute da ist.

(Der Vorsitzende stellt die Anwesenheit der Anzuhörenden fest; siehe Anwesenheitsliste.)

Dann darf ich um die Stellungnahmen bitten. Ich habe gestern gesagt, die Reihenfolge ist wie bei einem Zufallsgenerator. Denken Sie bitte nicht allzu intensiv über diese Reihenfolge nach.

Prof. **Lohmann**: Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich gebe meine Stellungnahme ab vor dem Hintergrund einer fast 13-jährigen Tätigkeit im LBK Hamburg. Dort haben wir in den letzten Jahren von zehn Krankenhäusern im Konzern auf sieben Krankenhäuser fusioniert und zum Beginn dieses Jahres eine Privatisierung realisiert.

Die steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in allen entwickelten Industriegesellschaften vor dem Hintergrund der gleichen Demografie und der Entwicklung der Medizin sowie bei gleichzeitig stagnierenden Finanzmitteln aufgrund von Einschränkungen der sozialen Transferleistungen und aufgrund von Prioritätenentscheidungen solcher Gesellschaften im globalen Wettbewerb führt dazu – wenn die Schere zwischen steigender Nachfrage nicht im gleichen Maße steigenden Finanzmitteln nicht geschlossen werden soll –, dass entweder die Leistungen drastisch eingeschränkt werden müssen oder – wenn das nicht gewollt ist, was sozialpolitisch geboten erscheint und zumindest in Europa auch große Tradition hat – dass der Weg der Produktivitätssteigerung gewählt werden muss. Deswegen ist auch – so sehe ich es wenigstens – politisch unstrittig, dass auch im Gesundheitsbereich Wettbewerb organisiert werden soll und muss, und zwar Wettbewerb um Qualität und Preis. Deswegen wandeln sich sehr viele Krankenhausunternehmen und nicht, weil die DRGs eingeführt werden oder weil Instrumente anders greifen, sondern wegen dieser gesellschaftlichen Grundfrage.

Überall sind „Konzentration der Leistungen auf weniger Standorte“ und „Vernetzung der Standorte und Anbieter“ die entsprechenden Stichworte. Die Voraussetzungen für Erfolg sind ein konsequentes medizinisches Konzept, das die Strukturen verändert, Portfolios neu gestaltet und die Prozesse in Richtung Patientenorientierung ausrichtet, infrastrukturelle Voraussetzungen – hier insbesondere die Bausubstanz, die ja bei diesem Thema eine große Rolle spielt – und die Handlungsgeschwindigkeit. Die Handlungsgeschwindigkeit bei der Umsetzung ist ein dritter wichtiger Punkt, denn es geht hier um einen Verdrängungswettbewerb, der in den nächsten Jahren ansteht.

Die Voraussetzung, siegreich und erfolgreich zu sein, ist ausreichendes Kapital, um die Umsetzung der Konzepte schnell zu realisieren, und sind Regeln in Unternehmen, die nicht verlangsamen, sondern beschleunigen, und sind Gesellschafter, die siegen wollen, die also auch siegen können. Das heißt, es müssen Gesellschafter sein, die auch Partikularinteressen vertreten dürfen. Denn Wettbewerb bedeutet, sich gegenüber anderen durchzusetzen. Öffentliche Verantwortung bedeutet für alle, Verantwortung zu tragen.

Für die Universitätskliniken Marburg und Gießen heißt das aus meiner Sicht, dass durch die Fusion schnell die Wettbewerbssituation gegenüber Unikliniken in Metropolen und auch international verbessert werden kann. Das kann insbesondere dadurch geschehen, dass Spezialeinheiten, die komplexe Medizin anbieten, zusammengelegt wer-

den können und dass der ruinöse Wettbewerb zwischen den Standorten unterbunden werden kann. Das gilt übrigens auch im Wettbewerb um hervorragende Mitarbeiter, denn diese werden in den nächsten Jahren knapp werden. Der Modernisierungsprozess schafft und sichert also Arbeitsplätze, denn nur Unternehmen mit Zukunftschancen werden sichere Arbeitsplätze bieten können.

Alle nicht medizinischen Serviceleistungen können gemeinsam realisiert werden. Das gilt sowohl für die technischen Facility-Angebote als auch für den Einkauf von strategischen und operativen Angeboten sowie für die Logistik – es kann ein Zentrallager eingerichtet werden –, für Abrechnungsmodalitäten, für den Personalservicebereich usw. Mein Rat geht dahin, mit einem schnellen zweiten Schritt dann die Privatisierung zu realisieren.

Die Rolle des Staates in einem Wettbewerbssystem wandelt sich. Er hat in Zukunft die Aufgabe, die Marktordnung zu gestalten. Das ist ja eben vom Präsidenten des Bundeskartellamts ganz eindeutig als Aufgabe des Staates in einem Wettbewerbssystem herausgestellt worden. Er hat den Verbraucherschutz und den Patientenschutz zu organisieren. Auf Deutsch gesagt: Er muss Schiedsrichter sein und kann nicht Mitspieler sein. Ich komme aus einer ländlichen Region, und dort war es immer schlecht, wenn einer der Spieler, wenn kein Schiedsrichter vorhanden war, geschiedsrichtet hat. Das Spiel endete meistens nicht gut.

Ein öffentlicher Gesellschafter – das ist auch meine persönliche Erfahrung – bremst eher ein Unternehmen, weil er auch die Situation der Mitbewerber im Auge haben muss. Die Privatisierung kann die Handlungsgeschwindigkeit deutlich erhöhen. Das schafft Wettbewerbsvorteile bei der Realisierung von Bauvorhaben, bei Beschaffungen, bei Kooperationen mit strategischen Partnern. Es gibt meines Erachtens ausreichend Modelle in den bisherigen Privatisierungsvorhaben, die all die Fragen aufgreifen, die Sie zu den Einzelproblemen gestellt haben: Fragen zur Unternehmensbewertung, aber auch Fragen dazu, wie der Personalübergang gestaltet werden kann und wie viele andere Dinge realisiert werden können, die in anderen Verfahren bereits gemacht worden sind, die hier dann übernommen werden müssen.

Es ist ein sehr komplexes Vorgehen. Es wird sehr genau und sehr intensiv begleitet und geprüft werden müssen. Mein Fazit ist: Ich empfehle Ihnen sowohl die Fusion als auch die Privatisierung.

Prof. Dr. Krüger: Eine kurze Vorbemerkung: Ich habe mir Gedanken gemacht, dass ich hier einige Thesen verbreite oder bekannt gebe, die neugierig machen sollen. Unklar war mir: Wie viel Studierende will das Land pro Jahr zu Medizinern ausbilden, wie viel Fachärzte sollen an den Hochschulstandorten ausgebildet werden? Da hat die Politik zu entscheiden.

Zweitens komme ich aus dem Land Sachsen, in dem vor zweieinhalb Jahren ein Hochwasserproblem ein 1.000-Betten-Krankenhaus über Nacht unfähig machte, Patienten zu behandeln. Ich will damit sagen, dass ein Krankenhaus der Größe mit über 1.000 Betten über Nacht nicht mehr am Netz war, wie es so schön heißt, und dass das zu keinen Engpässen in der Versorgung geführt hat. Ich habe Ihnen in meiner Stellungnahme Zahlen aus Schweden und aus Hessen genannt. Ich habe die Krankenhauszah-

len verglichen. Der Flächenstaat Schweden hat 8,8 Millionen Einwohner und 90 Krankenhäuser. Er hat eine hervorragende medizinische Versorgung. Ich habe noch nicht gehört, dass es dort Qualitätsprobleme gäbe. Deutschland liegt weltweit an dritter Stelle bei den Ausgaben im Gesundheitsbereich mit 240 Milliarden € pro Jahr. Im Qualitätsbereich liegen wir eher im unteren Teil, je nach Standort.

Ich glaube, dass der Hochschulbereich der Medizin am Standort Mittelhessen nur dann überlebt, wenn es zu einer Fusion kommt, und zwar nicht zu einer Fusion unter gleichberechtigten Partnern wie in New York, in San Francisco, in Berlin oder in Schleswig-Holstein. Das hat nicht funktioniert. Meine Überzeugung ist, dass ein Standort reduziert werden muss. Ich habe das in der Stellungnahme auch beschrieben.

Ich glaube auch, dass die Privatisierung verhindert werden kann. Ich halte primär nichts von Privatisierung als das Allheilmittel, wenn es gelingt, mit Professionalität und einem Management, einem Dreiergremium und schlanken Strukturen, wie es so schön heißt, den Standort Mittelhessen im Sinne einer Medizinischen Mittelhessischen Hochschule – ich habe das MMH genannt –, und zwar an einem Standort, einem Hauptstandort, und einem Außenstandort im Sinne eines Netzwerks zum Ausbau eines Gesundheitskonzerns zu schaffen. Ich möchte betonen, dass das, was Private können, auch wir selbst im Hochschulbereich können, dass sie dort auch kaufen und aufkaufen dürfen und ein Netzwerk bilden können.

Eine These, die Sie möglicherweise kennen, ist: Es gibt kein modernes oder überlebensfähiges Unternehmen in Deutschland, das seinen Nachwuchs primär für die Konkurrenz ausbildet. Im medizinischen Bereich und gerade im Hochschulbereich bilden wir ja ständig Spitzenkräfte aus, um sie an die Konkurrenz abzugeben. Das ist etwas, was auf Dauer auch eine Hochschule nicht aushalten wird.

Die letzten beiden Thesen, die ich Ihnen noch nennen möchte, sind: Das Alleinstellungsmerkmal – das möchte ich am Schluss betonen – ist Forschung und Lehre. Warum sind die Hochschulen in Marburg und Gießen gegründet worden? Warum ist die Medizin dort etabliert worden? Weil Forschung und Lehre das Primat ist. Das muss erhalten bleiben. Ich glaube nicht, dass diese etwas schizophrene Stellung, wenn Sie die Kliniken privatisieren und die Hochschulen unter den staatlichen Einfluss bleiben, auf Dauer Bestand haben kann. Deswegen ist es mein dringender Appell, dass der Zusammenhalt von Forschung und Lehre und Patientenversorgung in einem Unternehmen mit Kooperationsverträgen und in enger Kooperation mit den beiden Hochschulen in Gießen und Marburg angebunden bleiben muss. Das ist selbstverständlich auch gestern gesagt worden. Da gibt es ja die so genannten Lebenswissenschaften, Bioscience. Es ist selbstverständlich, dass das angebunden bleiben muss.

Wenn dann ein Management dort dieselben Möglichkeiten hat wie ein Privater, wie Helios oder Asklepios, dann bin ich sicher, dass das auch ohne Privatisierung erfolgreich umgesetzt werden kann.

Prof. Dr. Bien: Ich möchte meine Argumentation über das hinaus, was ich in der schriftlichen Stellungnahme sowohl unter meinem Namen als auch unter dem Namen des Senats der Philipps-Universität eingereicht habe, überwiegend aus der Sicht eines In-

siders vorbringen, das heißt von einem, der tatsächlich in dieser Klinik klinisch und wissenschaftlich arbeitet.

Ich möchte sie insoweit zielführend vorbringen, als ich zunächst einmal betrachten möchte: Wo müssen wir möglichst schnell hin, damit wir das, was unser wichtigstes Gut ist, nämlich exzellente klinische Versorgung und exzellente medizinische Forschung, nicht verlieren? Wir müssen möglichst schnell wieder zu stabilen Verhältnissen zurückkommen. Unruhe und Unsicherheit über die Zukunft behindern unsere Weiterentwicklung in außerordentlich heftigem Umfang. Medizin, insbesondere klinische Medizin wird von Köpfen und Händen gemacht. Wenn wir unsere Köpfe verlieren, weil sie wegen Unsicherheit weggehen oder nicht mehr nachberufen werden – weil die entscheidende Frage in jeder Berufungskommissionssitzung und in jedem Vorstellungsgespräch ist: was wird eigentlich aus euch? –, werden wir unsere Exzellenz verlieren. Dann werden wir unsere universitäre Exzellenz genauso verlieren wie unsere klinische krankenversorgerische Exzellenz.

Unter dieser Prämisse habe ich zwei Fragen: Müssen wir fusionieren? Zweitens: Müssen wir privatisieren?

Fusion ja. Es gibt gute Argumente dafür. Sie sind Ihnen sicher von außen von vielen schon genannt worden. Natürlich wird man mit einem fusionierten großen Klinikum am Markt anders auftreten können. Man wird anders einkaufen können. Man wird sicher einige klinische Abteilungen nicht doppelt vorhalten müssen.

Aber Sie fusionieren jetzt ein Gebilde, das aus zwei kompletten Kliniken besteht. Wir haben Doppelvorhaltungen, und wir werden keine Fusionierung machen können, die nicht biologische Entwicklungen berücksichtigt, ohne dass wir die Mitarbeiter mit ihrer Motivation nicht verlieren. Das heißt, Einsparungen über Rückführungen von Doppelvorhaltungen mit der Erbringung von Leistungen an einem Standort oder der Erbringung von Leistungen an beiden Standorten unter einer Leitung wird man nur dann sozialverträglich machen können, wenn die jeweiligen Leitungsstrukturen, die Chefs der Abteilungen, entweder wegberufen worden sind oder pensioniert werden. Die Geburtsdaten der Kollegen liegen Ihnen sicher vor. Das wird sicher sehr schnell beginnen, wird uns aber auch die nächsten 10 bis 15 Jahre in Anspruch nehmen.

Sicher ist in der Medizin, auch unter Qualitätsaspekten, in größeren Einheiten besser zu führen. Die Aussage ist beliebig trivial: Wenn ich einen Golf konstruiere, dann werde ich mehr Defekte haben, als wenn ich eine Million konstruiere. Wenn eine Abteilung 1.000 Hüften operiert, wird sie sicher qualitativ besser sein, als wenn sie zehn operiert. Dies ist langfristig zu sehen. Die Frage ist, ob wir so viel Zeit haben, um in Ruhe Qualität zu produzieren, das heißt, gute Medizin zu machen, die möglicherweise erst dann wirtschaftlich darstellbar ist, wenn diese Einsparpotenziale da sind.

Fusion nein, weil als Hauptargument für die Fusion gesagt wurde, Marburg und Gießen versorgten jeweils nur 1,2 Millionen Patienten universitär, und andere Universitätskliniken behandelten 2,5 Millionen und mehr. Dieses Argument ist schief, weil wir uns nicht mit einer Uniklinik in einer großen Stadt vergleichen können. Marburg und Gießen müssen lokale Versorgung machen. Das heißt, wir versorgen mit stationärer Medizin auf hohem und höchstem Niveau eben nicht nur universitäre Bedürfnisse, sondern auch die Bevölkerung. Bei 1,2 Millionen Einwohnern ist ein Großklinikum unserer beider Grö-

Benennung durchaus auch allein überlebens- und arbeitsfähig. Das sieht man auch daran, dass unser Problem nicht am Patientenaufkommen entsteht. Das heißt, unter Versorgungsaspekten und unter Kreiskrankenhausaspekten ginge es auch getrennt.

Es ginge übrigens auch getrennt, weil ein Aspekt der Ausbildung wenig berücksichtigt worden ist: Wir bilden aus 90 bis 95 % unserer Studenten Ärzte aus. Ärzte wollen Krankenversorgung betreiben. Sie wollten deutliche Aussagen. Ich möchte Ihnen ein drastisches Zitat eines Kollegen nicht vorenthalten, der bei der Niederlassung sagte: „Am Ende meines Studiums konnte ich im dicksten Lehrbuch das Kleingedruckte in mehrfacher Ausfertigung. Überschriften habe ich erst in der Praxis gelernt.“ Das heißt, die Tatsache, dass wir als Kreiskrankenhaus, in der Kreiskrankenhausfunktion und in der Versorgungsfunktion nicht nur forschungsaktive Medizin, sondern versorgungsaktive Medizin auf jedem Niveau betreiben, kann man für eine praxisnähere Ausbildung von Ärzten nutzen. Forschungsaktivität, die auch überregional seltene Krankheiten anzieht, und das Netzwerk dafür hat sich jede der beiden Kliniken längst selbst erarbeitet.

Ich denke, es würde schon Sinn machen, sich auch noch einmal Gedanken darüber zu machen, ob nicht eine getrennte Weiterführung, vielleicht auch eine getrennte Privatisierung der beiden Häuser sowohl unter Forschungsaspekten als auch unter Konkurrenz- und Wettbewerbsaspekten Sinn macht.

So viel zur Fusionierung.

Wenn wir an Privatisierung denken, wollen wir zunächst die Risiken anschauen. Denn die Risiken sind das, was uns die Unruhe perpetuiert. Die Unruhe, die jetzt durch die Diskussion zur Fusionierung entstanden ist, wird sicher in einem noch viel größeren Umfang weitergehen, wenn Fragen des Bestands und Fragen der Liquidität sowie der Exzellenz ständig und auch öffentlich und in der Presse diskutiert werden. Die Privatisierung hat – so, wie ich bisher gehört habe – enorme Summen, erschreckende Summen auf den Fahnen oder als Risiko. Wir reden von einer Investition von 350 Millionen € allein in Gebäude, und wir haben Risiken mit DRG, HBFG und Mehrwertsteuerpflicht, sodass eine alternative Privatisierung im Sinne einer sanften Privatisierung in der Befragung vielleicht noch zu diskutieren wäre.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Ich bitte um Nachsicht, dass ich jeweils ein bisschen auf die Einhaltung der Zeit achten muss.

Prof. **Dr. Oberender:** Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Ich habe vier Punkte. Einmal will ich etwas zur Fusion sagen, dann zur Privatisierung, ferner zur Umsetzung und schließlich zu den Punkten, die als Probleme ansehe, über die man nachdenken muss.

Mein erster Punkt ist die Fusion. Ich glaube, es ist nicht mehr möglich, dass wir Vorhaltenungen haben. Denken Sie daran, dass wir in Deutschland akut eine Bettenüberkapazität von 200 000 Betten haben. Sie müssen ganz einfach zusammenschließen. Das ist nicht anders lösbar. Denken Sie auch an diesen Investitionsstau, den Sie haben, und zwar nicht nur bei Universitätsklinika, sondern letztlich generell im stationären Bereich. Da geht es um 35 bis 40 Milliarden €. Sie haben einen jährlichen Investitionsbedarf von

5 bis 7 Milliarden € für Krankenhäuser. Das heißt, das ist von der ökonomischen Seite her letztlich nicht vertretbar.

Das sage ich auch angesichts der Tatsache, dass die Häuser letztlich Bauchläden sind. Augenblicklich sitzen wir im Wissenschaftsrat in Baden-Württemberg zusammen. Das ist eine Kommission, in der wir versuchen, Strukturprofile zu entwickeln. Grundversorgung hat letztlich an einem Universitätsklinikum nichts zu suchen. Das muss man anders lösen, entweder durch medizinische Versorgungszentren oder integrierte Versorgung nach § 140 des SGB V. Es gibt viele Möglichkeiten, zum Beispiel auch eine Öffnung im ambulanten Bereich.

Ich teile übrigens nicht die Auffassung von Herrn Böge, wenn er sagt, der relevante Markt sei nur der Krankenhausmarkt. Es geht um den gesamten Gesundheitsmarkt. Er wird mit dieser Argumentation, die er eben vorgetragen hat, einbrechen. Außerdem halte ich es für sehr gefährlich, hier irgendetwas in der Richtung zu äußern, dass bestimmte Anbieter unter Umständen ausgeschlossen würden. Es ist niemand ausgeschlossen. Seine Entscheidung hält im Moment nicht, wenn Sie mich fragen. Auch vor europäischem Recht wird sie nicht halten.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Ich würde Sie bitten, davon abzusehen, zu Gutachten anderer Gutachter Stellung zu nehmen, zumal wenn diese nicht mehr persönlich anwesend sind.

Prof. **Dr. Oberender:** Es geht ja jetzt mehr um eine sachliche Frage. Das ist ja keine persönliche Sache. Es kommt ein falsches Licht in die Diskussion hinein, wenn man die Entscheidungen des Bundeskartellamts als endgültig ansieht. Sie wissen, dass das Bundeskartellamt schon öfter mit Entscheidungen eingebrochen ist. Diese Auffassung von mir kennt Herr Böge. Das ist also kein Grund. Ich arbeite auch auf dem Gebiet dieses Wettbewerbsrechts.

Hinsichtlich der Privatisierung haben Sie, glaube ich, keine Alternative angesichts der öffentlichen Armut. Sie müssen darüber nachdenken, dass Sie sagen: Wer kann diese Sachen durchführen? Ich sehe im Moment keine andere Möglichkeit, als dass Sie hier letztlich privates Kapital mobilisieren. Man kann darüber diskutieren, ob alles privatisiert werden muss. Die Forschung, die Lehre und die Wissenschaft müssen sicherlich nicht privatisiert werden, um das gleich zu sagen. Es ist Aufgabe des Staates, meine ich, weiterhin die Grundlagenforschung und auch die Freiheit von Lehre und Forschung zu garantieren und die Mittel hierfür zur Verfügung zu stellen.

Wichtig ist: Wir müssen Profile bilden. Das wird im internationalen Wettbewerb ganz entscheidend sein. Das heißt, wir müssen Kernkompetenzen entwickeln. Ich glaube nicht, dass Sie das in diesem stationären Bereich abtrennen können, dass Sie die Forschung isoliert von der Krankenversorgung sehen können, sondern zwischen beiden wird eine Interdependenz bestehen.

Mit Umsetzung meine ich, Sie müssen zügig vorangehen. Wenn Sie zu lange diskutieren, wird die Sache abgeschwächt. Es entsteht eine Unsicherheit bei den Betroffenen. Eine Entscheidung in der Sache muss möglichst rasch fallen, damit man hier zu einem

Ergebnis kommt, dass man sagt, entweder Privatisieren oder nicht – das ist der eine Punkt –, oder sich zum anderen Punkt überlegt: Wo soll das geschehen?

Wo sind die Probleme? Meiner Meinung nach gibt es insgesamt vier Probleme. Eines davon ist die Verbindung zwischen der Krankenversorgung auf der einen Seite und der Fakultät auf der anderen Seite.

Ich bin zurückhaltend bei der Frage, ob man tatsächlich zwei Standorte für die Forschung halten kann. Ich bin auch zurückhaltend, ob die Krankenversorgung zwei Standorte halten kann. Es gibt Vorschläge, in denen man sagt: Vorklinisches soll nach Gießen, die Klinik soll dann letztlich in Marburg sein. Auch hierüber muss man nachdenken.

Der nächste Punkt ist der Name. Meiner Meinung nach würde sich zum Beispiel „Medizinische Hochschule Mittelhessen“ anbieten. Ich würde keinen Stadtnamen hierbei verwenden, weil das letztlich in bestimmten Dingen eine Diskriminierung ist.

Weiterhin – das habe ich eben schon genannt – würde ich das gesamte Problem hinsichtlich des Kartellrechts nicht so hoch hängen. Ich sehe das offener. Es wird auch hier eine Fortentwicklung des Kartellrechts geben. Das heißt, § 19 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, in dem es um die Missbrauchsaufsicht gegenüber marktbeherrschenden Unternehmen geht, zieht im Gesundheitsmarkt langfristig nicht. Dieser Markt hat eine Sonderstellung. Warum hat er eine Sonderstellung? Weil Sie im Grunde genommen immer regionale Märkte haben. Das Hauptproblem wird sein, hier Konzepte zu entwickeln und zu sagen: Wir müssen dort letztlich Konzentrationen zulassen und uns überlegen, wie wir das öffnen können.

Prof. Dr. Donner-Banzhoff: Ich möchte mich zu der Frage äußern, wie die Qualität der Versorgung durch die Privatisierung von Großkliniken beeinflusst wird. Man kann sich dieser Frage auf verschiedene Art und Weise nähern. Man kann sich Prozesse ansehen und kann sehen, ob das Verhalten in verschiedenen Kliniken mit entsprechenden Leit- oder Richtlinien übereinstimmt. Das hat den Nachteil, dass man immer darüber diskutieren kann: Ist das der richtige Goldstandard? Was ist da tatsächlich passiert? Es gibt aber ein Kriterium, über das man nicht diskutieren kann: Das ist die Sterblichkeit. Die Frage wäre also, ob die Privatisierung einer Klinik sich tatsächlich in irgendeiner Weise auf die Sterblichkeit, also auf das Behandlungsergebnis auswirkt.

Zu dieser Frage gibt es einige wissenschaftliche Studien. Sie sind praktisch alle in den Vereinigten Staaten durchgeführt worden, wo private gemeinnützige mit privaten gewinnorientierten Kliniken verglichen worden sind. Dazu gibt es 15 einschlägige Studien, die publiziert worden sind. Sieben von diesen Studien gingen zugunsten der Gemeinnützigen aus. Dort gab es eine niedrigere Sterblichkeit bei den Gemeinnützigen. Bei einer Studie war es umgekehrt, und die restlichen sieben sind unentschieden. Da ging es größtenteils um Abrechnungsdaten aus den Vereinigten Staaten, und zwar aus dem System für die älteren Leute. Die Vereinigten Staaten sind ja an sich vom Gesundheitswesen her gruselig, wenn man da lebt, aber interessant als „Labor“.

(Heiterkeit)

Tatsächlich findet man in den Vereinigten Staaten eine große Zahl von privaten gewinnorientierten Kliniken, sodass ein Vergleich möglich ist.

Diese Einzelstudien sind in einer, wie wir sagen, Meta-Analyse zusammengefasst worden, in der viel zitierten kanadischen Studie, die auch in der Öffentlichkeit vielfach erwähnt worden ist. Hier ist ein Unterschied bei der Sterblichkeit von 2 % zuungunsten der gewinnorientierten privaten Kliniken herausgekommen. Kurz zur Veranschaulichung: Stellen Sie sich 1.000 stationäre Behandlungen älterer Menschen vor. Von diesen würden – diese Zahl stammt jetzt aus einer der Einzelstudien – 115 während der Krankenhausbehandlung sterben. Nach diesen 2 % aus den Ergebnissen dieser Meta-Analyse wären zwei davon auf den Status des Krankenhauses als gewinnorientierte private Klinik zurückzuführen.

Die Autoren dieser Studie vermuten als Ursache dafür die Personalausdünnung. Private Kliniken müssen Kapitalerträge abführen. In ganz hohem Maße sparen sie ganz überwiegend vor allem im Bereich der Pflege und ersetzen hoch qualifiziertes Personal durch niedrig qualifiziertes Personal. Das ist der Mechanismus, mit dem man sich diesen Unterschied in der Mortalität erklären könnte.

Ich bin mir ganz sicher, dass Sie eine gut überlegte Entscheidung treffen werden. Ich möchte nur, dass Sie diese Zahlen nicht abtun. Das ist tatsächlich die beste wissenschaftliche Evidenz, die wir zu dieser Frage haben.

Prof. Dr. Ebsen: Ich möchte mich zu einem Punkt äußern, der sich dann allerdings in zwei Bereiche ausdifferenziert. Es geht um die in einem Universitätsklinikum unvermeidliche Verzahnung von Forschung und Lehre mit der Krankenversorgung. Diese Verzahnung von Forschung und Lehre mit der Krankenversorgung hat gewisse Konsequenzen hinsichtlich verfassungsrechtlicher Anforderungen, die Sie mit einem solchen Gesetz erfüllen müssen.

Das Erste ist die Anforderung an die Ermächtigungsgrundlage für eine Organisationsprivatisierung, wie Sie sie in dem Gesetz vorsehen. In Ihrem Gesetz regeln Sie nur eine Organisationsprivatisierung, das heißt die Verwandlung in eine private Handelsgesellschaft. Allerdings ist diese im Kontext mit einer dann stattfindenden materiellen Privatisierung zu sehen, nämlich mit der Verwandlung in ein richtiges Unternehmen, das auch Geld verdienen soll. In einer solchen Konstellation stellt sich – genauso wie schon jetzt bei den in verschiedenen Ländern stattfindenden Veranstaltungen von Universitätskliniken – das Problem: Wie wird das Verhältnis dessen, was auch verfassungsrechtliche Anforderungen organisatorischer Art zur Sicherung der Freiheit von Forschung und Lehre sind, zu den Entscheidungs- und Weisungsstrukturen in einem solchen Klinikum geregelt?

Die Mindestanforderung ist, dass der Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen selbst treffen muss. Wenn Sie sich allein das heute vorliegende Gesetz anschauen, dann sehen Sie darin überhaupt keine Vorgaben inhaltlicher Art. Es könnte allerdings sein, dass diese Vorgaben inhaltlicher Art sich daraus ergeben, dass dieses Gesetz auf das jeweils geltende Gesetz für die hessischen Universitätskliniken verweist. Aber wenn man sich dieses Gesetz für die hessischen Universitätskliniken anschaut, sieht man: Praktisch alles, was dort zur Organisation dieser Verzahnung geregelt ist, passt nicht

mehr. Schauen Sie sich allein den Aufsichtsrat an. Ich glaube, jedes Unternehmen würde sich schön bedanken, wenn für dieses Unternehmen gelten sollte, dass der Aufsichtsrat so bestimmt wäre, wie es in dem Gesetz für die hessischen Universitätskliniken steht. Oder schauen Sie sich etwa Weisungsbefugnisse des Ministeriums an. Das heißt, so kann das nicht gemeint sein.

Mit anderen Worten: Der Gesetzentwurf enthält überhaupt keine Regelungen über dieses Verzahnungsproblem. Das Gesetz muss aber die wesentlichen Fragen regeln, weil es grundrechtsrelevante Fragen sind. Das entspricht eigentlich der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Das Bundesverfassungsgericht hat anlässlich eines Rechtsstreits, der um das nordrhein-westfälische Modell ging, gerade kürzlich durchaus seine Sensibilität für diese Fragen gezeigt. Da ging es nicht um eine Frage, die auch nur in die Nähe dessen gekommen wäre, was hier ansteht. Insofern müssten Sie meines Erachtens bei dem Gesetz nachbessern.

Das zweite Problem ist: Was muss inhaltlich gelten? Inhaltlich wird man wohl sagen müssen – auch im Vergleich der verschiedenen vorliegenden Gesetze über die Ver selbstständigung von Universitätskliniken als Anstalten –, dass das jetzige hessische Modell schon eher eine zurückhaltende Position gegenüber der Gewährleistung der Freiheit von Forschung und Lehre einnimmt, also etwa hinsichtlich der Kompetenzen, die die Fakultäten in diesem System weiterhin haben.

Insofern wird man wohl sagen können – das ist allerdings etwas, was wirklich einer genaueren Prüfung bedarf, als sie so kurzfristig möglich war –: Sie müssten mindestens versuchen, diese Anforderungen, die Sie jetzt in Ihrem Gesetz für die hessischen Universitätskliniken haben, in eine Gesetzgebung für eine Organisationsprivatisierung vorzusehen, und Sie müssten sich bemühen, sicherzustellen – was vielleicht nicht ganz einfach ist, wenn Sie Ihre Gesetze immer automatisch auslaufen lassen –, dass das auch erhalten bleibt, wenn dieses Universitätsklinikum eines Tages, nach einigen Jahren einmal einem Konzern gehört. Sie müssen bedenken: In der Sekunde, in der Sie das Universitätsklinikum als eine normale, am Markt wirtschaftende Aktiengesellschaft frei lassen, hat es seinerseits auch eigene Grundrechtspositionen. Es ist dann nicht mehr so leicht möglich, da nachträglich etwas zu ändern.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Ich stelle fest, dass Herr Lauer noch nicht eingetroffen ist. Herr Horn hat ebenfalls abgesagt. Von Herrn Knauß und Herrn Prof. Neubauer haben wir die Information, dass Herr Knauß nach 11 Uhr und Herr Prof. Neubauer erst nach 12 Uhr zur Verfügung stehen. Ich denke, dass wir deswegen jetzt den Block der Anzuhörenden aufrufen, die bis jetzt Stellung nehmen konnten, und dass wir diese beiden dann, sobald sie da sind, gleichsam nachrücken lassen.

Es folgt jetzt den angekündigten Spielregeln in der Reihenfolge der Größen der Fraktionen. Wie allseits bekannt ist, ist die größte Fraktion im Hessischen Landtag die CDU-Fraktion.

Abg. **Anne Oppermann**: Herr Prof. Lohmann, Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass eine Zusammenführung beider Institutionen einer Medizinischen Hochschule angesichts des zunehmenden Wettbewerbs im Gesundheitsmarkt nicht vorteilhaft sei. Nun

haben wir gestern und auch heute gehört, dass die Medizinische Hochschule sinnvoll sei. Ich hätte gern von Ihnen noch einmal Ausführungen dazu, warum Sie das nicht so sehen.

An Prof. Bien habe ich eine Frage. Sie sagten, dass man die Mitarbeiter mit ihrer Motivation nicht verlieren sollte. Nun gilt das ja insbesondere auch für das Pflegepersonal. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme eine sehr schlanke Vorstandsstruktur aufgezeichnet, an der die Pflegedirektorin nicht beteiligt wäre. Da würde mich einmal interessieren, wie die Pflege als größte Beschäftigungsgruppe Ihrer Auffassung nach dann noch mit einbezogen sein soll.

An Sie, Herr Dr. Donner-Banzhoff, habe ich eine Frage zu Ihrer Studie. Wir haben gestern von Prof. Scriba gehört, dass in privaten Häusern eine geringere Mortalität zu verzeichnen sei. Meines Wissens gibt es ja in Deutschland bis auf einen Krankenhausbetreiber keinen, der die Sterblichkeitsrate veröffentlicht. Jetzt aber eine Frage zu der von Ihnen angesprochenen kanadischen Studie: War die Sozialstruktur vergleichbar? Hatten die Gruppen, die dort untersucht wurden, auch vergleichbare Lebensläufe?

Prof. Lohmann: Frau Abgeordnete, ich bin Krankenhausmanager und Krankenhausesperte und habe deswegen aus dieser Sicht geantwortet. Ich bin kein Hochschulexperte. Trotzdem habe ich mich seit vielen Jahren mit dieser Frage beschäftigt, und zwar auch bei entsprechenden Verfahren an deutschen Hochschulen. Ich glaube und bin davon überzeugt, dass Kliniken im Wettbewerb in Zukunft ganz harten Wettbewerbsbedingungen genügen müssen. Deswegen habe ich mich vorhin ganz eindeutig auch für den privaten Gesellschafter ausgesprochen, was übrigens nicht gegen das öffentliche Management spricht. Ich selbst habe das über viele Jahre auch so gehandhabt und glaube – auch persönlich –, das war nicht erfolglos.

Aber der Gesellschafter ist derjenige, der den Betrieb darin behindert, eine scharfe, harte Wettbewerbsposition einzunehmen. Ich möchte vermeiden, dass durch eine Vermischung von klarem Auftrag, die Klinik im Wettbewerb erfolgreich zu positionieren, und dem öffentlichen Auftrag, Forschung und Lehre zu gestalten, innerhalb eines Betriebs im Grunde genommen wieder die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens von vornherein eingeschränkt wird. Deswegen halte ich eine Vertragskonstruktion und eine Vertragssituation zwischen Fakultät und Universitätsklinik für sinnvoller und vernünftiger. Das muss im Einzelnen ausgestaltet werden, das ist völlig klar. Ich halte das aber für ausgestaltbar und denke – auch nach Beispielen, die es in Ansätzen auch in Deutschland bei solchen Beauftragungen von Kliniken, beispielsweise in Mannheim, gibt –, dass solche Konstruktionen durchaus erfolgreich gestaltet werden können.

Prof. Dr. Bien: Ich habe das in zwei Stufen gemacht. Ich denke, für den Zeitraum einer Zusammenführung wird man ein vielleicht unhandliches Leitungsgremium akzeptieren müssen, um sowohl Marburg als auch Gießen in der zentralen Leitungsstruktur vertreten zu sehen. Langfristig halte ich jedes Leitungsgremium, das mehr als vier oder fünf Personen enthält, für nicht wirklich arbeitsfähig. Deswegen wird man sich entscheiden müssen, inwieweit Einzelvertretungen im zentralen Gesamtvorstand sein müssen, oder ob man nicht zur besseren Außenvertretung sagt: Ein Dekan vertritt alle Wissenschaftler und alle im Dekanat beschäftigten Personen, und ein ärztlicher oder medizinischer

Direktor vertritt alle Aspekte der Ärzte und der Krankenversorgung. Dies könnte man tun, um die Zahl von fünf Personen nicht zu überschreiten.

Ansonsten müssten Sie letztendlich auch medizinisch-technisches Hilfspersonal sowie nicht wissenschaftliches Personal noch mit einer eigenen Vertretung haben. Von daher erschien mir ein schlanker Vorstand das vordringliche Ziel.

Prof. **Dr. Donner-Banzhoff**: Fangen wir mit dem ersten von Ihnen angesprochenen Punkt – Mortalitätsdaten – an. Dazu nur eine kurze Information: Das Klinikum Marburg veröffentlicht diese Mortalitätsdaten ebenfalls. Es ist natürlich ein Qualitätskriterium, sie zu veröffentlichen. Was diese Studie aber geleistet hat, ist: Sie hat sie tatsächlich in einen Vergleich gesetzt, und zwar in einen Vergleich einer sehr großen Gruppe von privaten, gewinnorientierten Krankenhausbehandlungen. Insgesamt sind in dieser Auswertung 38 Millionen Behandlungen ausgewertet worden.

Nun gibt es sicher bei den Gewinnorientierten ebenso wie bei den Gemeinnützigen sehr große Unterschiede. Eine solche Studie schaut auf die Durchschnitte und sagt: Im Durchschnitt besteht dieser oder jener Unterschied.

Ich kann mir gut vorstellen – Sie sprachen Helios an; ich kann mir das auch nach dem vorstellen, was ich von Kollegen höre, die dort tätig sind –, dass Helios in der Auswahl ist. Wenn schon Privatisierung sein muss, dann kann man wahrscheinlich noch von Glück reden, wenn man bei Helios landet. Aber das ist Helios jetzt. Wissen wir, ob Helios vielleicht in fünf Jahren von einer internationalen Krankenhauskette aufgekauft wird und dann ein ganz anderer Wind weht? Die Privatisierung ist eine sehr langfristige Entscheidung.

Der andere Punkt, den Sie angesprochen haben, war eine mögliche Ungleichgewichtigkeit zwischen den beiden verglichenen Gruppen nicht nur auf den Status des Krankenhauses bezogen, sondern auch auf anderer Charakteristika. Sie sprachen die soziale Schichtzugehörigkeit an. Es gibt dazu noch den beunruhigenden Punkt der Krankheitschwere.

Nun sind in diesen Untersuchungen Adjustierungen, also statistische Berücksichtigungen dieses Punktes vorgenommen worden, die sicher nur unvollkommen sind. Aber man muss sich dann überlegen: Wie wirkt sich das aus? Wenn es einen Selektionseffekt gibt, dann gibt es einen Selektionseffekt der Bessergestellten zu den Privaten und der leichter Erkrankten zu den Privaten. Das heißt, die Privaten müssten eigentlich einen Sterblichkeitsvorteil haben. Den haben sie aber nicht. Es ist genau umgekehrt. Wir können deshalb davon ausgehen, dass die 2 %, die als Unterschied in der Diskussion sind, den Unterschied tatsächlich noch unterschätzen. Wir müssen davon ausgehen, dass er tatsächlich noch größer ist.

Abg. **Anne Oppermann**: Ich habe eine Nachfrage, Herr Donner-Banzhoff: Haben Sie Erkenntnisse über die Sterblichkeitsraten in Deutschland und über deren regionale Unterschiede?

Prof. **Dr. Donner-Banzhoff**: Solche Daten sind mir nicht bekannt. Auf dieser Ebene, glaube ich – zugeordnet zu Krankenhäusern –, gibt es sie wohl nicht flächendeckend.

Für einen Vergleich von privaten gewinnorientierten Kliniken gegen öffentliche Kliniken wäre das Volumen in Deutschland zu gering, um eine statistisch bedeutungsvolle Aussage treffen zu können. Wir müssen deshalb auf das „Labor“ Vereinigte Staaten zurückgreifen.

Abg. **Eva Kühne-Hörmann**: Ich habe zwei Fragenkomplexe. Der erste richtet sich an Herrn Prof. Lohmann. Es geht um Folgendes: Sie haben ja gesagt, Sie hätten Erfahrung damit, Sie hätten zehn Kliniken auf sieben fusioniert und dann ein Klinikum privatisiert. Mich würde jetzt interessieren, nachdem Sie den Prozess schon hinter sich haben, wenn Sie einmal aus Ihrer Sicht darstellen könnten – auch wenn jetzt nur eine kurze Zeit dazwischen liegt –, welche Vorteile sich aus der Privatisierung ergeben haben, und wenn Sie zweitens auf die Situation der Mitarbeiter abstellen könnten. Wir haben gestern beispielsweise auch etwas über die Motivation gehört, im privaten Bereich anders eingebunden zu werden.

Der dritte Punkt, der mich interessiert, ist die Mediziner Ausbildung, die ja auch eine Rolle spielt. Es geht um die Frage, ob auch bei den Jungmedizinern möglicherweise die Motivation höher ist, in einem solchen Umfeld tätig zu werden.

Das ist der erste Komplex.

Der Herr Vorsitzende hat Herrn Prof. Oberender zu meinem Bedauern eben etwas „abgewürgt“. Deswegen will ich im zweiten Komplex genau diese kartellrechtlichen Fragen noch einmal bei Ihnen nachfragen und beleuchten. Es hat sich ja herausgestellt, dass es beim Bundeskartellamt durchaus sehr unterschiedliche Positionen gibt. Das eine ist die kartellrechtliche Position, die durchaus von der kartellpolitischen Position zu trennen ist. Darauf kommt es mir besonders an.

Sie haben eben dargestellt, dass sich bei der kartellpolitischen Frage im Gesundheitswesen natürlich ein ganz anderer Bereich ergibt, der sich so schnell und so modern wandelt, dass möglicherweise andere Regelungen gelten. Sie haben auch darauf abgehoben, dass aus Ihrer Sicht im europäischen Rechtsbereich andere Regeln gelten. Dazu hätte ich gerne noch einmal etwas näher gewusst, was aus Ihrer Sicht die Bedenken insbesondere im europäischen Bereich sind.

Prof. **Lohmann**: Frau Abgeordnete, innerhalb des LBK Hamburg ist in den letzten Jahren ein Krankenhaus geschlossen worden. Zwei Krankenhäuser sind innerhalb des Konzerns zu einem Krankenhaus fusioniert worden, und ein Krankenhaus ist mit einem externen, also mit einem Wettbewerberkrankenhause zu einer Beteiligung fusioniert worden. In den verbliebenen sieben Krankenhäusern werden heute mehr Patienten behandelt als in den zehn Krankenhäusern Mitte der Neunzigerjahre.

Dazu zählen aber auch eine ganze Reihe von Konzentrationsprozessen von Fachabteilungen, die an ganz bestimmten Standorten konzentriert worden sind bzw. die in Kooperation miteinander gebracht worden sind. Wir haben also in den letzten Jahren eine

ganze Fülle von Erfahrungen mit solchen Konzentrationsprozessen sammeln können. Ziel war immer, die medizinische Qualität zu erhöhen. Die Argumente sind ja auch schon vorgetragen worden. Gerade bei komplexen medizinischen Leistungen in Hochleistungskrankenhäusern in Metropolen ist das so, aber natürlich auch in Universitätskliniken ist es so, dass Leistungszahlen und die Qualität in einem deutlichen Zusammenhang stehen. Das ist auch die große Chance, die ich hier in der Entwicklung sehe.

Was den Privatisierungsprozess angeht, hat es natürlich eine Fülle von Unruhen, Diskussionen und Debatten gegeben. Ganz viele Argumente, die ich heute Morgen schon hier gehört und in den Stellungnahmen gelesen habe, sind dort rauf und runter diskutiert worden. Am Ende steht fest, dass es ein Vertragswerk zwischen dem künftigen privaten Mehrheitsgesellschafter des LBK Hamburg und der Stadt als Veräußerer gibt, in dem die Rechte der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, auch die Arbeitsplatzsicherheit für eine bestimmte Zeit, die Übernahme von Verträgen und der Verzicht auf betriebsbedingte Kündigungen festgelegt sind, die vorher schon unter dem Vorstand des noch zu 100 % in der Hand der Stadt befindlichen LBK Hamburg bestanden haben.

Was die Motivation von jungen Medizinern angeht, in einem Unternehmen zu arbeiten, so ist diese heute ganz stark – gerade vor dem Hintergrund des größeren Verständnisses des Wettbewerbs im Gesundheitsbereich – darauf ausgerichtet, dass diese jungen Mediziner natürlich die Investitionsfähigkeit ihres Hauses sehen, die technische Ausstattung sowie die Möglichkeit, auch am Innovationsprozess der Medizin teilzuhaben, und deswegen der Privatisierung in der Regel positiv gegenüberstehen. Die Ängste sind an anderen Stellen in einem solchen Unternehmen stark vorhanden. Ich sehe keine negativen Auswirkungen auf die Mediziner Ausbildung, und zwar auch in den Bereichen in Deutschland, in denen bereits in Teilbereichen universitäre Einrichtungen privatisiert geworden sind.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Frau Kollegin, ich habe Herrn Oberender nicht daran gehindert, zu sagen, was Sache ist. Ich wollte nur auf die begrenzten Möglichkeiten eines Dialogs hinweisen, wenn der Dialogpartner nicht mehr im Raum ist. Um nichts anderes ging es. Dass er alles sagen kann, was er zu sagen hat, sehen Sie daran, dass er das jetzt sagen darf, obwohl Ihre 15 Minuten schon um sind.

Prof. **Dr. Oberender:** Ich mache es auch sehr kurz. – Ich habe hinsichtlich dieser Sache Folgendes zu sagen. Sie haben ja gehört: Er hat den relevanten Markt sachlich abgegrenzt und gesagt, das sei nur der Krankenhausmarkt. Dieser Ansatz ist obsolet. Warum ist er das? Weil wir jetzt Änderungen im GMG haben. Da gibt es einmal den § 116 über die Teilöffnung des stationären Bereichs in den ambulanten Bereich hinein. Das ist die eine Sache.

Die andere Sache ist, dass wir umgekehrt auch Möglichkeiten des ambulanten Bereichs in den stationären Bereich hinein haben. Denken Sie zum Beispiel an ambulantes Operieren. Wir haben beim Bundesschiedsamt Anfang dieses Jahres einen Schiedsspruch gefällt, in dem es um die Honorierung von ambulantem Operieren im Vergleich zum stationären Operieren ging. Wir haben damals entschieden, dass das ein einheitlicher Markt ist, dass da nicht unterschiedlich entschieden werden kann.

Es ist also Folgendes zu sagen: Es wird eine Verzahnung von ambulant und stationär geben. Das geht letztlich sogar bis zur Reha. Es gibt einige Ersatzkassen, die schon Verträge mit Leistungserbringern haben, die in der Tat Komplettangebote machen, und zwar insbesondere unter dem Aspekt von Disease-Management-Programmen. Das heißt, der Ansatz, den er jetzt hat, wird von der sachlichen Seite her nicht tragen.

Hinsichtlich der räumlichen Seite wird er ebenfalls nicht tragen. Auch die Telemedizin wird kommen. Das heißt, letztlich werden die Einzugsgebiete der einzelnen Krankenhäuser wesentlich stärker ausgedehnt werden. Das heißt, hier wird ein internationaler Wettbewerb stattfinden. Deshalb ist es unwahrscheinlich wichtig, diese Sache zu öffnen.

Bezüglich des EU-Rechts würden hier die Art. 81 und 82 greifen. Diese Regelungen sind wesentlich offener. Auch die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs sind sehr liberale Entscheidungen, die gar nicht mehr so stark in den Markt intervenieren wollen. Vielmehr sagen sie: Wir beschränken uns auf die Rahmenbedingungen. Das war vor 15 Jahren anders. Das hat sich in der Tat so entwickelt. Deshalb glaube ich nicht, dass der Ansatz von Dr. Böge halten wird.

Das ist für mich aber nicht das Entscheidende. Entscheidend ist für mich, dass man nicht irgendwelche Ängste aufbaut und sagt, das sei endgültig. Es ist eine Entscheidung des Bundeskartellamts gewesen. Dazu wird ein Gerichtsverfahren kommen. Das kann unter Umständen auch vor den Europäischen Gerichtshof kommen, und zwar dann, wenn sich zum Beispiel das Rhön-Klinikum im europäischen Ausland ansiedelt. Dann ist das sofort eine europäische Angelegenheit. Das wird wahrscheinlich die Strategie sein. Ich würde das als Klinikbetreiber machen, um mich dieser Sache zu erwehren.

Abg. Dr. Thomas Spies: Ich habe vorweg zwei ganz kurze Fragen. Eine Frage richtet sich an Herrn Lohmann: Sie sind laut einer Pressemitteilung des LBK Hamburg als Berater für Asklepios tätig, nachdem Sie dort ausgeschieden sind. Stimmt das?

Prof. Lohmann: Ja, das stimmt.

Abg. Dr. Thomas Spies: Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Oberender: Sie sind als Unternehmensberater einer nach Ihnen benannten Firma für Sana und das Rhön-Klinikum tätig. Ist das auch richtig?

Prof. Dr. Oberender: So kann man diese Sache nicht ausdrücken. Uns wird immer unterstellt, wir würden mit dem Rhön-Klinikum irgendetwas machen. Hintergrund ist Folgendes: Wir haben einen Stiftungslehrstuhl an der Universität Bayreuth, und zwar im Studiengang Diplom-Gesundheitsökonom. Den haben uns in der Tat das Rhön-Klinikum und auch die Techniker-Krankenkasse mit 2,4 Millionen € finanziert. Das ist im Grunde genommen der Kontakt, der hier besteht. Das gehört dazu. Das ist offen und gedeckt. Da ist nichts verdeckt. Das ist doch völlig legitim.

(Unruhe)

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Es hat auch niemand von Illegitimität gesprochen, sondern nur eine neugierige Frage gestellt.

Prof. **Dr. Oberender**: Ich sage das nur, weil einige den Kopf schütteln und sagen, wir seien befangen.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Herr Donner-Banzhoff, ich möchte noch einmal auf die Untersuchung zurückkommen. Ich habe dazu drei Fragen.

Erstens: Ich habe Sie und auch Ihre schriftliche Stellungnahme so verstanden, dass das erhöhte Risiko der Gewinnorientierung eines Krankenhauses etwas mit einem anderen Personalschlüssel zu tun hat. Es gibt eine Statistik des Unternehmens Pricewaterhouse Coopers Schindhelm, in der die Personalschlüssel der privaten Krankenhausbetreiber in Deutschland aufgeschlüsselt worden sind. Diese Statistik kommt zu einem Durchschnittswert von 1,38 Beschäftigten pro Bett mit einer Spannweite von 0,6 bis 1,98 Beschäftigten pro Bett. Zum Vergleich: Die Universitätsklinik Marburg hat drei Beschäftigte pro Bett. Selbst wenn man unterstellt, dass der Anteil der direkt am Patienten Beschäftigten bei den Privaten höher wäre, wären das sozusagen die empirischen Daten in Deutschland, die uns sagen, dass wir genau diesen Unterschied auch finden würden. Kann man das so verstehen?

(Prof. Dr. Donner-Banzhoff nickt.)

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Das Nicken ist leider nicht im Mikrofon festzustellen. Ich halte also für das Protokoll fest: Sie haben durch Nicken Ja gesagt.

Prof. **Dr. Donner-Banzhoff**: Ich hatte das Gefühl, das war eine als Statement getarnte Frage.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Ich möchte noch etwas anderes fragen. Wir haben gestern ja Herrn Prof. Scriba gehört, der uns die Qualitätssicherungsmaßnahmen von Helios dargelegt hat. Auf diese Maßnahmen sind Sie vorhin auch schon eingegangen. Es geht um den Nachweis, dass man Qualitätssicherungsstudien betreiben kann, ob man nun ein privates oder ein öffentliches Krankenhaus ist. In diesem Zusammenhang wurde die Frage nach der Manipulierbarkeit von solchen Daten gestellt, zum Beispiel dass dann, wenn man ein Hospiz direkt neben das Krankenhaus baut, die Mortalität heruntergeht, weil bestimmte Patienten gar nicht mehr im Krankenhaus sind, dass Codierungsfehler einen Einfluss haben können und, und, und.

Wenn nun aber nach dem, was Sie uns dargelegt haben, der Personalschlüssel der entscheidende Punkt ist, können Sie sich dann vorstellen, dass bei der Komplexität des Problems eine Lösung darin bestehen könnte, dass man – welchem Betreiber auch immer – bestimmte Personalschlüssel mit bestimmten Qualifikationsgraden vorgibt, die

dann sicherstellen, dass man tatsächlich ein gewisses Niveau an Personalausstattung hat? Könnten Sie dazu noch einmal etwas sagen?

Prof. Dr. Donner-Banzhoff: Zuerst zu der – ich sage es einmal allgemein – Fehlerhaftigkeit von Daten. Das ist bei Untersuchungen dieser Art immer ein Problem. Es kommen Irrtümer vor, und es kommen Verzerrungen vor. Bei den Untersuchungen hier kann man diesen Fehler als gering einstufen, weil beide Variablen, die hier miteinander zusammenhängen, relativ gut bestimmbar sind. Ob ein Krankenhaus diesen oder jenen Status hat, das ist klar, und ob ein Patient tot oder lebendig ist, ist auch relativ klar. Die Frage ist nur, wie weit die Daten tatsächlich korrekt übertragen und ausgewertet werden. Dieses Problem würde ich als gering veranschlagen.

Ich muss noch einmal darauf hinweisen: Die Sache mit dem Personalschlüssel ist Interpretation. Wir haben diese Daten und haben diesen Unterschied. Es ist jetzt eine Interpretation, worauf dieser Unterschied beruht. Wenn unsere Theorie stimmt, dann müsste das durch entsprechendes qualifiziertes Personal und auch entsprechende Mengen von Personal – Personalschlüssel – ausgleichbar sein. Eine kleine Seitenbemerkung dazu: Die Ökonomen mögen beurteilen, wie weit das Kaufobjekt dann für einen privaten Käufer noch attraktiv ist.

Abg. Dr. Thomas Spies: Die Attraktivität für einen privaten Käufer ist bei einem Krankenhaus vielleicht ein sekundärer Aspekt, die Versorgung ist der primäre.

Ich habe noch eine Frage an Herrn Prof. Ebsen. Ich habe das vorhin vielleicht nicht ganz richtig verstanden. Vielleicht können Sie noch einmal kurz zusammenfassen – das war ja gestern wohl auch die Linie von Herrn Wieland, den wir gestern dazu gehört haben –: Das Problem mit dem Vorschaltgesetz ist offenkundig, dass die Sicherung der Wissenschaftsfreiheit – jedenfalls dann, wenn privatisiert wird – im Gesetz geregelt sein muss. Habe ich das richtig verstanden?

Prof. Dr. Ebsen: Im Kern haben Sie das richtig verstanden. Es kommt übrigens nicht darauf an, mit welchem Instrument die Sache am Schluss umgesetzt wird. Das kann ein Vertrag oder eine Rechtsverordnung sein oder was auch immer. Aber der Gesetzgeber kann die wesentlichen inhaltlichen Fragen weder an die Exekutive delegieren, die dann eine Verordnung erlässt, noch etwa gar an die Phase delegieren, in der das Objekt verkauft wird, sondern die wesentlichen inhaltlichen Fragen – beispielsweise: wie ist die Position des privaten Klinikums, wenn es darum geht, welche Professoren der Fakultät bestellt werden, um dann eines Tages Abteilungsleiter zu sein? – müssen in ihren wesentlichen Einheiten im Gesetz geregelt sein. Vergleichbar gilt das für die Frage: Inwieweit hat die Fakultät – in Hessen dann wahrscheinlich vertreten durch das Dekanat – bei bestimmten Entscheidungen, die sowohl die Krankenversorgung als auch Forschung und Lehre betreffen, eine Vetoposition? Und inwieweit gibt es einen Auflösungsmechanismus, wenn sich dieser Konflikt nicht im Verhandlungsweg lösen lässt?

Das Besondere – vermutlich mehr bei einer echten Privatisierung als bei einem System, wie wir es jetzt schon haben, mit Anstalten, bei denen im Prinzip dasselbe geregelt sein muss – ist, dass man sich als ein Gesetzgeber, der eine Gewährleistungsverantwortung

hat, wohl nicht darauf verlassen darf, dass die Beteiligten eine vernünftige Lösung finden. Denn es kann sehr wohl sein, dass es im Interesse eines Unternehmens ist, eine vernünftige Lösung im Sinne des Gemeinwohls zu unterbinden, weil es legitimerweise ganz andere Partikularinteressen hat.

Abg. Dr. Thomas Spies: Darf ich das noch einmal auf eine einfache Ja- oder Neinfrage reduzieren? In der vorliegenden Form wäre dieser Gesetzentwurf also nicht verfassungskonform?

Prof. Dr. Ebsen: In der vorliegenden Form ist er nicht verfassungskonform.

Abg. Dr. Thomas Spies: Ich habe auch noch eine Frage an Herrn Prof. Oberender. Sie haben in Ihrer Stellungnahme zur Frage der Finanzierung von Investitionen für die Universitätsklinik in Mittelhessen – zumindest habe ich das der Darstellung entnommen – den Punkt Public Private Partnership betont und herausgestellt. Jetzt besteht ja – zumindest war das gestern in der Diskussion so – die sehr verbreitete Vorstellung, man habe folgende Alternative: Entweder das Land bezahlt die nötigen Investitionen, insbesondere am Standort Gießen, aber auch in Marburg, oder man muss das Klinikum an einen Betreiber verkaufen, der diese Investitionen dann vornimmt. Könnten Sie uns noch einmal etwas dazu sagen, ob denn auch ein PPP-Modell im Sinne einer Investitionsfinanzierung aus Ihrer ökonomischen Perspektive heraus eine ernst zu nehmende Alternative ist?

Prof. Dr. Oberender: Die Überlegung ist folgende: Wir hatten das ja damals nach der Wende in Jena exerziert. Ich war damals Gründungsdekan, deshalb kenne ich die Situation. Da hat Herr Späth für die Fakultät ein Gebäude hingestellt. Das hat insgesamt 120 Millionen DM gekostet. Dieses Gebäude wurde anschließend vom Land geleast. Außerdem wurde ein Vorkaufsrecht für das Land nach 25 Jahren, glaube ich, eingeräumt, und der Preis wurde vereinbart. Das ist sicherlich eine Möglichkeit, wie man vorgehen kann.

Aber ich zweifle daran, ob Sie jemanden finden, der in Gießen 250 oder 280 Millionen € investiert, um das anschließend zu leasen. Er ist ja an einer gewissen Rendite interessiert. Sie wissen, diese Investitionsfirma hat eine Renditevorstellung von etwa 8 %. Das ist meiner Meinung nach übertrieben. Das heißt, es wird allein am Faktischen scheitern. Es ist zwar theoretisch vorstellbar, aber ich halte es nicht für realisierbar.

Ich glaube, man muss sich hier klar darüber werden, was man will: ob man einen Betreiber gewinnen will oder nicht. Dann muss man in der Tat – da stimme ich Ihnen völlig zu, Herr Ebsen – das Verhältnis zwischen der Fakultät einerseits und der Krankenversorgung andererseits ganz klar regeln. Das ist ganz wichtig. Man muss auch den Prozess abstimmen, wie das aussieht, wenn man sich nicht einigen kann. Ich habe in meinem Papier ein Dreistufenmodell vorgeschlagen: erstens beratend für dieses Krankenhaus in Fakultätsangelegenheiten, beispielsweise bei Berufungen oder bei Schwerpunktsetzungen; ist keine Einigung möglich, dann gilt das Vetorecht; und geht das noch immer nicht, dann muss man sich eben einigen, dass man entweder Schiedsstellen

oder irgendetwas Vergleichbares einrichtet, und zwar für alle Parteien verbindlich. Das ist der einzige Weg, den ich sehe, wenn man das sicherstellen will.

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Lassen Sie mich noch einmal nachfragen. Ich wusste gar nicht, dass Sie daran beteiligt waren. Aus Ihrer Erfahrung aus Jena kann man aber wohl festhalten: Sofern man jemanden findet, der bereit ist, eine solche Investition zu reasonable prices zu tätigen, also ein Krankenhaus zu bauen, zu leasen und dann die Details auszuhandeln, wäre das eine sehr ernst zu nehmende Alternative, bei der das Land Eigentümer des Krankenhausbetriebs bleiben kann – in welcher Rechtsform auch immer – und mit der das Investitionsproblem gelöst werden kann. Das habe ich richtig verstanden.

Sagen Sie bitte noch einen Satz dazu, ob in dieser Frage nach Ihrer Erfahrung eine Haftung des Landes gegenüber dem Investor eintreten müsste, die ja dadurch aufgewogen würde, dass das Land nicht mehr für die VBL haften müsste. Insofern wäre das wahrscheinlich sogar noch billiger.

Prof. **Dr. Oberender:** Es ist die Frage, ob Sie dafür jemanden finden. Theoretisch geht das. Das habe ich gesagt. Wenn Sie jemanden finden, ist das völlig in Ordnung. Es ist eben eine Faktenfrage, ob Sie jemanden finden.

Sie sollten auch den anderen Punkt bedenken: Sie lösen damit nicht das Problem, das wir haben. Das Problem heißt Überkapazität, Anpassen der Universitätsklinika an die neuen Marktgegebenheiten. Es wird Wettbewerb geben. Klinika werden zusammengelegt werden. Ich sage Ihnen gleich: Es wird nicht mehr so sein, dass wir überall Universitätsklinika haben werden, die die volle Palette anbieten werden. In Zukunft wird Profilbildung stattfinden. Darin ist Baden-Württemberg sehr weit. Man kann von dort in der Tat sehr viel darüber lernen, wie man sich dort verständigt. Das geschieht natürlich auch gegen den Widerstand der Fakultäten. Aber uns bleibt kein anderer Weg, als dass wir uns im internationalen Wettbewerb neu positionieren. Ob man das dann „Center of Excellence“ nennt, ist eine ganz andere Frage. Das lösen Sie nicht mit einem Leasingmodell. Davor möchte ich warnen. Sie lösen damit nur die finanzielle Seite und schieben den eigentlichen Entscheidungsprozess vor sich her. Deshalb glaube ich, man muss darüber nachdenken, wie man das Problem ursächlich lösen kann. Ich sehe da keinen Ausweg.

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Noch eine Nachfrage: Das Jenaer Modell war auch HBFG-förderfähig. Ist das richtig?

Prof. **Dr. Oberender:** In der Tat. Das war 1992. Das ist auch gefördert worden. Sie wissen, wir hatten diese Baumaßnahmen auch im Wissenschaftsrat aufgenommen, weil wir sagten: Das ist ein innovatives Modell, das man durchaus umsetzen sollte. Allein aus der öffentlichen Hand ging das nicht. Das haben wir übrigens auch in Bayreuth gemacht. Da wurde auch ein Gebäude für die Geisteswissenschaften auf dieser Basis hingestellt und wurde anschließend angemietet. Das war damals letztlich auch vom Wissenschaftsrat als erste Priorität eingestuft worden, und da sind 50 % geflossen.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Damit sind wir genau am Ende der 15 Minuten. Dann ist nun BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an der Reihe.

Abg. **Sarah Sorge**: Ich habe zunächst eine Frage an Prof. Krüger. Sie haben ja angesprochen, dass es auch eine Rolle spiele, wie viele Studierende in Zukunft ausgebildet werden sollen und wie viele Fachärzte ausgebildet werden sollen. Dazu habe ich erst einmal die Nachfrage, inwieweit Sie sich vorstellen können, dass das schon zum Verkaufszeitpunkt vereinbart wird oder inwieweit die Zahlen dann nicht gegebenenfalls auch nachverhandelt werden müssen, nachdem die Studierendenzahl ja über die nächsten Jahre und Jahrzehnte nicht gleich bleibt, und ob Sie etwas dazu sagen können, welche Position das Land bei eventuellen Nachverhandlungen hat oder ob das Land, wenn sich beispielsweise Studierendenzahlen erhöhen würden, eventuell eine nicht ganz so günstige Ausgangsposition bei Nachverhandlungen hätte. Das ist der eine Komplex.

Der zweite ist: Sie sprechen sich ja für eine Medizinische Hochschule mit einem Standort aus. Wir haben hier ja nicht nur die Problemlage, dass wir zwei Standorte haben, sondern auch, dass hier relativ viele Befindlichkeiten gegeneinander bestehen. Sehen Sie die Sache denn so, dass dieser eine Standort explizit an einem Ort sein müsste, oder könnte man diesen einen Standort auch auf Marburg und Gießen verteilen? Wenn das nicht der Fall ist: Wo würden Sie denn die Hochschule ansiedeln?

Prof. **Dr. Krüger**: Jetzt wird es lebendig und spannend. Zunächst zur ersten Frage nach der Zahl der Studierenden. Vielleicht wissen einige von Ihnen: Ich war im privaten Hochschulbereich in Witten-Herdecke einmal einige Jahre lang Dekan. Witten-Herdecke hatte damals und hat heute noch das Recht, die Studenten selbst auszusuchen. Wir hatten dort eine Abbrecherquote von unter 2 % – trotz der Studiengebühren; aber das ist ein anderes Thema, das heute nicht hierhin gehört.

Nun zu Ihrer Frage: Ich glaube sehr wohl, dass das Land die Kapazitätsberechnung – das ist ja ein schönes Stichwort: die KapVO – festlegen muss, wie viele Studierende sich das Land leisten will, die pro Jahr hier ausgebildet werden und auch hier im Lande verbleiben. In Sachsen haben wir das Phänomen, dass 90 % der Studierenden, die wir dort an zwei Standorten haben, anschließend das Land verlassen und woanders als Ärzte tätig sind. Das ist ein Transfer von Geldern, der in Hessen verhindert werden sollte. Das heißt, ich erwarte von der Politik: Sie legen fest, welche Zahlen Sie sich leisten können.

Zweitens haben Sie zumindest implizit völlig Recht – da stimme ich Ihnen zu –, dass Sie nachverhandeln müssen – mit wem auch immer als Betreiber, ob Sie das selbst machen oder mit einem Privaten – und dass Sie in fünf Jahren flexibel genug sagen müssen: Der Bedarf an Ärzten in Deutschland ist jetzt so – viele wandern ja ab und gehen in fachfremde Berufe und nicht in die kurative Medizin –, und das Land will die Zahlen in fünf Jahren vielleicht verdoppeln. Das muss in einem entsprechenden Vertrag beinhaltet sein. Alles andere halte ich für nicht zukunftsfähig.

Ich möchte auch noch einmal betonen, was Herr Oberender schon sehr einleuchtend formuliert hat. Auch als Mediziner sage ich: Der Wettbewerb tobt unglaublich. Je länger wir mit einer Entscheidung warten, desto schwieriger wird es hinterher, sich hier zu etablieren. Schauen Sie einmal in die Studie „Zukunftsmarkt Gesundheit 2020“ von Ernst & Young – das empfehle ich sehr. Ich glaube, dass das sogar sehr viel eher kommt als 2015. Ich behaupte sogar, dass in den Jahren 2010 bis 2012 noch zehn Konzerne den Gesundheitsmarkt beherrschen werden. Auch Hochschulstandorte werden dann ihre Klinika nicht mehr finanzieren können. Marburg und Gießen sind ein Beispiel, bei dem ich glaube, dass Sie dringend handeln müssen. Es gibt ein Zitat, das ich neulich aufgegriffen habe – jetzt werden Sie möglicherweise lachen –, von Beate Uhse, die auch einmal einen klugen Gedanken gefasst hat:

(Heiterkeit)

„Nicht die Großen fressen die Kleinen, sondern die Schnellen fressen die Langsamen.“ Sie müssen schnell sein. Das betrifft auch das, was Sie gerade gesagt haben, Herr Bien. Wenn Sie jetzt bei der Berufungspolitik noch lange warten, gehen Ihnen die Leute weg und der Standort ist gefährdet.

Zu der Frage nach der Medizinischen Hochschule an einem Standort, ob Marburg oder Gießen. Nach den Dingen, die ich kenne – ich habe vor langer Zeit, in den Sechszigerjahren, in Marburg studiert –, kann man sich vorstellen, dass das in Gießen oder in Marburg ist. Das ist sehr weise formuliert. Gießen hat nach meinem Vorurteil, das sehr oberflächlich sein mag, den Vorteil, dass die Klinik ein größeres Einzugsgebiet hat. In der Nähe ist der Großraum Frankfurt. Sie ist attraktiv. Sie haben dort mehr Patientenpotenzial, das sie heranziehen können. Gießen hat aber in der Bausubstanz, wie ich gesehen habe – ich hatte vor langer Zeit einmal einen Lehrauftrag in Gießen –, erhebliche Probleme.

Marburg ist attraktiver, was die Bauten angeht. Aber die Bauten dort, wie ich sie gesehen habe, entsprechen einem so genannten „modernen Altbau“. Verzeihen Sie mir den Ausdruck. Sie lachen darüber. Marburg ist viel zu groß geplant. Ein Privater würde völlig anders bauen. Die Krankenhausplanung sieht heute anders aus. Da können Sie mit den Bauten, die Sie dort auf den Lahnbergen stehen haben, im privaten Bereich unter Umständen nicht mehr konkurrieren. Das behaupte ich jetzt als These.

Deshalb sage ich, man braucht für den Standort einen Standort für eine Konzernzentrale – einen Gesundheitskonzern; so habe ich vorhin formuliert –, und der Außenstandort Gießen oder Marburg muss natürlich die Primärversorgung und die Versorgung dort etablieren können. Wenn Sie dann ein Netzwerk dazukaufen und Ihre Kollegen und das medizinische Personal an das Haus binden – das ist mein Schlusssatz – und nicht mehr an die Konkurrenz abgeben, könnten Sie nach gleichen Standards arbeiten. Wir haben vorhin etwas über den § 116 und den ambulanten und stationären Bereich gehört. Die Vernetzung muss viel stärker sein, als sie bisher ist. Darin müssen Sie auch Ihre Fachkräfte einbeziehen. Denn die „Sprachlosigkeit“ zwischen ambulanter und stationärer Medizin ist nach wie vor vorhanden. Sie hat sich etwas gebessert. Aber wenn Sie einen Konzerngedanken haben wie zum Beispiel bei Helios, dann können Sie am Standort A und Standort B nach den gleichen Standards handeln und sind marktfähiger, als Sie es zurzeit sind.

Also konkrete Antwort: e i n Standort. Tendenziell scheint mir das Marburg zu sein. Aber das sollen die Ökonomen entscheiden. Ich kenne die Daten nicht.

Die letzte Antwort noch als Ergänzung zu der Frage, wo investiert werden soll. Ich bin für eine nicht private Realisierung und mache mir damit auch einige Feinde. Wenn Sie ein professionelles schlankes Management haben – eventuell sogar nur einen Zweiervorstand –, das das Unternehmen leitet, dann können Sie Investitionen auch ohne HBFG-Mittel realisieren. Ich möchte auf Leipzig verweisen, wo ich schon einige Jahre tätig bin. Dort wurde ohne HBFG-Mittel eine Bausumme von 192 Millionen € aus eigenen Bordmitteln realisiert, und zwar mit dem Trick – das interessiert möglicherweise die Politik –: Wir haben einen Dreiseitenvertrag zwischen Hochschulleitung, Klinikum und Landesregierung abgeschlossen. In ihm ist geregelt, dass wir auf den so genannten konsumtiven Zuschuss, den Betriebskostenzuschuss für Forschung und Lehre, in Höhe von 17,9 Millionen € verzichten und diese Mittel als investiven Zuschuss vom Land bekommen, und zwar garantiert bis zum Jahr 2013. Mit diesem Zuschuss investieren wir in den Neubau und realisieren über 190 Millionen €. Das funktioniert. Einige werden fragen: Wie geht das denn?

Umgekehrt kompensieren wir mit den Erlösen, die wir aus der Krankenversorgung erzielen, diesen konsumtiven Zuschuss. Das funktioniert. Es ist von Juristen und von Kaufleuten geprüft worden. Deshalb glaube ich auch, dass der Standort A – möglicherweise ist das Marburg; das als Antwort auf Ihre Frage – das möglicherweise auch selbst realisiert und Gießen dann unter Umständen ausbaut zu einem – verzeihen Sie mir wieder die Provokation – sekundären Zentrum, zum Außenstandort von Marburg. Es geht auch umgekehrt. Es geht aber nicht mit zwei gleich großen Standorten. Die Fusion wird scheitern. Schauen Sie nach New York, San Francisco, Berlin und Schleswig-Holstein. Schleswig-Holstein hat in den letzten drei Jahren seit der Fusion nicht einen Euro gespart.

Es ist eine Illusion, zu glauben, man könne das mit der Fusion realisieren und sagen: „Wir schauen einmal und gucken einmal“, wie Herr Einhüpl vorgeschlagen hat. Verzeihen Sie mir; er ist heute nicht hier, glaube ich. Mit einem Achtervorstand, wie auch Sie, Herr Bien, angeregt haben, in Zeiten des dramatischen Wettbewerbs erst einmal zu schauen, wie es läuft, werden sie nicht überleben. Ein Standort wird geschlossen werden. Es wird einen Standort und einen Standort als Konzernzentrale geben. Das mögen die Ökonomen entscheiden. War das ausführlich genug?

Abg. **Priska Hinz**: Ich hätte im Nachgang dazu noch einmal zwei konkrete Fragen an Herrn Prof. Krüger und an Prof. Oberender. Bislang ist ja das Thema in der Diskussion – das haben Sie ja mitbekommen –, zwei Unikliniken zu fusionieren, aber zwei Standorte mit jeweils Maximalversorgung zu erhalten. Kann man davon ausgehen, dass ein privater Träger, der das fusionierte Konstrukt dann gekauft hat, seine Investitionsentscheidung so treffen wird, dass dann tatsächlich ein Klinikum übrig bleibt und das andere Haus dann ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung wird, aber wahrscheinlich nicht mehr? Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage ist: Fast alle Gutachter haben gestern gesagt, aus beiden Fakultäten müsse man eine medizinische Fakultät machen, die Fachbereiche also zusammenlegen. Muss man diese Entscheidung klugerweise mit der Fusion treffen oder erst mit

dem Übergang an einen privaten Träger, um auch die Investitionsentscheidungen mit zu beeinflussen? Wann ist der entscheidende Zeitpunkt, um zu klären, ob man in Mittelhessen eine Medizinische Fakultät haben will?

Prof. **Dr. Krüger:** Wir haben das Rhön-Klinikum in Leipzig. Sie betreiben dort sehr erfolgreich das Herzzentrum. Dort gab es vor zehn Jahren das Vorurteil, die wollten doch nur Geld verdienen und hätten kein Interesse an Forschung und Lehre. Mittlerweile – im Jahr 2005 – sind sie, was die Patientenbetreuung und andere Qualitätsmerkmale angeht, uns im Uniklinikum leider überlegen. Das ist zwar nur ein kleiner Bereich, aber das muss ich leider zugestehen.

Zweitens liegen sie im Herzzentrum, was Forschung und Lehre angeht, in der Impact-Faktorenliste – da gibt es ein Benchmarking – im Vergleich zum Klinikum ganz weit oben. In der Lehre bewerten die Studenten das Herzzentrum immer mit Platz 1. Das funktioniert, leider. Das kann man da nur ganz neidisch sagen.

Deshalb glaube ich, ich könnte sagen, was das Rhön-Klinikum machen würde. Ich bin natürlich nicht das Rhön-Klinikum und habe auch keine Kontakte zum Rhön-Klinikum und keine Beraterverträge oder sonst etwas. Das Rhön-Klinikum hat in Diskussionen im kleinen Kreis formuliert: „Ein Standort irgendwo zwischen Marburg und Gießen, und wir bauen eine Kampfmaschine und greifen dann Frankfurt an.“ Das ist jetzt kein Zitat, was man nur mir zuschreiben könnte. Das habe ich dort gehört. Das heißt, ich glaube, wenn Sie privatisieren, werden sie sehr schnell einen Standort schließen und einen Standort ausbauen oder auf der grünen Wiese, genau auf halbem Weg – so, wie es in Nordschweden geschehen ist; dort war ich im letzten Jahr; dort haben sie den gleichen Streit gehabt über zwei kleine kommunale Häuser A und B in 30 Kilometer Entfernung, genau wie Gießen und Marburg – mittendrin ein neues Klinikum bauen als Klinikum der Zukunft. Das wurde auch in der „Frankfurter Allgemeinen“ zitiert. Das können Sie sich anschauen. Das funktioniert.

Ich könnte mir vorstellen, das Rhön-Klinikum könnte etwas Ähnliches machen. Das heißt, zu Ihrer Frage, wann aus meiner Sicht die Entscheidung dazu getroffen werden müsste: so schnell wie möglich, ein klares Konzept hier und heute und nicht warten, dass man das ein Jahr nach der Fusion noch zusammenlegen könnte. Eine Fakultät, ein Klinikum, eine Medizinische Hochschule, und zwar so schnell wie möglich.

Was ein Privater machen würde, wenn Sie privatisieren wollen? Das kann ich ja nicht selbst entscheiden. Ich würde nicht privatisieren. Ich würde es selbst machen und fähige Leute suchen und dann sofort diese Entscheidung durchziehen. Wenn Sie beabsichtigen zu privatisieren, würde ich mir die Bieter erst einmal anhören – denn die haben ja auch ihre Vorstellungen – und dann auswählen, wer am ehesten zu Ihren Vorstellungen passt.

Abg. **Priska Hinz:** Noch eine kurze Rückfrage: Also Sie sind der Meinung, auch in öffentlicher Trägerschaft müsste man diesen Weg gehen, um in Mittelhessen ein Gesundheitszentrum zu erhalten?

Prof. **Dr. Krüger:** Unbedingt, so schnell wie möglich. Sie haben keine Alternative. Der Markt tobt. Ich möchte das so klar sagen. Ich bin Mediziner und bin von Hause aus eigentlich sehr ruhig. Aber Sie glauben gar nicht, wie schnell sich das ändert. Das gilt auch für die Zeit von zwei Jahren. Sie werden eingeholt werden. Die Zukunft hat begonnen und hat Sie inzwischen eingeholt.

Prof. **Dr. Oberender:** Ich glaube auch, egal was Sie dort machen – ob Sie das in öffentlicher Hand lassen oder diese Geschichte privatisieren –, Sie kommen nicht umhin, dass man sich dort auf einen Standort konzentriert. Das ist die ökonomische Realität. Wir können dagegen verstoßen, aber das ist doch immer unsere Erfahrung. Denken Sie an die Studiengebühren. Da hat man ein Gesetz erlassen und sie verboten. Dann kam der Druck der Realität, und jetzt wird offen darüber diskutiert. Das heißt, es wird sich ändern. Darauf haben Sie keinen Einfluss, es sei denn, das Land will die Sache subventionieren. Aber ich glaube, Sie haben das Geld nicht dafür, um diese zwei Standorte tatsächlich auf dem aktuellen Stand zu halten. Denken Sie an die Halbwertszeit des Wissens in der Medizin. Die Zeit, in der 50 % des Wissens veraltet sind, beträgt etwa drei bis vier Jahre. Das heißt, da haben wir einen unwahrscheinlichen Investitionsbedarf. Das ist die eine Sache. Das sollte man sich in der Tat überlegen.

Es schmerzt immer, egal wie Sie sich entscheiden. Ich bin in Marburg Assistent gewesen und habe dort promoviert. Ich habe auch habilitiert. Ich sage das gleich dazu, damit jeder sieht, dass ich in dieser Sache befangen bin. Die Frage wird sein: Wohin geht man? Das wird einmal eine ökonomische Frage und letztlich eine politische Frage sein. Sie müssen fragen: Ist es zumutbar, dass wir das jetzt sofort machen? Aber ich glaube, Sie kommen dabei nicht umhin.

Hinsichtlich der Fakultät kann ich auch nur empfehlen: Machen Sie eine Fakultät daraus. Es ist nicht vorzuhalten, dass man das parallel hat. Das machen ja andere Bundesländer vor. Essen und Duisburg haben zum Beispiel auch die Fakultäten zusammengelegt und gesagt, es wird eine Hochschule daraus werden. Ich könnte mir vorstellen, dass man die Sache hier auch so macht. Sobald Sie die Fusion vornehmen, müssen Sie die Fakultätsfrage gelöst haben. Es gibt nichts Schlimmeres für eine Fakultät, als wenn sie nicht weiß, wo sie zugeordnet wird und ob sie überhaupt eine Überlebenschance hat.

Dies können Sie relativ gut machen. Es gibt jetzt schon Komplementärbeziehungen. Man muss halt einige Sachen, die man doppelt vorhält, schließen. So einfach ist die Realität. Denken Sie bitte immer daran: Sie müssen, wenn Sie irgendetwas haben wollen, immer angeben, wie Sie die Geschichte finanzieren. Das ist der Engpass, den Sie haben.

Prof. **Dr. Krüger:** Ich möchte noch etwas nachtragen, was ich hier möglicherweise zu selten gehört habe. Das Alleinstellungsmerkmal ist Forschung und Lehre. Das Interesse der Privaten an den beiden Klinika ist doch nur Folgendes: erstens natürlich die Marktbeherrschung, und das Entscheidende ist: Sie wollen erstmals ein ganzes Hochschulklinikum vermarkten. Das Marktsegment heißt Forschung und Lehre. Wenn Sie noch lange warten, dann gehen Ihnen die Leute nicht mehr nach Marburg und Gießen, sondern anderswo hin. Zurzeit liegen Marburg und Gießen im Benchmarking für 36 Fakul-

täten etwa gleich im oberen Drittel. Diesen Standortvorteil verlieren sie schnell – innerhalb von einem Jahr –, wenn Sie nichts machen.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Dann haben wir genau 15 Minuten auch für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gehabt. Wir kommen dann zur FDP.

Abg. **Nicola Beer**: Meine Frage geht einmal an Herrn Krüger, aber auch an Herrn Bien. Es ist die Frage nach der Neuorganisation. Hier ist ja jetzt schon darüber gesprochen worden bis hin zu der Meinung, die bauten in die Mitte zwischen den beiden Standorten ein völlig neues Klinikum so, wie sie es gebrauchen können, und interessieren sich eigentlich gar nicht für die Diskussionen über die Altsubstanzen, ob nun Marburg oder Gießen, die hier auch von der politischen Seite ausgeführt werden.

Vor diesem Hintergrund frage ich: Zurzeit wird ja von der Mehrheit in diesem Hause geplant, zum 1. Juli 2005 zu fusionieren, dann die Abteilung zu reorganisieren und zum 1. Januar 2006 zu privatisieren. Mir stellt sich die Frage: Ist das wirklich sinnvoll? Denn wenn von der Mehrheit in diesem Hause weiterhin geplant ist, zu verkaufen, dann frage ich mich immer, ob ein Privater denn die Organisation der Abteilungen usw. akzeptieren wird, die sich jetzt hier seitens der Steuerungsgruppe ausgedacht wird. Die Frage ist also: Macht das in diesem Zusammenhang Sinn?

In diesem Zusammenhang habe ich auch die Frage: Macht es dann nicht eher Sinn, das, was dann im Rahmen der Fusion mit bedacht werden muss, in den Gesprächen, die man im Bieterverfahren führt, auch mit den potenziellen Interessenten zu besprechen? Dann reicht ja als Abstand zwischen der Fusion und der Privatisierung im Grunde genommen die juristische Sekunde. Es geht darum, diese Prozesse näher zusammenzuziehen und dafür im Vorfeld mit den potenziellen Bietern zu klären, was denn eigentlich gewollt ist, damit man dafür dann auch noch einen Preis erzielen kann. Das wäre jetzt erst einmal die erste Frage aus diesem Bereich. Sie richtet sich an Herrn Krüger, Herrn Bien, und ich weiß nicht, ob Herr Oberender auch noch dazu Stellung nehmen will.

Prof. **Dr. Krüger**: Der zweite Teil Ihrer Frage ist auch meine Überzeugung: Sie müssen schnellstmöglich mit einem Privaten reden und jetzt nahezu jede Aktivität unterlassen. Das meine ich natürlich nicht wörtlich, aber es macht keinen Sinn, wenn jetzt die Vorstellungen von Herrn Schrappe und anderen in den Kliniken in Marburg und Gießen umgesetzt werden. Die Privaten werden es möglicherweise völlig anders machen. Da verlieren Sie wertvolle Zeit, und der Verkaufspreis sinkt. Das ist sehr drastisch ausgedrückt.

Das Stichwort Teleportalklinik fiel eben auch schon. Das Rhön-Klinikum hat dazu eine eigene Vorstellung. Auch nach dem, was ich von Helios weiß, machen die das mit Sicherheit anders als wir in Leipzig oder die Kollegen in Marburg oder in Gießen. Das ist meine persönliche Überzeugung.

Wichtig sind deshalb informelle Vorgespräche, aber noch keine Verhandlungen. Das ist wie bei Tarifgesprächen, erst einmal nicht zu verhandeln, sondern erst einmal informell

zu sprechen. Da würde ich dringend die beiden, drei oder vier Interessierten zu einer vertraulichen Runde an den Tisch holen und fragen: Wie und was würdet ihr machen, wenn ihr ab morgen das Unternehmen leiten müsstet? Die würden natürlich nicht alle Karten auf den Tisch legen, aber mit Sicherheit Hinweise geben. Alle Aktivitäten, die Gießen und Marburg jetzt anstellen, um sozusagen ihre eigene Haut zu retten, werden dann obsolet sein.

Prof. Dr. Bien: Ich stimme meinem Vorredner in wesentlichen Teilen zu. Ich meine aber, wir müssen uns überlegen: Wozu brauchen wir das halbe Jahr der Fusionierung noch unter öffentlicher Trägerschaft? Der Private wird tatsächlich vieles anders machen wollen. Die Frage muss aber sein: Darf er das alles anders machen? Das heißt, man muss sich überlegen: Wo sind die öffentlich-rechtlichen Vorgaben? Wo sind die Vorgaben, die wir zur Erbringung unserer hoheitlichen Aufgaben und unserer Versorgungsaufgaben machen müssen? Wo sind die Grenzen der Umorganisation, die ein Privater vornehmen darf?

Wenn es jetzt wirklich eine solche Privatisierung sein muss – auch darüber sollte man sich noch einmal Gedanken machen –, ist es absolut essenziell, möglichst umgehend die Grenzen abzustecken. Das heißt: Was darf er? Was müssen Sie als Minimalvoraussetzung haben? Dafür brauchen wir aber nicht das halbe Jahr der Fusionierung unter öffentlicher Trägerschaft. Das heißt: Gespräche sofort, und die juristische Minute oder Sekunde, denke ich, ist für die Fusionierung vor der Privatisierung absolut ausreichend.

Prof. Dr. Oberender: Ich meine auch, Sie müssen rasch handeln. Wichtig ist vor allem: Sie müssen auch den potenziellen Käufer mit ins Boot holen. Es hat ja keinen Sinn, dass Sie Modelle entwerfen und am Ende niemanden auf dem Markt finden, der Ihnen das abnimmt. Das heißt, Sie müssen den Käufer möglichst frühzeitig einbinden und fragen. Sie stellen sich etwas vor, und er stellt sich auch etwas vor. Dann muss man in der Tat sagen: Was sind unsere Essentials? Das sind eben die Autonomie von Forschung und Lehre und meinetwegen auch die Erhaltung dieser beiden Standorte. Das alles kann man ja einbringen. Dann können Sie das ja abtasten und fragen: Was wären Sie bereit, dafür zu bezahlen, wenn wir diese und jene Bedingungen diktieren? Dann müssen Sie entscheiden, ob das ausreichend ist, und dann wird verhandelt. So kenne ich das. Am Ende kommt dann auch eine Lösung heraus, bei der Sie jemanden finden, der Ihre Bedingungen – die dann angepasst und auch konsensfähig sind, und zwar auch mit dem potenziellen Käufer – erfüllt.

Ich kann das wirklich nur empfehlen. Es sind im Moment, glaube ich, sieben oder acht Anbieter, die im Moment im Boot sitzen. Es ist eine andere Frage, ob sich alle eignen. Aber ich würde das in der Tat getrennt abhandeln. Dann sehen Sie am Ende, was übrig bleibt. Dann müssen Sie die Sache schnell voranbringen, und zwar die Fusion und die Änderung der Gesellschaftsform letztlich in einer Sache machen.

Abg. Nicola Beer: Ich knüpfe gleich an die Stellungnahme von Herrn Bien an. Sie führt mich nämlich zu meiner nächsten Frage: Man muss dann auch regeln, was er machen darf. Herr Prof. Ebsen, Sie haben ebenso wie Prof. Wieland gestern gesagt, in dieser

Form des Gesetzentwurfs gehe das nicht, wir bräuchten aufgrund des Parlamentsvorbehalts auch entsprechende Regelungen im Gesetz. Inhaltlich sind Sie in Ihrer Stellungnahme noch relativ vage geblieben, was da alles im Gesetz angesprochen werden sollte. Habe ich Sie richtig verstanden, dass die Mindeststandards diejenigen sind, die das jetzt geltende Uniklinikgesetz aus dem Jahr 2000 für die selbstständigen Anstalten schon vorsieht?

Prof. **Dr. Ebsen:** Ich habe in meiner mündlichen Stellungnahme gesagt, dass das eine ziemlich schwierige Frage ist, die man jetzt nicht in wenigen Minuten beantworten kann: Wo ist die wirkliche Grenze, dass die Gewährleistungsverantwortung des Gesetzgebers für die Organisation der Autonomie von Forschung und Lehre verletzt ist? Das kann ich Ihnen jetzt auch in dieser Form nicht angeben.

Ich darf aber darauf hinweisen: Sie haben Anwendungsbeispiele in den verschiedenen Ländern, wo, wie in Hessen, schon jetzt die Verselbstständigung als rechtsfähige Anstalt stattgefunden hat. Denn auch dort gibt es natürlich dieses Problem der Zuordnung. In diesem Feld der verschiedenen Gestaltungen – wenn ich etwa Nordrhein-Westfalen und Hessen vergleiche – entdeckte ich in Nordrhein-Westfalen etwas mehr Einfluss der Verantwortlichen für Forschung und Lehre, nämlich der Fakultäten.

Insofern meine ich, unter dem Vorbehalt, dass das wirklich gründlich geprüft werden muss, dass Sie nicht auf der sicheren Seite sind, wenn Sie den Einfluss, den Forschung und Lehre im Moment nach dem hessischen Uniklinikgesetz haben, noch reduzieren.

Abg. **Nicola Beer:** Ich habe eine weitere Frage, weil heute – genauso wie gestern – von Herrn Oberender und Herrn Krüger ausgeführt wurde, dass es gerade zur Absicherung des Stellenwerts von Forschung und Lehre notwendig sei, einen Fachbereich zu schaffen, der dann – aber da gingen gestern und auch heute die Meinungen auseinander – sogar ins Klinikum gezogen sein sollte, Stichwort Medizinische Hochschule. Deshalb frage ich jetzt noch einmal, weil ja auch das andere Gegenmodell diskutiert wird, Herrn Bien. Sie sprechen sich in Ihrer schriftlichen Stellungnahme dafür aus, die beiden Fachbereiche separat beizubehalten. Wie stellen Sie sich dann die Sicherung von Forschung und Lehre vor? Wie kann die Zusammenarbeit organisiert werden? Sie haben ja für sehr schlanke Leitungsstrukturen plädiert. Jetzt ist die Frage: Wie kann man auf der einen Seite sicherstellen, dass die Fachbereiche auch in ihrer Bedeutung nicht geschwächt werden gegenüber dem dann sehr großen und sehr starken Klinikum, und auf der anderen Seite gleichzeitig eine reibungslose, effiziente Arbeit organisieren?

Prof. **Dr. Bien:** Ich denke, allein aus historischen Gründen dürfte es sehr schwer zu vermitteln sein, Fachbereiche oder gar Universitäten zusammenzulegen. Das sind 478 Jahre alte Universitäten und alte Fachbereiche. Sie zu fusionieren, halte ich auch in der Region für außerordentlich schwer zu vermitteln, aber auch insgesamt für nicht wirklich gut.

Ich habe versucht, das als eine Firma darzustellen. Nennen wir sie Klinik. Diese Firma hat mehrere Unternehmensziele. Sie hat zum einen das Ziel, Forschung und Lehre und Mediziner Ausbildung für den Fachbereich Gießen und für den Fachbereich Marburg zu

erbringen. Deswegen habe ich in den Leitungsstrukturen die beiden Dekane als sehr zentrale Leitungsfiguren eingebaut mit zwei Stimmen bei fünf stimmberechtigten Mitgliedern und einem Vetorecht entsprechend einer Geschäftsordnung für die jeweilige Forschung und Lehre des eigenen Fachbereichs.

Einkaufsmodelle in dieser Form – das heißt, dass ein Dekan für seinen Fachbereich an Standorten unterschiedlicher Orte, aber auch unterschiedlicher Rechtsformen einkauft – gibt es in Deutschland sehr umfänglich. Im Ausland ist das absolut üblich. In meinem alten Tätigkeitsort in Paris hatten wir in einer Stadt 13 Universitäten und neun Medizinische Fakultäten und mehr als zwei Krankenhäuser. Das heißt, die neun medizinischen Dekane sind einkaufen gegangen und haben an dem jeweiligen Standort, bei dem jeweiligen Professor die Lehre für ihre Universität eingekauft. Das lässt sich in einer fusionierten Klinik mit zwei oder drei Standorten – wenn man Einzelhäuser mit dazurechnet – sicher problemloser machen als bei neun Universitäten und 150 Krankenhäusern.

Wichtig erscheint mir – das möchte ich bitte noch einmal sehr deutlich ausdrücken –: Die Rechtsstellung des Dekans und damit die Rechtsstellung der Aufgaben, die hoheitliche Aufgaben sind – das heißt der Mediziner Ausbildung –, ist meines Erachtens bisher nach allem, was ich gesehen habe, überhaupt nicht definiert, und zwar weder für den Moment noch gar für die Zukunft. Wenn wir jetzt einmal verkaufen, egal an wen, kann man in den jetzigen Verhandlungen sicher einiges definieren und sagen: Du musst, damit du den Zuschlag bekommst, eine erste, zweite, dritte Bedingung usw. erfüllen. Aber was geschieht, wenn der Besitzer von seinem Recht des Verkaufs Gebrauch macht? Was geschieht, wenn der Besitzer illiquide wird? Gehen wir dann zum Konkursrichter? Wer kauft dann die Konkursmasse auf? Und wie ist im Weiteren sichergestellt, dass auch bei mehrfachem gewolltem oder ungewolltem Eigentümerwechsel der Einfluss des Landes und die hoheitlichen Aufgaben weiter gewährleistet sind? Geschieht das über ein Vorkaufsrecht oder über welche langfristig bindenden Rechtsvorschriften?

Abg. **Nicola Beer**: Eine Sache ist mir bei Ihren Ausführungen, Herr Prof. Bien, noch aufgefallen. Sie sagten, die gehen dann eben separat einkaufen. Das heißt, sie haben zwar miteinander möglicherweise Kooperationen – so habe ich das jetzt verstanden –, aber sie sind eben separat zu sehen. Befördert das dann nicht auch in der Zukunft ein Auseinanderklaffen der Einheitlichkeit, die wir bislang hatten, also der Lehrstuhlbesetzung und der Abteilungsleitungsbesetzung? Denn da sind ja dann drei Spieler im Boot. Auch was die Profilbildung und anderes betrifft, braucht ja der Fachbereich dann immer den Korrespondenten in der Klinik. Das kann man möglicherweise sogar als sinnvoll erachten, weil man dann die Abstimmungsprobleme zwischen der Klinik und dem Berufungsverfahren in der Hochschule nicht mehr hat. Aber würde das dadurch befördert, und ist das sinnvoll?

Prof. **Dr. Bien**: Ich denke, das stellt sogar eine Chance dar. Wir werden durch die größere Einheit auch die Möglichkeit haben, unterschiedliche Besetzungen vorzunehmen. Das heißt, der Ärztliche Direktor sorgt dafür, dass die Krankenversorgung stimmt, und kauft sich dafür einen Arzt ein, der operieren will und der Krankenversorgung machen will. Wenn der Dekan den Eindruck hat, dass das kein guter Lehrer ist, dann muss er sich einen Lehrer einkaufen.

Man wird also bei jeder Neubesetzung prüfen müssen: Geht das in dieser vergrößerten Funktion? Erstens gibt es sehr viel mehr Krankenversorgung und zweitens eine doppelte Lehrverpflichtung in jeweils einer Person. Oder brauchen wir einen Professor und Krankenversorger in Gießen und einen Professor und Krankenversorger für das gleiche Fachgebiet auch in Marburg, oder reicht es, zwei Chefärzte oder gar nur einen Chefarzt zu berufen und einen Professor, der von der theoretischen Seite her – auch dafür gibt es reichlich Beispiele – für die Lehre und für die Forschung in diesem Fach sorgt? Theoretische Chirurgie und praktische Chirurgie sind klassische Beispiele hierfür.

Das Vetorecht ist übrigens unstrittig. Das Vetorecht muss für die Forschung und Lehre eindeutig der Dekan für den jeweiligen Fachbereich haben.

Abg. **Nicola Beer**: Da wir gerade auch bei Forschung und Lehre und Ausbildung sind, habe ich noch eine Frage an Herrn Oberender und Herrn Bien, und zwar im Hinblick auf Ausbildungskapazitäten. Es ist ja richtig, dass gesagt wird, das Land müsse festlegen, welche Ausbildungskapazitäten es haben wolle, Stichwort Kapazitätsverordnung. Jetzt bewegen wir uns aber in einem Bereich, der unabhängig von dem, was wir hier mit Fusion und Privatisierung besprechen – Herr Oberender hat darauf hingewiesen –, durch Bettenabbau gekennzeichnet ist und damit zusammenhängend auch durch Personalabbau gekennzeichnet ist.

Nun hängen aber die Ausbildungskapazitäten, die zum einen die Studierenden betreffen, an der Bettenzahl und die Kapazitäten, die das Personal betreffen, dann nachher in der Facharztausbildung. Wenn ich mich jetzt als Politik in diesem Konglomerat bewege, was ist dann im Hinblick auf Ausbildungskapazität sinnvoll? Denn dann würde das allein schon ohne die Diskussion, die wir jetzt über die Fusion und die Privatisierung haben, zu einem Herabfahren der Ausbildungskapazität führen. Diese Kapazität müsste dann durch eine künstliche Subvention wieder heraufgebracht werden, was aber eigentlich den Einsparungen im Gesundheitswesen zuwiderläuft. Wie kann ich diesen Widerspruch, den zumindest ich als Nichtmediziner sehe, auflösen, und wie setze ich unter diesen Rahmenbedingungen eine Ausbildungskapazität vor dem Hintergrund der Diskussion, was jetzt mit Ärztenachwuchs usw. passiert, sinnvoll fest?

Prof. **Dr. Oberender**: Das ist in der Tat eine hoheitliche Aufgabe. Sie müssen im Land Hessen bestimmen, wie viel Mediziner Sie pro Jahr ausbilden wollen. Das ist die eine Seite. Aber das heißt ja nicht, dass Sie das nur an Universitätsklinik machen können. Es gibt ja auch Lehrkrankenhäuser. Sie wissen, wir sitzen im Wissenschaftsrat und auch in einer Arbeitsgruppe im Augenblick daran, zu klären: Was ist denn die richtige Unternehmensgröße für ein Universitätsklinikum? Dort schlagen wir den Weg ein, dass wir fragen: Welche Fachgebiete müssen unbedingt vorgehalten werden? Das ist der erste Schritt. Das ist letztlich auch eine politische Entscheidung.

Dann fragen wir: Wie viel brauchen wir dort im Hinblick auf Mindestmengen? Sie wissen, dass das eine Mindestmengendiskussion ist. Das heißt, diese Honorierung der Krankenhausleistung wird in Zukunft auch abhängig davon, wie viel Fälle sie haben. Da gibt es bestimmte Mindestmengen. Wenn sie die nicht haben – das gilt auch für Universitätskliniken –, dann bekommen sie keinen Vertrag mehr mit Krankenkassen. Das

heißt, sie können das zwar anbieten, aber die gesetzliche Krankenkasse wird diese Sache nicht bezahlen.

Das heißt: Sie müssen sich überlegen, was Sie haben wollen. Dann müssen Sie das über Lehrkrankenhäuser oder andere abdecken. Es gibt ja verschiedene Modelle, die man hier machen kann. Ich möchte Sie davor warnen, dass man jetzt sagt: Es gibt nur eine Lösung. Es gibt verschiedene Lösungen, wie man das Problem angehen kann. Wichtig ist, dass wir im System Vielfalt zulassen.

Vor allem eines müssen Sie sich auch einmal politisch überlegen. Sie müssen einmal fragen: Warum gehen aktuell nur 50 % der Mediziner – denken Sie daran: ein Mediziner in Deutschland kostet uns 250 000 € in der Ausbildung; ein Ökonom kostet ein Zehntel – noch in das Gesundheitswesen in Deutschland? Das heißt, wir betreiben hier eine unwahrscheinliche Verschwendung. Sie können sich leicht überlegen, was der Hintergrund hierfür ist: Es ist nicht mehr attraktiv für junge Leute, in die Gesundheitsversorgung zu gehen. Ich glaube, auch darüber muss man einmal nachdenken, dass man das ändert.

Prof. Dr. Krüger: Nur zur Ergänzung: Das Ausbildungsziel des Humanmediziners ist nicht richtig definiert, wenn Sie so wollen. Leider bilden wir im Hochschulklinikum an den Standorten Gießen und Marburg in High-End-Medizin aus. Dann werden die Absolventen anschließend in die Praxis entlassen und haben dort Hühneraugen und andere Dinge zu behandeln. Das heißt etwas ironisch formuliert: Ich glaube, dass ein Konzern und das, was wir eben auch mit Lehrkrankenhäusern beschrieben haben, für die Ausbildung von jungen Menschen sehr viel günstiger ist, dass sie sozusagen in der Realität, in kleineren Einheiten, in kleineren Praxen und auch in Krankenhäusern ausgebildet werden und nicht nur an Großstandorten wie Marburg und Gießen.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Wir wären damit am Ende der ersten Runde mit je 15 Minuten. Wir haben ja vorhin den Hinweis erhalten, dass einige Gutachter erst später eintreffen. Deshalb würde ich vorschlagen, dass wir jetzt Herrn Knauß hier einschieben, der inzwischen eingetroffen ist, sodass sein Statement dann in die zweite Runde mit einbezogen werden kann. Auch für Sie, Herr Knauß, gilt als zu spät Gekommener leider auch nur die Regel, fünf Minuten reden zu dürfen.

Herr **Knauß:** Ich denke, dass fünf Minuten ausreichen, zumal ich ja eine schriftliche Stellungnahme abgegeben habe.

Ich komme gleich einmal kurz zum Thema und zum Verständnis: Beim Thema VBL geht es ja um die betriebliche Altersversorgung der Beschäftigten bei den Universitätsklinikum. Weil der Arbeitgeber arbeitsrechtlich eine Zusage für die Altersversorgung gegeben hat und diese nicht selbst durchführt, sondern die VBL als Pensionskasse und Versicherung einschreibt, stellt sich in diesem Zusammenhang immer die Frage der Finanzierung. Leider wurde es in der Vergangenheit versäumt, im gesamten öffentlichen Dienst diese Altersvorsorge, sprich die Versicherung bei der Pensionskasse, voll auszufinanzieren. Das hat unter anderem dazu geführt, dass auch der Leistungsplan der VBL

geändert wurde. Die Versicherungsformen wurden umgestellt. Nichtsdestotrotz bestehen noch erhebliche Finanzierungslücken.

Das heißt, egal ob jetzt diese neue fusionierte Anstalt oder gar ein künftiger Privater diese Beteiligung bei der VBL fortführt, muss er mehr für die betriebliche Altersversorgung aufwenden – ich schätze, etwa das Dreifache –, als wenn er die entsprechende Zusage mit einem Dotierungsrahmen von ca. 4 % der maßgebenden Einkünfte der betroffenen Personen neu erteilen würde.

Will diese fusionierte Anstalt oder Körperschaft des öffentlichen Rechts oder aber ein potenzieller Käufer aus der VBL aussteigen und eine eigene Zusage machen, dann stellt sich die Frage: Was verlangt die VBL für diesen Ausstieg? Die Satzung der VBL sieht ja ein so genanntes Ausstiegsgeld – ich möchte es einmal so bezeichnen –, sprich die Zahlung eines Gegenwerts vor. Bei 5.000 Beschäftigten, schätze ich einmal, könnte das leicht bei 300 bis 400 Millionen € liegen. Das ist also eine gewaltige Summe, die da aufzubringen wäre.

Die einzige Möglichkeit, die ich sehe, um von diesem großen Brocken absehen zu können, wäre die Frage – aber die ist dann auch nur im Benehmen mit der VBL zu klären; das möchte ich vorwegschicken –, ob es speziell in Bezug auf den Personenkreis, der bisher noch beim Land Hessen ist und also auch über das Land Hessen bei der VBL versichert ist, gelingt, für diesen Personenkreis zu sagen – weil das nur ein kleiner Teil der gesamten Beschäftigten des Landes Hessen ist –, das liege noch unter der Wesentlichkeitsgrenze, sodass kein Gegenwert zu zahlen wäre.

Nichtsdestotrotz bleibt, egal bei wem, dieser Betrag hängen. Er bleibt entweder bei der Umlagegemeinschaft der VBL oder beim Land Hessen als Verkäufer oder aber bei einem privaten Träger eines Klinikums, der diese Klinika dann kauft.

Ich habe in meiner Stellungnahme noch einmal dargestellt, dass diese Frage nach Möglichkeit sehr früh zu klären ist. Denn wenn die fusionierten Kliniken oder aber der neue Eigentümer der Klinika aus der VBL aussteigt, dann ist diese Möglichkeit, dass man diesen Gegenwert nicht vollständig zahlen muss, weil man unter dieser Wesentlichkeitsgrenze liegt, nicht mehr gegeben, weil der neue Arbeitgeber Beteiligter an der VBL wird. Dann würden seine Versicherten insgesamt aus der VBL aussteigen. Deshalb wäre für alle der Gegenwert zu zahlen.

Deshalb nochmals die dringende Empfehlung, diese ganzen Fragen vorher zu klären und nicht erst hinterher zu klären. Das würde ich von meiner Stelle aus als Stellungnahme hier ausreichend sein lassen, zumal alles Weitere niedergeschrieben ist. Für Fragen stehe ich selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Dann eröffnen wir jetzt die zweite Fragerunde. Diese zweite Runde folgt wieder den Regeln der ersten Runde mit einer Dauer von je fünf Minuten.

Abg. **Michael Boddenberg:** Ich wollte kurz noch einmal auf diese grundsätzliche Frage – Privatisierung ja oder nein? – zurückkommen. Ich glaube, dass man alle ökonomi-

schen Fragen und alle Detailfragen, die gerade angesprochen worden sind, am Ende vertraglich lösen können wird. Ich bin dankbar für jeden Hinweis, den wir erhalten, der in der Sache im Detail noch weiterführt. Ich will deshalb noch einmal auf das zurückkommen, was Herr Prof. Donner-Banzhoff eingangs gesagt hat, indem er auf die Studien in den USA verwiesen hat. Ich meine, mich zu erinnern, dass Herr Kollege Spies seinerzeit daraufhin sinngemäß davon gesprochen hat – Sie können mich korrigieren –, dass Privatisierung Menschenleben koste.

Ich hätte ganz gern von Herrn Donner-Banzhoff noch einmal gewusst, was das bedeutet. Sie haben von 15 Gutachten gesprochen und davon gesprochen, dass sieben davon gesagt hätten, die Mortalität in privat geführten Klinika sei höher als in öffentlich-rechtlichen Klinika. Was sagen denn die anderen sieben Gutachten? Sie haben zwar gesagt, sie seien unentschieden. Konkret habe ich die Frage an Sie: Sind diese Gutachten aus Ihrer Sicht falsch? Und wenn ja: Was ist daran falsch?

Zweitens haben Sie im Verlauf der Fragerunde davon gesprochen, dass die Struktur der Patienten dort möglicherweise unterschiedlich ist, und haben gesagt, dass in den privat geführten Klinika möglicherweise eher wohlhabende Patienten bzw. Patienten mit geringfügigeren Erkrankungen behandelt würden. Ist das Ihre persönliche Spekulation, oder gibt das eines der Gutachten her, das, wie Sie sagen, eine höhere Mortalität ausweist?

Letzte Frage: Wenn es so sein sollte, dass die Mortalität an privat geführten Klinika höher ist als an öffentlich-rechtlich geführten, dann frage ich einmal in die Runde – darin beziehe ich auch die Professoren Lohmann, Oberender und Krüger ein –: Warum gibt es denn dann in Deutschland keine breite politische Bewegung gegen Privatisierung? Ich habe davon bis jetzt nichts gehört. Ich habe zum ersten Mal davon gehört, seitdem wir über diesen konkreten Vorgang in Mittelhessen reden.

Prof. Dr. Donner-Banzhoff: Die Zahl 15 bezog sich nicht auf Gutachten, sondern auf Studien, also die Auswertung von Abrechnungsdaten von Krankenhäusern. Insgesamt waren es 38 Millionen Krankenhausbehandlungen. Das ist eine sehr große Zahl, die da berücksichtigt wurde. Es geht im Grunde genommen um die statistische Auswertung von Routinedaten. Sieben Studien ergaben einen Sterblichkeitsvorteil für die Gemeinnützigen, eine Studie einen Vorteil für die Gewinnorientierten. Die anderen waren unentschieden.

Zur Ungleichgewichtigkeit der Gruppen kommt wieder das Argument: Wir haben nicht nur den Krankenhausstatus miteinander verglichen, sondern die Gruppen haben sich in anderen Merkmalen unterschieden. Die Sache mit der sozialen Schichtzugehörigkeit war meine Spekulation. Der Punkt mit der Krankheitsschwere ist durch die verschiedenen Auswertungen in den einzelnen Studien nachgewiesen, weil sich nämlich die Ergebnisse genau so verschoben haben, wie es der Hypothese entsprach: Die leichter Erkrankten finden sich in den gewinnorientierten Kliniken.

Prof. Lohmann: Wenn in Zukunft Wettbewerb das Mittel sein soll, um Produktivität zu heben – – Das ist politisch Konsens; es gibt niemanden in Deutschland, der das anders regeln will.

(Zuruf von der CDU: Höchstens die SPD möglicherweise!)

– Nein, auch die SPD erklärt auf der Bundesebene ganz eindeutig, dass Wettbewerb auch im Gesundheitssystem realisiert werden soll. Ich bin übrigens nebenbei nicht nur Berater der Asklepios Kliniken GmbH, sondern auch Mitglied der SPD. Das hat mich nie daran gehindert, meine Position ganz eindeutig und klar vorzutragen.

(Unruhe)

Aber nochmals zur Sache: Wenn Wettbewerb tatsächlich das bestimmende Element ist, dann wäre es eine fürchterliche Illusion, zu glauben, man könne mit subventionierten Staatsbetrieben – das ist das ja – die Qualität hoch halten. Wer glaubt, dass das die Leistungsfähigkeit des Staates in den nächsten Jahren sein könnte, der irrt gewaltig. Deswegen geht es darum – das erkläre ich noch einmal ganz eindeutig –, den Staat in eine neue Rolle zu bringen. Er muss natürlich in einem Wettbewerbssystem den Verbraucherschutz in das Zentrum rücken. Das tut er übrigens zurzeit auch. Die Bundesregierung tut das, indem sie verpflichtend für die Krankenhausbetriebe bei einer stärkeren Wettbewerbsorientierung durch die Einführung der DRGs Auflagen macht, Transparenz über Qualität herbeizuführen. Genau das halte ich für den richtigen Weg.

Es ist nicht richtig, dass – wie in der Vergangenheit – nur ganz einzelne Krankenhausbetriebe die Qualitätsdaten veröffentlichen müssen, sondern es muss zur staatlichen Auflage gemacht werden, das zu tun. Transparenz muss hergestellt werden. Die Krankenversicherungen als Agenturen der Versicherten haben die Verpflichtung und nehmen diese Verpflichtung inzwischen übrigens auch schon stärker wahr, in diese Rolle hineinzuwachsen. Das kann ein System der Zukunft sein.

Ich sage noch einmal: Zu glauben, dem mit subventionierten Staatsbetrieben entgegenzuarbeiten, halte ich für eine komplette Illusion.

Prof. Dr. Oberender: Es fehlt letztlich am soliden empirischen Material, um da eine Aussage zu treffen. Wir wissen das nicht. Ich finde es nicht in Ordnung, dass man hier Unterlagen verwendet, die ganz einfach dem wissenschaftlichen Anspruch nicht genügen. Das sage ich zur Ausgangssituation.

Diese Sache ist sehr einfach zu lösen. Wenn das der Fall sein sollte, dann muss man Folgendes machen: Dann trifft man Ergebnisvereinbarungen. Dann sagt man als Krankenkasse: Wenn die Sterblichkeitsrate oder auch die Wiedereinweisungsrate oder die Infektionsrate in eurem Haus einen bestimmten Wert überschreitet, dann bekommt ihr Abschläge. Das wird übrigens gemacht. Das machen bereits einige Ersatzkassen.

Außerdem ist sehr wichtig: Sie müssen Ergebnisqualität letztlich auch dokumentieren. Das geht, wie Sie wissen. Wir können durchaus Kriterien haben, mit denen wir das vergleichen. Helios macht das, und auch einige andere. Es gibt ja jetzt auch ein Gesetz, dass man seit 1. Januar auch zur Dokumentation verpflichtet ist. Das halte ich für sehr wichtig. Entscheidend ist aber auch, dass man die Dokumentation veröffentlicht. Das heißt, dass der einzelne Arzt und auch der einzelne Patient sieht: Wie ist die Qualität der Häuser? Davon sind wir noch immer weit entfernt, weil die Medizin noch in der Feu-

dalgesellschaft lebt. Das ist die typische Feudalgesellschaft: Da weiß nur der Prinzipal, eben der behandelnde Arzt, was gut ist. Alles andere sind unmündige Leute. Auch das müssen wir öffnen. Das geht nur, wenn Sie die ökonomische Transparenz und vor allem die medizinische Transparenz haben. Ich bin überzeugt, dass wir das Problem lösen.

Das Argument des Rosinen-Pickens – das ist ja auch ein Vorwurf, der immer kommt – ist nicht haltbar. Sehen Sie sich das einmal empirisch an: Wenn ein Privater, zum Beispiel Helios, Patienten abweisen würde, wäre das im Wettbewerb tödlich für ihn. Wenn Sie sich mit denen unterhalten, sagen Sie: Es wird alles behandelt. Das machen übrigens auch andere. Auch Asklepios macht das und auch die Rhön-Klinikum AG. Sie sagen: Wir wollen alles behandeln. Wir wollen ja dokumentieren, dass wir tatsächlich Vollsortimenter sind. Das heißt, das sind Vorurteile aus dem Bauch heraus ohne empirischen Gehalt.

Abg. Dr. Thomas Spies: Vielleicht darf ich eine ganz kurze Frage an Herrn Lohmann stellen, weil er an dieser Stelle ja nun wirklich ein ausgewiesener Experte ist. Ich beziehe mich auf die letzte Frage, die vonseiten der CDU gestellt wurde, warum es denn keine breite Bewegung gegen die Privatisierung gibt. Sie haben uns vorhin darauf verwiesen, dass in Hamburg die Frage der Privatisierung aufwendig diskutiert worden ist. Ist es richtig, dass es da eine Volksabstimmung zur Frage des Verkaufs des LBK gab? Können Sie uns erzählen, wie sie ausgefallen ist?

Prof. Lohmann: Das ist, glaube ich, auch bei Ihnen im Haus bekannt. An dem Tag, an dem die CDU in Hamburg die absolute Mehrheit gewonnen hat, hat die Bevölkerung in der gleichen Wahlkabine zu 75 % gegen die Privatisierung des LBK Hamburg gestimmt. Die Argumente, die im Vorfeld der Diskussion dazu vorgetragen worden sind, waren sehr vielfältiger Natur. Dort ist auch über vieles von dem, was auch hier diskutiert wird, debattiert worden. Es gibt da erhebliche Ängste, das ist völlig klar.

Ich bin aber nicht derjenige, der hier Ängste zu transportieren hat. Wenn ich meine Funktion hier richtig sehe, geht es ja vielmehr darum, Ihnen Argumente mit auf den Weg zu geben, die in den Veränderungsprozess des Gesundheitssystems aus meiner Sicht eine Rolle spielen. Es ist natürlich völlig klar: Das ist die Sicht desjenigen, der in den letzten Jahren Erkenntnisse in solchen Umbruchssituationen gewonnen hat. Es ist nun meine Aufgabe, Ihnen meine Erkenntnisse mit auf den Weg zu geben. Aus dieser Funktion heraus habe ich versucht zu argumentieren und nicht aus den Ängsten der Bevölkerung, die in der Tat vorhanden sind, die ernst zu nehmen sind, mit denen man sich auseinandersetzen muss. Ich denke, dass auch Ihre Anhörung, die Sie hier durchführen, genau diesen Hintergrund hat.

Abg. Dr. Thomas Spies: Wir halten fest: Wenn man das Volk fragt, sind 75 % dagegen. Vielleicht sollten wir auch in Hessen darüber abstimmen lassen und einmal schauen, was dabei herauskommt.

(Abg. Michael Boddenberg: Waren Sie in Hamburg?)

Ich habe noch eine Frage an Herrn Donner-Banzhoff, um das noch einmal auf den Punkt zu bringen. Habe ich Sie richtig verstanden, dass das Ergebnis dieser Untersuchungen uns darstellt: Nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft müssen wir erstens annehmen, dass Gewinnorientierung gegenüber Gemeinwohlorientierung ein höheres Risiko bedeutet, und zweitens, dass wir nach den Daten annehmen müssen, dass dieses Risiko unterschätzt wird und nicht überschätzt wird?

Prof. **Dr. Donner-Banzhoff**: Von den Daten her sind beide Fragen mit Ja zu beantworten.

Ich möchte noch sagen, warum es keine Kampagne und keinen Bevölkerungsaufstand gibt. Ich glaube, das ist einfach eine sehr abstrakte Größe. Wenn ich über den Gang eines gewinnorientierten privaten Krankenhauses gehe, dann ist es ja nicht so, dass da die Leichen herumliegen. So ist es ja nicht. Das sind ganz abstrakte, nur mit einer sehr großen Zahl herausarbeitbare Unterschiede. Das ist eine sehr abstrakte Größe. Von daher ist das schwer in einen individuellen oder politischen Entscheidungsprozess einzubeziehen.

Prof. **Lohmann**: Ich wollte einen kleinen Zwischenruf machen: Im Landkreis Pinneberg im Randgebiet von Hamburg gibt es vier Krankenhäuser. Die Pinneberger Bevölkerung ist nachdrücklich dafür, dass diese vier Krankenhäuser erhalten bleiben. Aber es ist gleichzeitig richtig, dass 1995 noch 70 % der Pinneberger Bevölkerung Pinneberger Krankenhäuser in Anspruch genommen haben, während dies heute nur noch 50 % sind. Und zur gleichen Zeit ist in Hamburg der Anteil der auswärtigen Patienten in den Krankenhäusern von 20 auf 30 % gestiegen. Das Herz, der Bauch und der Kopf sind im Gesundheitsbereich nicht immer eins.

Prof. **Dr. Krüger**: Ich bin in einer Frage der CDU angesprochen worden. Diese Frage möchte ich gern beantworten. Ich gehöre keiner Partei an.

(Abg. Sarah Sorge: Das macht auch nichts! – Abg. Nicola Beer: Das kann ja noch werden!)

Die Frage, warum eine Volksbewegung gegen diese Ergebnisse zustande kommt, ist relativ einfach zu beantworten. Ich glaube, das ist ein Nullsummenspiel. Diese 15 Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen, unter anderem wegen methodischer Probleme. Sie haben das als Experte angesprochen. Das heißt, es ist „nicht relevant“, weil Sie Pro und Kontra stundenlang diskutieren könnten. Ich nenne das Beispiel New York aus der Radiologie mit den invasiven Eingriffen. Die hatten plötzlich eine ganz niedrige Sterblichkeit, weil alle diejenigen, die schließlich starben, in ein anderes Haus, in eine Anschlussbehandlung verlegt wurden. Das heißt, die haben ihre Statistik bereinigt. Auch das ist ein Beispiel dafür, wie es nicht funktionieren sollte.

Ich habe noch einen zweiten Hinweis: Die Ausführungen zu Wettbewerb und Transparenz unterschreibe ich uneingeschränkt. Sehen Sie nach Schweden. Die haben unter einer sozialdemokratischen Regierung in den Achtzigerjahren den Prozess und den Schritt gewagt, die Reform im Gesundheitswesen anzuschieben. Sie haben eine Kran-

kenhausbettendichte von etwa 43,9 pro 10.000 Einwohnern. Bei uns liegt sie bei 70. Wir werden ein Drittel der Krankenhäuser verlieren, weil wir eine Überversorgung haben. Die Schweden haben es als Flächenstaat geschafft, bei einer hohen Qualität – eben nicht an zwei Standorten, wie hier – ihre Versorgung zu erreichen. Bitte schauen Sie dahin. Die haben es vor 20 Jahren begonnen. Jetzt sind sie viel weiter als wir. Das funktioniert dort.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Ich bitte um Nachsicht, dass ich die Antworten, die Herr Boddenberg noch bekommen hat, natürlich nicht auf das SPD-Konto anrechnen darf.

Abg. **Michael Siebel:** Wir befinden uns ja hier in einer Anhörung zu einem Gesetz der CDU-Fraktion. Deshalb habe ich zwei Fragen. Eine davon richtet sich an Prof. Ebsen. Sie haben vorhin in Ihrer Stellungnahme zum Ausdruck gebracht, dass insbesondere im Zusammenhang mit der Ermächtigungsverordnung in § 5 des Gesetzes Ihrer Ansicht nach verfassungsrechtliche Bedenken bestehen. Welche Möglichkeiten sehen Sie, diese Ihre verfassungsrechtlichen Bedenken im vorliegenden Gesetzgebungsverfahren zu heilen, zum Beispiel durch eine Streichung des § 5 oder wie auch immer?

Meine zweite Frage geht an Herrn Knauß. Sie haben noch einmal sehr eindrucksvoll die VBL-Frage angeführt. Darüber ist gestern wohl auch schon diskutiert worden. Da wir uns in einem Gesetzgebungsverfahren befinden, richte ich auch an Sie die Frage. Ich finde Ihren Hinweis ja sehr richtig vor dem Hintergrund, dass es um knapp 400 Millionen € geht. Welche Möglichkeiten sehen Sie denn im laufenden Gesetzgebungsverfahren, diesen Ihren Hinweis, dass man das vorher klären sollte, zu heilen? Welche Möglichkeiten könnte man denn da noch mit einbauen, um genau diese Sicherheit, die ich für richtig halte, noch in den Gesetzestext einzubauen?

Prof. **Dr. Ebsen:** Der Gesetzgeber muss, wenn man meiner verfassungsrechtlichen Auffassung folgt, die wesentlichen Fragen der Koordination von Forschung und Lehre und Krankenversorgung selbst regeln. Es ist eine technische Frage, wie er das macht. In meinen Augen wäre der systematisch richtige Ort, dass der Gesetzgeber des Uniklinikgesetzes, wenn er jetzt eine privat betriebene Universitätsklinik haben will, in dieses Universitätsklinikgesetz die Anforderungen hineinschreibt, die dann für eine privat betriebene Universitätsklinik gelten sollen. Dann hat die Verweisung in dem Umwandlungsgesetz, das dieses Gesetz ja im Kern ist, einen Sinn. Denn dann gelten die verwiesenen Vorschriften. Dort ist das geregelt. Ich will nicht etwa sagen, dass es unüberwindbare Schwierigkeiten gibt, diese Umwandlung zustande zu bringen.

Es ist sicherlich so, dass das, was dann in einem solchen Universitätsklinikgesetz geregelt ist, seine Auswirkungen auf den Preis und die Preisverhandlungen haben wird. Aber das ist nun einmal der Preis dafür, dass man nicht nur ein Krankenhaus verkaufen will, sondern dass man dieses dann hinterher als Universitätsklinikum betreiben will.

Herr **Knauß:** Ich komme noch einmal zu Ihrer Frage zurück. Wir befinden uns hier an und für sich im Arbeitsrecht, wenn es um die Frage geht, ob die Leute bei der VBL zu versichern sind. Deshalb ist es meiner Meinung nach zunächst etwas schwierig, hier

gesetzlich vorzugehen. Aber meine Empfehlung wäre, das man sagt, diese Überleitung auf die neu zu bildende Anstalt solle halt erst erfolgen, wenn diese Fragen insgesamt geklärt sind, ob ein potenzieller Käufer die Beteiligung an der VBL gegebenenfalls weiterführen möchte oder nicht, bzw. noch ein Stück früher, ob die neu zu bildende Anstalt überhaupt Beteiligte an der VBL werden soll. Aber, wie gesagt, damit sind wir im Bereich des Arbeitsrechts. Da ist es manchmal schwierig einzugreifen, zumal ja auch noch immer der Tarifpartner mit im Spiel ist.

Eines muss man jetzt auch noch einmal deutlich sagen: Wenn diese Beteiligung wegfällt, muss der neue Arbeitgeber dieser Beschäftigten eine adäquate ablösende Zusage erteilen. Es ist also nicht so, dass sich das Ganze dann plötzlich in Luft auflöst, sondern es muss ja weitergeführt werden.

Wie gesagt, auch der Tarifpartner ist mit im Boot. Deshalb meine Empfehlung, den Gesetzgebungsgang so zu gestalten bzw. die Bildung dieser neuen Anstalt bzw. die Fusion erst dann zu vollziehen, wenn diese Fragen tatsächlich geklärt sind.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Jetzt ist BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an der Reihe.

Abg. **Sarah Sorge:** Ich habe auch noch einmal eine Nachfrage an Herrn Prof. Ebsen. Sie haben ja jetzt gesagt, das müsse nicht in diesem Gesetz geregelt sein, sondern könne beispielsweise auch im Uniklinikgesetz geregelt sein. Aber aufgrund der Wesentlichkeitstheorie muss es auf jeden Fall im Gesetz geregelt sein. Dazu hätte ich noch einmal die Frage, was genau denn Ihrer Meinung nach so wesentlich ist, dass es im Gesetz geregelt werden muss – ob das „nur“ die Dinge sind, die die Freiheit von Forschung und Lehre betreffen, zum Beispiel aus grundgesetzlichen Sicherstellungsgründen, oder ob es nicht vielmehr auch noch andere Sachen sind. Denn Sie haben selbst davon gesprochen, dass der Gesetzgeber hier eine Gewährleistungsverantwortung hat und das Interesse des Unternehmens nicht unbedingt oder wahrscheinlich nicht das Gemeinwohlinteresse ist. Mich interessiert, ob es da nur um die Freiheit von Forschung und Lehre geht oder ob Ihrer Meinung nach auch noch andere Aspekte wie beispielsweise die Krankenversorgung auch über die Wesentlichkeitstheorie im Gesetz geregelt werden müssten.

Prof. **Dr. Ebsen:** Ich bin der Meinung, dass ein großer Unterschied zwischen Forschung und Lehre auf der einen Seite und Krankenversorgung auf der anderen Seite besteht. Hinsichtlich der Krankenversorgung sehe ich genau genommen keinen wesentlichen Unterschied zwischen einem solchen Klinikum und anderen Kliniken. Für 90 % der Bevölkerung ist die Gewährleistungsverantwortung des Staates für die Krankenversorgung über das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt, und für die anderen haben wir das Vertragsrecht und ähnliche Dinge. Ich sehe keine Hinderung und keine wesentlichen landesrechtlichen Pflichten aus dem Aspekt der Krankenversorgung, die einer Privatisierung entgegenstünden.

Abg. **Sarah Sorge:** Die eigentliche Frage bzw. die Hauptfrage war ja, was Sie in Bezug auf Forschung und Lehre unter diese Wesentlichkeitstheorie fassen. Wir hatten das

Thema schon gestern. Da ging es beispielsweise bei Berufungsentscheidungen darum, dass das letztinstanzlich aufseiten der Universität oder der Wissenschaft erfolgen muss. Was fällt Ihrer Meinung nach noch darunter?

Prof. **Dr. Ebsen**: Verzeihung, dass ich das vergessen habe. Das liegt daran, dass ich gedacht habe, ich hätte es gerade eben schon beantwortet.

In wirklicher Feinheit – das muss ich Ihnen sagen – kann man diese Frage hier nicht verantwortlich über den Tisch hinweg beantworten. Das ist eine schwierige Frage für einen Gesetzgeber, der wirklich an die Grenze dessen gehen möchte, was noch erlaubt ist.

Sicherlich geht ein Gesetzgeber – das darf ich wiederholen –, der für die Autonomie von Forschung und Lehre das regelt, was Sie im Moment in Ihrem Universitätsklinikgesetz für die Anstalten geregelt haben, nicht sehr weit in Richtung Autonomie der Hochschulen. Deswegen meine ich unter dem Vorbehalt einer wirklich gründlichen Prüfung, dass Sie gut beraten wären, das, was Sie in Ihrem Universitätsklinikgesetz für die Anstalten geregelt haben, praktisch auch auf ein privates Universitätsklinikum zu beziehen.

Dazu gehört zum Beispiel in der Tat, dass die Letztentscheidung über die Berufung der Professoren natürlich bei den Fachbereichen oder bei den Universitätsleitungen liegt. Dazu gehört, dass es einen hinreichenden Einfluss bei den Fachbereichen – vermutlich jetzt bei den Fachbereichsleitungen, den Dekanaten – gibt, der in bestimmten Fragen sicherlich auch eine Vetoposition hat.

Wie aber im Falle eines Konflikts dann die Auflösung stattfinden muss, über die ja auch Herr Oberender schon gesprochen hat, das möchte ich Ihnen jetzt nicht einfach so ins Protokoll diktieren.

Abg. **Sarah Sorge**: Schade.

Abg. **Kordula Schulz-Asche**: Ich denke, es ist relativ deutlich und auch sehr anschaulich dargestellt worden, welcher schnelle und akute Handlungsbedarf eigentlich besteht. Herr Prof. Krüger, Sie hatten auch noch einmal darauf verwiesen, dass natürlich die ganze Frage darüber, wie die Fusion gestaltet werden sollte, im Vorfeld eines möglichen Verkaufs eigentlich wenig Sinn macht, sondern dass es eigentlich sinnvoll ist, sich im Vorfeld mit den privaten Interessenten abzustimmen, um dann auch Klarheit darüber zu haben, wie die Fusion aussehen sollte. So war das wohl, wenn ich Sie richtig verstanden habe. Damit steht natürlich irgendwo die Frage im Raum, ob die Landesregierung nicht gerade das gemacht hat und die Gesetzesvorlage, die wir vorliegen haben, das Resultat solcher Vorsprachen ist. Deswegen noch einmal die konkrete Frage an Sie, aber vielleicht auch an andere, die sich berufen fühlen zu antworten.

Sie hatten selbst gesagt, dass Sie die Fusion für notwendig, und zwar für sehr schnell notwendig halten, dass Sie das aber nicht unbedingt in privater Trägerschaft für sinnvoll halten. Deswegen wollte ich Sie noch einmal ganz konkret fragen, welche Wettbewerbsvorteile Sie dann nach einer möglichen oder im Rahmen einer möglichen Fusion

sehen würden: Wettbewerbsvorteile, die sich aus einer öffentlichen Trägerschaft ergeben würden, und zwar sowohl hinsichtlich der Krankenversorgung in der Region als auch in Bezug auf die Ausbildung der verschiedenen Berufe – nicht nur der ärztlichen Berufe, sondern auch der Pflegeberufe –, in Bezug auf die Lehre und in Bezug auf die Sicherstellung des Versorgungsauftrags in der gesamten Region, das heißt auch in Bezug auf die Vernetzung mit den ambulanten und teilstationären Bereichen, um langfristig wirklich eine gute Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Hessen sicherzustellen. Welche Vorteile hat da eine öffentliche Trägerschaft gegenüber einer privaten?

Prof. **Dr. Krüger**: Eine kurze Antwort: Ich sehe das so, weil Fort-, Aus- und Weiterbildung Staatsaufgabe bleiben soll. Wenn Sie das in einer Hand haben und nicht die Fakultät dem Staat überlassen – da macht mal, zahlt mal euer Geld jedes Jahr – und die Uniklinik privat lassen, dann können Sie das viel einfacher steuern.

Dann aber – jetzt kommt das Aber – müssen Sie dem Unternehmen in staatlicher Hand die gleichen Freiheiten geben wie einem Privaten. Das heißt, Sie brauchen einen Aufsichtsrat, der zur Hälfte aus dem Staat besetzt wird und zur anderen Hälfte aus den so genannten Privaten, auch privaten Personen. Die dürfen dann investieren, Personal einstellen, Verträge unterschreiben und müssen nicht den ganzen staatlichen Betrieb dahinter haben. Die Personen, die in den Fakultäten sind, können das ja. Sie haben das Know-how. Wenn Sie da ein schlankes Management haben, das professionell arbeitet, sind Sie mindestens so gut wie die Privaten. Denn die Privaten wollen das ja übernehmen, um endlich auch einmal zu zeigen: Wir können ein Großklinikum führen und steuern. Das, glaube ich, können auch die Leute selbst. Wenn Sie das ausschreiben, dann werden Sie einige finden, die das können.

Dann komme ich zu Ihrer weiteren Frage: Die Sicherstellung von Forschung und Lehre ist damit sehr viel einfacher, weil es eine Staatsaufgabe ist. Wenn es in einer medizinischen Hochschule in einer Hand ist, können Sie das viel einfacher steuern, als wenn Sie dauernd abstimmen müssten zwischen Fakultät, Senat, Präsident, Staatssekretär, Aufsichtsrat usw. Das ist hoch komplex. Wenn die Personen dann nicht können und nicht wollen, werden Sie scheitern.

Schauen Sie nach Sachsen. Dresden und Leipzig sind gute Beispiele. Die haben das gleiche Gesetz. An einem Standort funktioniert es, am anderen nicht. Denn diese Trennung des Anspruchs der öffentlich-rechtlichen zur Fakultät nach wie vor ein Problem ist. Ich möchte das, analog zu Hannover, in einer Hand haben.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Dann wäre jetzt die FDP an der Reihe.

Abg. **Nicola Beer**: Ich habe eine Nachfrage an Herrn Knauß. Ich glaube, Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, dass es, wenn der private Betreiber in der VBL bleiben sollte und müsste, für ihn teurer würde, als es momentan für das Land ist, und dass schon das, was das Land dafür bezahlt, teurer ist als kapitalgedeckte Geschichten von anderen Privaten. Vor dem Hintergrund stellt sich die Frage des Austritts. Darauf sind Sie jetzt auch noch einmal in Ihrer mündlichen Stellungnahme eingegangen. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, ist Dreh- und Angelpunkt dieser Frage des

Austretens und des richtigen Zeitpunkts der Personalbestand, der momentan noch als nicht wissenschaftliche Mitarbeiter beim Land angesiedelt ist und der aber laut Gesetzentwurf der CDU jetzt, zum Zeitpunkt der Fusion, auf die neue Anstalt des öffentlichen Rechts übertragen werden soll. Hier wäre die Frage der Wesentlichkeit dieses Personalbestands im Vergleich zum gesamten Personalbestand des Landes zu sehen.

Gestern hat Frau Stebel von der VBL ausgeführt, dass als Wesentlichkeitsgrenze bisher immer ungefähr 10 % gegolten hätten. Sie sagte aber, dies müsse schon noch in einer Gesamtschau betrachtet werden.

Sehe ich es richtig, wenn ich diese Aussage nehme, dass man dann vor der Fusion sehr genau klären muss, ob später in der VBL geblieben werden soll oder nicht? Denn wenn ich dieses Personal erst einmal übergeleitet habe, komme ich nicht mehr unter die 10 %, unter denen ich momentan noch bin. Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage wäre dann: Oder ist das nur noch möglich, wenn die neu fusionierte Anstalt schon jetzt, zum Zeitpunkt der Fusion, nicht mehr weiter in die VBL einzahlen sollte?

Herr **Knauß**: Ihre Frage kann ich absolut mit Ja beantworten. Das heißt, diese Wesentlichkeitsgrenze spielt nur jetzt eine Rolle, zu dem Zeitpunkt, zu dem die Landesbediensteten auf die neu zu bildende Anstalt übergeführt werden. Wenn man diese Stellungnahme von Frau Stebel nimmt – sie schreibt hier etwas von 5.000 zu 60.000 – und nachrechnet, dann kommt man auf etwa 8,34 %. Dann wären wir an und für sich unter dieser 10-%-Grenze. Wenn sie ausführt, dass es natürlich noch einer Gesamtschau bedarf, dann steckt sicherlich dahinter, dass nicht allein die Kopfzahl für die Frage maßgebend ist, wie viel später bezahlt werden muss, sondern auch die Frage, wie viel die Leute verdient haben und wie lange sie in der VBL gewesen sind. Das wäre dann an und für sich nicht schon allein die Antwort auf die Frage.

Ich sage noch einmal: Diese Frage muss geklärt werden, bevor das Personal des Landes auf die neue Anstalt übergeführt wird. Insofern kann ich das uneingeschränkt bestätigen. Später, wenn die neu gegründete Anstalt aus der VBL austräte, würden ja 100 % des Personals dieser Anstalt austreten. Dann geht es nicht mehr um 10 %, sondern nur noch um 100 %. Das ist sicherlich der wesentliche Bestandteil des Versichertenkreises.

Abg. **Nicola Beer**: Ich hätte dann noch eine ganz andere Frage an Herrn Lohmann. Das ist heute noch nicht diskutiert worden, aber gestern angeklungen.

Herr Lohmann, Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, dass die Frage des Betriebsübergangs später kein Problem mehr sei, wenn man den Betriebsübergang jetzt hätte – also bei der Gründung der neu fusionierten Anstalt –, und sich dieses Problem dann später nicht mehr stellen würde. Daran hängt ja immer auch das Widerspruchsrecht der Arbeitnehmer. Wir haben auch andere Stellungnahmen bekommen. Gestern war ein Sachverständiger da, der uns darauf hingewiesen hat, dass gerade unter dem Einfluss des Europarechts die Sache genau umgekehrt sei, dass also für die momentane Umwandlung – in dem Gesetzentwurf der CDU wird ja auch auf das Umwandlungsgesetz abgestellt; dies geschieht wohl vor dem Hintergrund, die Betriebs-

übergangsfragen nach dem BGB auszuschließen, denke ich – keine Widerspruchsrechte anfallen, weil es kein Betriebsübergang nach § 613 a ist, dass man es aber später nach der EU-Betriebsübergangsrichtlinie nicht mehr hinbekommt, den „Widerspruch“ auszuschließen und das eben nur noch unter Umwandlungsgesichtspunkten zu sehen.

Auf welche Grundlage stützen Sie jetzt Ihre genau gegenteilige Auffassung, die Sie zumindest schriftlich dargelegt haben?

Prof. Lohmann: Im Verlauf der Privatisierung des LBK Hamburg ist der Vorgang wie folgt organisiert worden: Es hat eine Anstalt des öffentlichen Rechts gegeben, die eine Vorläuferanstalt war. Es hat dann eine neue Anstalt des öffentlichen Rechts gegeben. Darauf sind die Mitarbeiter übergegangen. Ich bin davon ausgegangen, dass das hier auch der Fall sein würde. Es hat dann vor einigen Wochen eine Rechtsformumwandlung dieser Anstalt gegeben. Der Betriebsübergang ist beim Übergang von der ersten Anstalt auf die zweite Anstalt organisiert worden. Da bestand auch das Widerspruchsrecht. Es bestand nicht mehr bei der Rechtsformumwandlung von der Anstalt des öffentlichen Rechts in eine Kapitalgesellschaft. Ich bin davon ausgegangen, dass das hier der gleiche Weg sei. Es kann sein, dass ich die Einzelheiten dann falsch verstanden habe. Wenn Sie aber so organisiert sind wie im LBK Hamburg, dann müsste das auch analog zu dem dortigen Ablauf organisierbar sein.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Dann wären wir am Ende der zweiten Fragerunde. Die dritte Fragerunde steht – abgesehen davon, dass die beiden Gutachter, die erst später kommen können, dann noch flexibel einzubeziehen wären – unter der Überschrift: „Besteht Bedarf nach einer dritten Runde?“ Diese Runde muss man nicht durchführen. Besteht der Wunsch nach einer dritten Runde? – Dabei ist es jetzt egal, wer damit anfängt. Es gelten dieselben Spielregeln. Jede Fraktion bekommt fünf Minuten Zeit.

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Herr Prof. Ebsen, ich habe noch eine kurze Frage. Wir hatten die Frage gestern auch schon einmal. Ich hätte von Ihnen gern noch einmal eine Stellungnahme dazu:

Vorhin wurde das schon angesprochen: In dem Moment, in dem wir es mit einem privatisierten Krankenhaus zu tun haben, reden wir über einen Betrieb, für den die Regeln des bürgerlichen Rechts, des Handelsgesetzbuchs usw. gelten. Wenn der Landesgesetzgeber jetzt als Landesgesetzgeber Regelungen schafft, um dem Grundrechtsschutz von Forschung und Lehre gerecht zu werden, also Ihrer Anforderung folgt, dass bereits vor einem wie auch immer gearteten Übergang der Landesgesetzgeber tätig wird, um den Grundrechtsschutz zu gewährleisten: Kann es uns dann trotzdem passieren, dass solche Schutzvorschriften, wenn sie in die Rechte des Unternehmens Krankenhaus bzw. des Krankenhausbetreibers eingreifen, zwar sozusagen für die Verfassungsmäßigkeit des Verkaufs erforderlich sind, aber wegen des Vorrangs von Bundesrecht unwirksam sind?

Prof. Dr. Ebsen: Der Bund hat keine Kompetenz, Detailregelungen über Forschung und Lehre zu treffen. Jedenfalls hat er sie derzeit nicht. Sagen wir es einmal so.

(Abg. Michael Boddenberg: Das wird noch lange so bleiben!)

Folglich wäre der Bund nicht in der Lage, spezifische, Forschung und Lehre betreffende Regelungen zu treffen. Das Land muss natürlich bedenken, wenn es für privatisierte Unternehmen Regelungen trifft, die die Forschung und Lehre betreffen und die Freiheit berühren, dass es in gewisser Hinsicht in die Berufsfreiheit und in die Eigentumsgarantie eingreift. Wahrscheinlich betrifft das eher die Berufsfreiheit. Das kann es aber durchaus machen.

Wenn das Land zum Beispiel Regelungen trifft – um einen ganz anderen Bereich herzunehmen, der privat betriebene Tierkörperbeseitigungseinrichtungen zum Gegenstand hat –, dann ist im Rahmen der Regelung von Tierkörperbeseitigungsanstalten durchaus die Befugnis des Landes gegeben, auch in private Rechte einzugreifen. Ich hoffe, dass diese Antwort das ist, was Sie hören wollten. Sonst müssten Sie die Frage noch einmal präzisieren.

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Ich mache es einmal an einem Beispiel deutlich. Gesetzt den Fall, das Land löst den Vorrang bzw. die Rechte von Forschung und Lehre, indem es Auflagen macht, die zum Beispiel die Struktur des Aufsichtsrats betreffen. Dann kann das mit bundesgesetzlichen Regeln des Gesellschaftsrechts in Kollision geraten, die die Aufsichtsräte betreffen. Es geht mir darum, dass wir sozusagen durch Landesrecht etwas in der Struktur des Unternehmens gesetzgeberisch erzwingen – Sie haben ja gesagt, wir müssen das durch ein Gesetz machen und nicht durch einen Vertrag oder sonst wie –, um genau diesen Grundrechtsschutz von Forschung und Lehre sicherzustellen, das dann aber in Kollision gerät mit Bundesrecht zum Beispiel im Bereich des Gesellschaftsrechts, weil das Gesellschaftsrecht andere Rechte des Eigentümers am Aufsichtsrat vorschreibt, als wir sie landesgesetzlich regeln können. Kann es uns dann passieren, dass uns der erforderliche Grundrechtsschutz sozusagen in der Kollision mit völlig anderen Rechtsgebieten, die eindeutig bundesrechtlich zu regeln sind, am Ende um die Ohren fliegt?

Prof. **Dr. Ebsen:** Ich würde es so sagen: Es kann durchaus sein, dass Sie diese gesellschaftsrechtlichen Rahmenbedingungen beachten müssen, wenn Sie Regelungen zur Sicherung von Forschung und Lehre treffen, und deswegen im Rahmen dieser gesellschaftsrechtlichen Regelungen sicherlich keine vollständige Regelungsfreiheit haben.

Insbesondere gibt es natürlich ein Problem: Was geschieht mit einem Privateigentümer, der beabsichtigt zu sagen: „Wir möchten mit unserer privaten Aktiengesellschaft, sagen wir einmal in fünf Jahren, kein Universitätsklinikum mehr sein, sondern wir möchten ein rein der Krankenversorgung dienendes Großklinikum Mittelhessen sein“, und der deswegen auf eine Auflösung der Beziehungen zur Universität drängt? Dann hätten Sie am Schluss unter Umständen eine Universität ohne Universitätsklinikum. Da sehe ich genau genommen eigentlich nur einen Weg: den Weg, dass der Gesetzgeber die Landesregierung als Verkäufer verpflichtet, sicherzustellen, dass jeder Rechtsnachfolger, der das erwirbt, in diese Rechtsposition eintritt, ohne ein Kündigungsrecht zu haben.

Insofern meine ich schon: Es wird eine Reihe von wesentlichen Punkten geben, die der Gesetzgeber regeln muss. Dann wird es sehr wohl einen ziemlich ausgefeilten Vertrag geben müssen, der sicherstellt, dass das auf Dauer erhalten bleibt. Da würde aber der Gesetzgeber wahrscheinlich seine Pflicht völlig erfüllt haben, wenn er in dem Vertrag normiert, dass dies auf Dauer erhalten bleiben muss.

Abg. **Nicola Beer**: Mich treibt noch eine Sache um. Zum einen ist ja der Hinweis des Bundeskartellamts gekommen, aus wettbewerbspolitischen Gründen sei es sinnvoll, zumindest noch einmal darüber nachzudenken, ob nicht beide Kliniken getrennt an konkurrierende Wettbewerber privatisiert werden.

Dann packe ich als nächste Information dazu, dass wir gerade vonseiten der beiden Universitätskliniken gehört haben, dass das Patienteneinzugsgebiet für beide Unikliniken an und für sich recht unterschiedlich ist. Da wird von einem Überlappungsbereich von 2,5 bis 5 % gesprochen. Dazu werden unterschiedliche Angaben gemacht. Aber es gibt schöne Grafiken, in denen die Kreise für Marburg mehr nach Norden gehen und die für Gießen mehr in den südlichen Bereich in Richtung Rhein-Main-Gebiet.

Der dritte Punkt, den ich noch einflechten will – nachher fasse ich die drei Fäden zusammen –, ist, dass dann aber wiederum behauptet wird, wenn die beiden Kliniken getrennt bestehen würden – lassen wir die Privatisierung jetzt einmal außen vor –, käme es zu einem ruinösen Wettbewerb.

Vor dem Hintergrund dieser drei Informationen, die man uns in unterschiedlichen Stellungnahmen gab, frage ich: Das scheint sich ja zu widersprechen. Entweder habe ich einen so weit auseinander liegenden Patienteneinzug, dass ich im Wettbewerb nebeneinander bestehen kann, und konkurriere nicht unbedingt um dieselben Patienten. Das heißt, ich könnte dann die anderen Regelungen des Bundeskartellamts einmal durchprüfen, getrennt zu privatisieren. Oder es ist so, dass die beiden Kliniken für sich zu klein sind – dafür spricht die zur Verfügung stehende Patientenzahl –, sodass eine Fusion unumgänglich ist. Diesen Widerspruch versuche ich jetzt aufzulösen. Welches der Argumente zieht nicht? Oder habe ich in dieser Trias irgendetwas nicht richtig eingeschätzt? Das wäre jetzt die Frage. Ich weiß nicht, Herr Krüger, Herr Oberender, Herr Lohmann oder Herr Bien: Wie löse ich dieses Konglomerat auf? Denn das ist für mich ein Widerspruch, den ich noch nicht richtig rund bekomme.

Prof. **Lohmann**: Ich würde raten, in die Zukunft zu schauen. In der Zukunft ist es so, dass Zentren gerade auf spezialmedizinischem Gebiet aus qualitativen, aber auch aus wirtschaftlichen Gründen unbedingt hohe Fallzahlen erreichen müssen. Das muss auch hier in den Universitätskliniken gesteigert werden. Insofern ist Ihre Aussage, im Wesentlichen gebe es keine Konkurrenz, zumindest für diese in Zukunft sehr wichtige Aufgabenstellung so nicht richtig, weil in der Tat um die gleichen Patienten konkurriert wird, wenn man in solchen Einheiten wächst. Deswegen macht es großen Sinn, ein Portfolio zu gestalten, das nicht an beiden Standorten gleiche Entwicklungslinien beschreibt. Das halte ich für eine Erkenntnis, die auch an ganz vielen anderen Stellen in Deutschland, übrigens auch in Hamburg, in den letzten Jahren eine ganz große Rolle bei der Portfolioentwicklung der Medizin gespielt hat und die dazu geführt hat, dass sich viele Konzentrationsprozesse auch unterhalb der Schwelle von Zusammenlegungen von Stand-

orten ergeben haben, weil einfach Fachbereiche an einzelnen Standorten konzentriert worden sind.

Was die Frage Wettbewerb angeht, empfehle ich, wenn Sie in Zukunft mit Ihrer Universität einem internationalen Wettbewerb standhalten wollen, sich hier in dieser Region keine zusätzlichen wettbewerbsrechtlichen Beschränkungen aufzuerlegen, die andere Regionen in Europa nicht geltend machen, sondern ich empfehle Ihnen, europäisches Wettbewerbsrecht oder aber mindestens deutsches Wettbewerbsrecht anzuwenden. Wenn ich den Präsidenten richtig verstanden habe, spricht ja gar nichts Rechtliches dagegen, sondern er hat hier eine politische Position geäußert und gemeint, es wäre für die Patienten besser, wenn man so handelte, wie er es sich vorstellt, nämlich in zwei Einheiten. Das bezweifle ich nachdrücklich. Für die Patienten steigt die Qualität ganz eindeutig in komplexen medizinischen Fragestellungen, wenn das Kompetenzzentrum möglichst viele Patienten behandelt.

Prof. Dr. Krüger: Die Kreise Marburg und Gießen, die ich auch gesehen habe, sind ja historisch gewachsen. Ich möchte das, was Herr Lohmann gesagt hat, unterstreichen. Ich bin sicher, dass die Zahl der Patienten gesteigert werden muss und wir sozusagen konzentrieren und auch verdichten müssen. Ansonsten ist mein Eindruck der, dass eigentlich Gießen bei dem Investitionsstau, den sie haben, schon Konkurs anmelden müsste. Das heißt, die wären vom Markt eigentlich schon verschwunden. Sie sind staatlich subventioniert. Wenn sie einen freien Markt gehabt hätten, wäre Gießen, zumindest nach dem, was ich höre und sehe, eigentlich nicht mehr am Markt. Von daher ist, glaube ich, diese Frage damit beantwortet.

Vielleicht noch ein weiterführendes Argument. Wir haben zurzeit in Deutschland 36 Fakultäten und 35 Universitätskliniken. Ich prognostiziere etwas vage und vielleicht auch etwas provokant, dass wir in den nächsten Jahren noch höchstens 25 bis 26 haben werden und auch benötigen. Die Kennzahl ist: vier Millionen Einwohner für ein Uniklinikum und eine Ausbildungsstätte. Wir haben 35 für 80 Millionen Einwohner. Das ist viel zu viel. Schauen Sie nach Thüringen. Die Problematik Jena und Erfurt ist heute schon kurz erwähnt worden. Was hat man Anfang der Neunzigerjahre gemacht? Man hat Erfurt geschlossen. Trotzdem ist dort ein Standort für die medizinische Versorgung geblieben. Auch das wäre zwischen Marburg und Gießen realistisch. Sachsen-Anhalt überlegt, einen Standort zu schließen. Das geht nicht. Sachsen überlegt es und auch Mecklenburg-Vorpommern. Überall gibt es zwei Hochschulkliniken und zwei Fakultäten. Das ist nicht mehr finanzierbar. Sie müssten eigentlich Konkurs anmelden. In Hessen haben sie noch etwas mehr Geld, aber auch da wird es kommen, dass Sie einen Standort schließen müssen.

Prof. Dr. Bien: Wir hören Zahlen: 30 % Reduktion der Zahl der Betten wegen DRG. Wir hören, wir müssten mehr zusammenfassen. Alles das stimmt, ist aber meines Erachtens vielleicht besser mit einer Fusion, aber auch ohne Fusion auflösbar. Zentrale Krankenhäuser werden immer bettenführende Abteilungen sein. Wir dürfen also nicht rechnen: Jede Klinik nimmt um 30 % ab, sondern es werden einfach 30 % der Betten abgebaut werden. Das wird dazu führen, dass manche kleine Krankenhäuser später etwas anderes machen und nicht nur stationäre Versorgung.

Sie haben selbstverständlich Recht: Je größer die Zahl in weiten Grenzen, desto besser die Qualität, wenn man darauf achtet. Das heißt, wir brauchen selbstverständlich Spezialisierungen für alle Eingriffe, für alle Tätigkeiten, die transportierbar sind. Nur, in einem Flächenland kann man nicht alles zusammenfassen. Sie müssen einen Schlaganfall in Gießen genauso behandeln können wie in Marburg. Das heißt, es gibt hier eine breite Basis an lokaler notwendiger Versorgungsvorhaltung, auch doppelter Versorgungsvorhaltung, gleichzeitig aber die Notwendigkeit, über die Basisversorgung hinausgehende spezielle Versorgung zu konzentrieren. Das wird man in einem fusionierten Unternehmen langfristig, so wie ich das in meiner Stellungnahme auch ausgeführt habe, über Jahre hinweg wahrscheinlich besser hinkriegen als in konkurrierenden Unternehmen. Und die Überschneidung von 5 %, die wir im Moment noch haben und die wir vielleicht historisch hatten, wird sicher langfristig nicht durchhaltbar sein. Das heißt, wenn wir getrennt bleiben, werden wir in der Zukunft zusätzlich und sehr viel mehr in Konkurrenz zum jeweils anderen Klinikum treten müssen, als wir das in den letzten Jahren tun mussten.

Prof. Dr. Oberender: Ich meine Folgendes: Es ist eine Standortfrage, die nur unternehmerisch zu lösen ist. Die können Sie nicht politisch lösen. Das heißt, der Unternehmer müsste eine Analyse machen, und zwar nicht ex post, was einmal war, sondern er hat zu untersuchen, wie es mit der Prävalenz aussieht, mit der Altersstruktur und der Inzidenz. Da kann man sehr schöne Analysen machen, etwa hinsichtlich von Bevölkerungsbewegungen, und fragen: Was ist das Marktpotenzial, das ich dort überhaupt habe? Das wird gemacht. Wir haben das für die Oberpfalz und auch für Oberbayern gemacht. Das geht ohne weiteres. Dann können Sie schauen, welche Patientengruppen in ein Haus kommen und welche nicht. Das ist ganz wichtig, damit man letztlich auch ein Portfolio entwickelt und sagt: Wo sind jetzt Schwerpunkte? Da muss dann der Unternehmer entscheiden, ob er angesichts der DRGs zwei Standorte macht oder nicht.

Unterschätzen Sie die DRGs nicht, auch wenn Universitätskliniken Sonderregelungen bekommen werden. Es wird in Zukunft kein Universitätsklinikum – das sage ich jetzt voraus – mehr als 600 bis 700 Betten haben. Alles andere müssen Sie umwidmen oder abbauen oder irgendetwas anderes damit machen. Das ist nicht zu schaffen. Das heißt eben ganz konkret: DRGs und die Mindestmengen werden dazu führen, dass wir uns ganz einfach auf das verständigen müssen, was finanzierbar ist. Die Antwort muss ein Unternehmer geben. Die öffentliche Hand hat eben nicht das Geld dafür. Die öffentliche Hand kann in der Tat sagen: Ich möchte dort Forschung betreiben lassen, selbstverständlich in der Autonomie der Fakultät, aber inhaltlich kann das Land nichts machen. Das halte ich auch für sehr wichtig. Jede Fakultät muss das Recht haben, das eigene Profil zu gestalten. Das ist ja auch so. Baden-Württemberg macht das bereits so und auch Bayern. Die Universitätsleitung macht dort inzwischen die Berufungen. Die Bindung von Berufungszusagen – fünf Jahre – mit Zielvereinbarungen halte ich für äußerst sinnvoll, um ganz einfach Feuer in die Sache zu bekommen. Deshalb wird es eben der lösen müssen, der die Verantwortung übernimmt. Sie können als Land sagen: Wir möchten gern zwei Standorte. Ob Sie das dann verkaufen können, ist eine ganz andere Frage. Denken Sie daran: Sie müssen jemand haben, der dann das Geld zur Verfügung stellt. Deshalb noch einmal meine Empfehlung, möglichst rasch Gespräche mit den potenziellen Interessenten zu führen, damit man weiß, was die im Grund überhaupt wollen.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Vielen Dank. Die letzte Fragerunde geht jetzt an BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Sarah Sorge**: Ich habe eine Nachfrage an Herrn Prof. Ebsen bezüglich der Schutzfunktion, die der Gesetzgeber ja in Bezug auf die Wissenschaftsfreiheit hat. Ich wollte noch einmal nachfragen, ob es denn ausreicht, wenn durch Gesetz sozusagen über bestimmte Regelungen gewährleistet ist, dass der Freiheit von Forschung und Lehre Genüge getan ist oder ob nicht diese Schutzfunktion über dieses Gesetzgebungsverfahren hinausgeht und man als Gesetzgeber im laufenden Verfahren diese Schutzfunktion wahrnehmen muss und, wenn das so ist, über welches Instrument das Ihrer Meinung nach gewährleistet werden könnte.

Prof. **Dr. Ebsen**: Der Gesetzgeber muss die wesentlichen Regelungen in der Form treffen, dass man davon ausgehen kann, dass das auch umgesetzt wird, und wenn der Gesetzgeber in dieser Form die wesentlichen Vorgaben zum Beispiel für die Regierung macht, die eine Verordnung erlässt, kann man davon ausgehen, dass sich die Regierung daran hält.

Es wird hier sicherlich, gerade auch im Hinblick auf die Aspekte, nach denen eben Herr Spies gefragt hat, darauf ankommen, dass es auch Vorgaben gibt, die sich auf den Kaufvertrag beziehen. Ich vermute, es wird eine Reihe von Dingen geben, für die allein der Vertrag als Instrument erhalten bleibt. In der Tat kann ein Vertrag gebrochen werden. Ein Vertrag ist in der Hinsicht sicherlich weniger sicher als Rechtsnormen, die auf Dauer gelten. Insbesondere ist zu prüfen, inwieweit ein Erwerber, der ganz normal, zum Beispiel durch den Kauf von Aktien, ein Unternehmen erworben hat, hinterher gebunden ist. Grundsätzlich bleibt ja das Unternehmen, wenn die Aktien gekauft werden, weiterhin Vertragspartner. Insofern glaube ich, dass es zwar sicherlich ein interessanter Vertrag sein wird, aber ich glaube auch, dass es möglich ist, im Gesetz, und zwar vernünftigerweise in diesem Universitätsklinikgesetz, die Vorgaben zu normieren, die dann auf Dauer auch sichern, dass Erwerber und Erwerber von Erwerbern usw. gebunden bleiben. Das jetzt genau zu beurteilen setzt wohl voraus, dass ich den Text solcher Regelungen auf dem Tisch habe, um sie dann genau zu prüfen. Ich glaube, dass diese Teile eines Gesetzes deutlich schwieriger sind als das, was im Moment als Gesetz vorliegt.

Abg. **Sarah Sorge**: Nachfrage, weil Sie ja selber sagen, Verträge könnten auch gebrochen werden. Wenn der Gesetzgeber meint, den Schutz der Wissenschaftsfreiheit zur Genüge ins Gesetz eingebracht zu haben, und sich hinterher herausstellt, dass es beispielsweise, sagen wir einmal: bei Berufungsverfahren, nicht eingehalten wird, hieße das dann, dass der Gesetzgeber für jeden Fall, wo das seiner Meinung nach passiert, ein Eingriffsrecht hätte?

Prof. **Dr. Ebsen**: Ich nehme ein Beispiel. Ich gehe davon aus, dass bei Berufungsverfahren die Berufung selber relativ einfach zu regeln ist. Land und Universität bestimmen, wer am Schluss der C-4-Professor wird. Schwierig wird es dann, wenn es darum

geht, dass dieser Betreffende auf der Grundlage des Vertrags auch der garantierte Abteilungsleiter in dem Universitätsklinikum wird. Aber wenn das vorher vertraglich geregelt ist, genauso wie dann vermutlich vertraglich geregelt ist, dass ein Repräsentant des Universitätsklinikums, möglicherweise auch mit Stimmrecht, in der Berufungskommission sitzt, ist das kein besonderes Problem.

Jetzt kann es natürlich sein – eben habe ich das Szenario geschildert –, dass das gesamte Unternehmen faktisch dadurch veräußert wird, dass die Aktien veräußert werden, wenn es eine Aktiengesellschaft ist, oder die GmbH-Anteile, wenn es eine GmbH ist. Was geschieht, wenn dieses Unternehmen Teile seines Klinikums als ein neues Krankenhaus veräußert, sodass dann ein gänzlich neuer Erwerber da ist, der in keinerlei Vertragsbeziehung mehr zu dem Land steht? Solche Dinge muss man erwägen. Ich kein Rechtsanwalt, der darauf trainiert ist, Verträge zu schließen, die über Jahrzehnte gehen. Ich vermute, ohne entsprechenden Sachverstand wäre man nicht auf der sicheren Seite. Aber ich wiederhole: Es ist nicht die Aufgabe des Gesetzgebers, solche Details zu regeln, sondern der Gesetzgeber hat die Ziele vorzugeben und kann davon ausgehen, dass die Exekutive das dann auch durchführt.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Damit sind wir am Ende der dritten Runde. Ich stelle fest, dass wir zwei Gutachter haben, die noch später kommen. Wir müssen uns dann verständigen, wie wir das einfügen. Ich darf dann all denen, die heute Morgen bei uns waren, recht herzlich dafür danken, dass sie uns zur Verfügung standen. Es war insgesamt, glaube ich, für alle Beteiligten eine interessante Anhörung heute Morgen mit interessanten Ergebnissen. Ich freue mich, dass Sie jetzt das Glück haben, diesen Raum verlassen zu dürfen, um Mittag zu essen oder was auch immer zu tun. Da sind Sie völlig frei.

Ich bitte die Mitglieder des Ausschusses für Wissenschaft und Kunst, als Einzige diesen Raum noch nicht zu verlassen, damit Herr StS Leonhard die Chance hat, das zu sagen, was der Herr Minister meinte, dass er uns zu sagen habe.

Ich darf, weil das eine nicht öffentliche Sitzung ist, bitten, dass die anderen Gäste uns für diese Zeit verlassen. Ich lade auf 13 Uhr zur Wiederaufnahme der öffentlichen Verhandlungen ein.

(Unterbrechung der öffentlichen Sitzung um 12.12 Uhr – Fortsetzung mit nicht öffentlicher Sitzung)