



**Stenografischer Bericht**

– ohne Beschlussprotokoll –

– öffentlicher Teil –  
Teil 1 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:

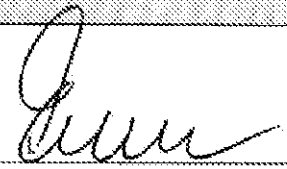
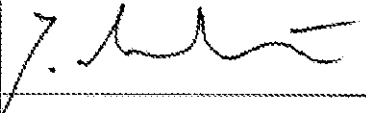

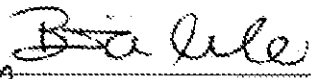
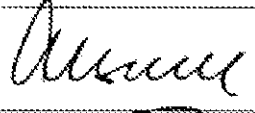

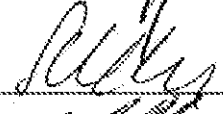
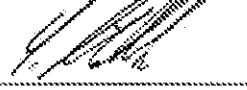
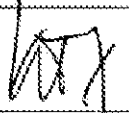

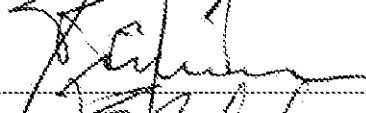

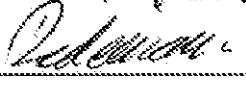
Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbe- zeichnung	Ministerium, Behörde	Unterschrift
Steffens, Ull	VAC	HSM	
Völkel	MR	"	
Lautens (Nig)	M/M	HSM	
Neuhaus	ROZ	HSD	
KÖFER	ROZ	HWWK	
CORTS	M	HWWK	
LEONHARD	MS	HWWK	
LEBER, HELMUT	Min. Nig.	HWWK	
Frank, Beate	Min. Nig.	HWWK	
Bausfeld-Rehman	Min. Nig.	HWWK	
Arnold	St	HWWK	
Krämer	StS	HSM	


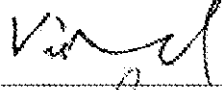

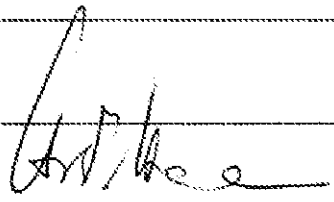
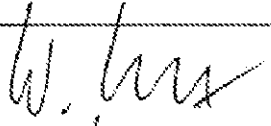
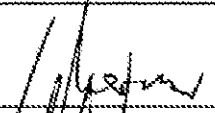

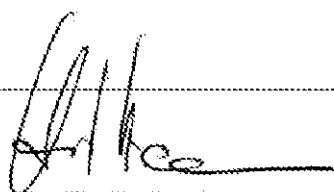
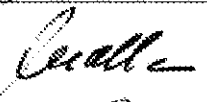
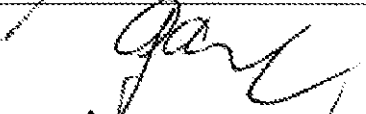


## Rechnungshof:

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbe- zeichnung	Unterschrift

Protokollierung: Raddatz  
 Theberath  
 Geißler  
 Dr. Spalt

**Mündlich Anzuhörende zum GE 16/3758****- Gesetz über die Errichtung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg -  
Anwesenheitsliste**

Institution	Name	Unterschrift
Vorsitzender des Wissenschaftsrates	Prof. Dr. Karl Max Einhäupl	
Mitglied des Aufsichtsrats des Universitätsklinikums Gießen Präsident der Industrie- und Handels- kammer Frankfurt	Dr. Joachim von Harbou	
Landesärztekammer Hessen	Präsidentin Dr. Ursula Strüwe	
Universität Leipzig Prodekan der Medizinischen Fakultät	Prof. Dr. Elmar Brähler	
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Medizinischer Vorstand	Prof. Dr. med. Detlev Michael Albrecht	
Centrum für Krankenhaus-Management Charité - Universitätsmedizin, Berlin	Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff	
Bundesministerium für Bildung und Forschung	Herr W. Scheck	
Geschäftsführer der Dr. Michallik Unternehmensberatung GmbH	Dr. Stefan Michallik	
Verband der Universitätskliniken Deutschland (VUD)	Vorstandsvors. Rüdiger Strehl	
Ärztlicher Direktor des Universitäts- klinikums Münster	Prof. Dr. Wolfgang Kox	
HWP Planungsgesellschaft mbH	Dr. Wolf	
Rechtsanwalt Trümner	RA Ralf Trümner	
VBL - Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder	Frau Stebel  Herr Redemann	 
BAB - Institut für betriebswirtschaftliche und arbeitsorientierte Beratung GmbH	Ulrich Kestermann	

Institution	Name	Unterschrift
Vizepräsident der Medizinischen Hochschule Hannover	Dr. Andreas Tecklenburg	
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Professur für öffentliches Recht, Finanz- und Steuerrecht	Prof. Dr. Joachim Wieland	
Universität München, Medizinische Klinik Klinikum Innenstadt	Prof. Dr. med. Peter C. Scriba	
Hessischer Landkreistag		
Hessischer Städte- und Gemeindebund		
Hessischer Städtetag	H.-P. Haumann	
Landkreis Gießen	Landrat Willi Marx	
Landkreis Marburg-Biedenkopf	Landrat Robert Fischbach i. V. Dr. Ingo Werne	
Magistrat der Universität Gießen	H.-P. Haumann	
Magistrat der Universitätsstadt Marburg		
Oberbürgermeister der Stadt Gießen	Heinz-Peter Haumann	
Oberbürgermeister der Stadt Marburg	Dietrich Möller	
Stadtverordnetenversammlung der Universitätsstadt Gießen Stadtverordnetenbüro	Stadtverordnetenvorsteher Gail	
Stadtverordnetenversammlung der Universitätsstadt Marburg Stadtverordnetenbüro	H. Köhler Stadtverordn.	
Vorsitzender der Krankenhauskonferenz Gießen-Marburg Erster Kreisbeigeordn. Lahn-Dill-Kreis	Wolfgang Hofmann	

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**)

**Punkt 1:****Öffentliche mündliche Anhörung**

zu dem

**Gesetzentwurf  
der Fraktion der CDU für ein Gesetz über die Errichtung des  
Universitätsklinikums Gießen und Marburg (UK-Gesetz)  
– Drucks. 16/3758 –**

hierzu:

Stellungnahmen zu der schriftlichen Anhörung  
– Ausschussvorlage WKA/16/45 – (Teil 1 bis 9)  
– Ausschussvorlage SPA/16/30 – (Teil 1 bis 9)

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich eröffne die Sitzung. Ich begrüße als Vertreter der Landesregierung Herrn Minister Corts und Frau Ministerin Lautenschläger zugleich im Namen von Frau Abg. Pauly-Bender. Es ist eine gemeinsame Anhörung des Ausschusses für Wissenschaft und Kunst und des Sozialpolitischen Ausschusses. Deshalb werden wir uns in der Sitzungsleitung ablösen.

Wir haben ein relatives Marathon vor uns. Für beide Tage haben wir uns eine Anhörung mit einem open End vorgenommen. Ich bitte Sie dennoch, darauf Rücksicht zu nehmen, dass wir ein sehr komplexes und quantitativ umfangreiches Programm vor uns haben. Wir haben uns darauf verständigt, in zwei ersten Blöcken Experten und Gutachter anzuhören. Ich bitte die Anzuhörenden, nicht länger als fünf Minuten für ihre mündliche Stellungnahme zu verwenden. Ich bitte Sie ausdrücklich darum, ihre schriftliche Stellungnahme nicht zu wiederholen, sondern diese zu ergänzen oder zu akzentuieren, denn Sie können davon ausgehen, dass die Abgeordneten die Stellungnahmen gelesen haben. – Frau Abg. Beer zur Geschäftsordnung, bitte!

Abg. **Nicola Beer:** Die Obleute haben sich im Hinblick auf die Anhörung zur leistungsorientierten Mittelzuweisung am kommenden Donnerstag darauf verständigt – wenn auch nicht ganz einvernehmlich – zu beantragen, die Anhörung zu verschieben angesichts der Tatsache, dass es in Kürze ein neues System der leistungsorientierten Mittelzuweisung geben soll, und unter Einbeziehung eben dieses neuen Verhandlungsergebnisses zeitnah neu zu terminieren. Eigentlich sollte dieser Punkt gemäß Absprache mit den Obleuten vor Eintritt in die heutige Tagesordnung besprochen werden. Wir können diesen Punkt aber gern unter Punkt Verschiedenes aufrufen.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Ich lege Wert auf die Feststellung, dass mir ein Antrag irgendeiner Fraktion dazu nicht vorliegt. Das hindert uns nicht, diesen Punkt in der Ausschusssitzung zu behandeln. Aber ich lege Wert auf diese Feststellung, sonst hätten wir diesen Punkt in der Tagesordnung berücksichtigen können. – Ist die Prämisse von Frau Abg. Beer richtig, dass es eine einvernehmliche Absprache zwischen den Obleuten ist?

Abg. **Michael Siebel**: Nein, das ist nicht ganz richtig. Ich bin ein bisschen erstaunt über Ihr Vorgehen, Frau Kollegin Beer, weil es natürlich keine Absprache zwischen den Ob-leute gibt, die darauf hinausläuft, die Anhörung abzusagen. Die SPD-Fraktion hat diese Einwilligung nicht gegeben.

Der Sachverhalt ist folgender: Heute Abend gibt es eine weitere Runde der Hochschulpräsidenten mit dem Minister. Vorgesehen ist, das umzusetzen, was im Aufstellungserlass der Landesregierung steht, nämlich eine Reduzierung der Mittel für die hessischen Hochschulen um 2,5 %, was durch alle Dezernate geht. Wir haben dazu am Donnerstag eine Anhörung angesetzt, in der die Kriterien der leistungsorientierten Mittelzuweisung festgelegt werden sollen. Ich halte es für richtig, genau in diesem sehr engen zeitlichen Zusammenhang die öffentliche Anhörung durchzuführen. Ich halte es für evident, gerade eine Frage, in der es um die Mittelzuweisung für Hochschulen geht, nicht im stillen Kämmerchen zu behandeln, sondern darüber einen öffentlichen Diskurs zu führen. Bisher war ich davon ausgegangen, dass alle vier Fraktionen des Hessischen Landtags befürworten, dass eine öffentliche Anhörung zur leistungsorientierten Mittelzuweisung unter Beteiligung derer, die die Gutachten erstellt haben und unter Beteiligung der Sprecher der Hochschulen – also der Universitäten und Fachhochschulen –, stattfindet. Das, was Sie hier veranstalten, hat nach meinem Verständnis keine Antragsgrundlage. Ich weiß auch gar nicht, wie Sie das formal umsetzen wollen.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Ich schlage vor, nachdem hier eine Für- und eine Widerrede gehalten worden ist, den Punkt am Ende der heutigen Tagesordnung unter Verschiedenes aufzurufen und zu entscheiden, zumal er sich nicht – wie ich es sehe – für eine Behandlung in öffentlicher Sitzung eignet. Einverstanden? Gut, dann verfahren wir so.

Ich komme jetzt zurück zu der Anhörung zum Universitätsklinikumsgesetz und bitte Herrn Prof. Dr. Einhüpl um das Wort.

Prof. **Dr. Einhüpl**: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Ich werde versuchen, die fünf Minuten Redezeit nicht zu überschreiten. Sie haben die schriftlichen Äußerungen des Wissenschaftsrates – genauer gesagt der Geschäftsstelle und des Vorsitzenden, also meine Stellungnahme – vorliegen. Der Wissenschaftsrat hat sich mit dieser Frage bisher nicht befasst. Deshalb liegt noch keine abgestimmte Meinung vor. Allerdings hat man in den Gremien des Wissenschaftsrats, wie Sie sich vorstellen können, vielfach über dieses Thema diskutiert. Ich versuche, die Argumente hier darzustellen.

Ich möchte drei Punkte unterscheiden: die rechtliche Privatisierung, die Fusion und die materielle Privatisierung. Zur rechtlichen Privatisierung gibt es eine ganz einfache Stellungnahme des Wissenschaftsrates. Das ist an vielen Stellen bereits geschehen. Wir begrüßen dies, weil es in der Regel den Universitätsklinika und Fakultäten mehr Handlungsspielraum gibt.

Zur Fusion will ich hier ganz unverblümt sagen: Eine Fusion im Wissenschafts- und Hochschulbereich hat nach allen Erfahrungen, die wir in der Vergangenheit gemacht haben, nur dazu gedient, Abbau vorzunehmen. Das kann politisch oder vor allem fiskalisch notwendig sein. Deshalb kann man sich nicht generell gegen Fusionen wenden.

Man muss sich aber darüber klar sein: Das, was wir in der Wirtschaft als Fusion kennen, nämlich die Vereinigung subkritischer Größen zu einer kritischen Größe und damit zu einer besseren Sichtbarkeit, steht in aller Regel im Hintergrund.

Dennoch sage ich gerade für die Standorte Gießen und Marburg, dass man durch eine solche Fusion – im Vergleich zu den großen Playern in München, Berlin und Heidelberg sind es zwei relativ kleine Standorte – eine Größenzunahme erreichen kann, die mehr Sichtbarkeit gestattet. Es hängt aber alles davon ab, wie man sie gestaltet. In aller Regel sind Fusionen mit einer jahrelangen Friktion verbunden. Sie müssen damit rechnen, dass der Wissenschaftsbetrieb wie in der Regel auch der Lehrbetrieb eine gewisse Zeit darunter leiden werden. Das hängt davon ab, wie schnell man das voranbringt.

Sie haben die Frage gestellt, ob die Fusion rasch in einem Durchgang erfolgen oder ob man sie etwas strecken soll. Wenn Sie eine so eingreifende Veränderung durchführen wollen, sollten Sie auf der einen Seite die Sache mit großem Bedacht und nicht überstürzt betreiben. Es muss sehr gut bedacht werden, welche Risiken und welche Chancen darin liegen und wie man sie nutzen kann. Auf der anderen Seite würde ein sich über viele Jahre hinziehendes Verfahren, bis es endlich am Endpunkt angekommen ist, dieses Friktionsproblem nur verstärken.

Bei den Universitätsklinika Gießen und Marburg kann man ganz klar sagen: Der Impuls für diese Maßnahme ist der Investitionsrückstand. Ich vermeide das Wort „Investitionsstau“, weil man beim Stau erwartet, dass hinten etwas nachkommt, was vorn nicht herausgeht, aber es kommt hinten nichts nach. Deshalb haben wir einen Investitionsrückstand wie in vielen Ländern, wie praktisch in der gesamten Hochschulmedizin. Das ist das eigentliche Motiv.

Wenn Sie am Ende einen privaten Investor hinzuziehen, wird dieser private Investor logischerweise Ansprüche stellen, die befriedigt werden müssen. Er wird nicht bereit sein, ein allzu großes finanzielles Risiko auf sich zu nehmen. Das heißt, dass er den Return of Investment sicherstellen muss. Es ist unter den jetzigen Gesichtspunkten der DRG-Regelungen undenkbar, etwa 200 Millionen € – dieser Betrag steht im Raum – investiv dadurch mobilisieren zu können, dass man dieses Investment aus dem Krankenhausbetrieb herausholt.

Man muss allerdings klar sagen: Die Alternative, für die Universitätsklinika Gießen und Marburg nichts zu tun, ist keine Alternative. Insofern betrachten wir es als ein interessantes und möglicherweise auch erfolgreiches Experiment. Es will aber sehr, sehr gründlich durchdacht und gemacht werden.

Das Instrumentarium, das private Krankenhausbetreiber benutzen, um wirtschaftlich arbeiten zu können, ist erstens die Leistungsverdichtung. Die Leistungsverdichtung ist unheimlich schwierig unter dem Gesichtspunkt wissenschaftlichen Arbeitens umzusetzen. Das zweite Problem ist die strategische Ausrichtung. Der private Investor muss sich am Markt strategisch ausrichten. Ich nenne ein Beispiel: Die Kinderklinik ist nicht sehr Gewinn bringend. Wenn der private Investor die Kinderklinik nicht sehr groß macht, aber die Kindermedizin, Pädiatrie, an den Universitätsklinika Gießen und Marburg eine sehr große Rolle spielen würden – ich bilde hier ein theoretisches Beispiel –, wäre das nicht sehr wissenschaftsförderlich.

Das dritte Problem ist die Personalqualität. Das ist eine Motivation der Privaten, sich um die Universitätsklinik zu kümmern. Sie betrachten dies – das ist nicht zu verwerfen – als ein Rekrutierungsfeld für wissenschaftliche Mitarbeiter in anderen Kliniken, die zu ihrem Netz gehören. Das kann ein Vorteil sein, weil man vielleicht Positionen für Wissenschaftler schafft, die sie sonst nicht haben würden. Das kann aber dann ein Nachteil sein, wenn man die besten Wissenschaftler herauszieht.

Die Steigerung der operativen Qualität ist sicherlich das Feld, auf dem man ihnen am meisten zutrauen kann. Ich bedauere, dass die Universitätsklinik ihrerseits durch eine Vielzahl von Regelungen so gebunden sind, dass es ihnen unmöglich ist, dieselbe Qualität zu erreichen.

Schließlich möchte ich Ihnen die großen Probleme benennen. Sie entstehen an Schnittstellen mit hohem Konfliktpotenzial: Wie sollen Berufungen vonstatten gehen? Die Wissenschaft hat möglicherweise ganz andere Interessen bei dieser Berufung als das Klinikum; das braucht einen schneidigen Kliniker, während die Wissenschaft vielleicht einen guten Wissenschaftler haben will. Das ist nicht immer in einer Person zu finden. Wer macht die Berufungen? Wer muss der Berufung am Ende zustimmen?

Das zweite Problem ist die strategische Ausrichtung. Das habe ich bereits benannt.

Das dritte Problem ist nicht zu unterschätzen. Es ist die Corporate Identity. Wenn Sie in den USA oder in einem anderen anglo-amerikanischen Land ein Examen gemacht haben, kommt es nicht auf die Note an, sondern es kommt im Wesentlichen darauf an, an welcher Einrichtung Sie Ihr Examen abgelegt haben. Das wird sich in Deutschland zunehmend entwickeln. Hier kommt es auf die Erhaltung einer universitären Corporate Identity an. Deshalb wird es außerordentlich schwierig, diesen Weg zu gehen. Wir werden das mit Sicherheit aufmerksam begleiten.

Es wäre völlig falsch, zum jetzigen Zeitpunkt das Experiment schon im Vorhinein für gescheitert zu erklären. Man kann nur raten, alle diese schwierigen Schnittpunkte sehr genau zu regeln, und zwar ganz besonders die Trennungsrechnung, damit nicht die zu erwartenden Defizite aus dem Wissenschaftsetat querfinanziert werden müssen.

**Dr. von Harbou:** Ich stütze meine Sichtweise auf die Erfahrungen, die ich in den letzten Jahren im Aufsichtsrat des Klinikums Gießen gemacht habe. Wir finden heute einen Investitionsstau in einer Größenordnung eines dreistelligen Millionenbetrages mit wachsender Tendenz vor. Wir finden eine operative Entwicklung mit jährlich steigenden Fehlbeträgen des Klinikums vor. Die Erträge tendieren nach unten. Die Fallpauschalenregelung mit dem zu erwartenden Rückgang in der Bettenbelegung ist bereits angesprochen worden, die Kosten parallel dazu. Übrigens: Die Trennungsrechnung hat bis heute noch nicht richtig funktioniert. Es hat Jahre gedauert, bis wir uns ihr angenähert haben und auch nur mithilfe von außen.

Der Aufsichtsrat hat den Vorstand mehrfach darum gebeten, diese Problemlage durch strukturelle Vorschläge aus dem Klinikum selbst heraus aufzulösen. Das ist nicht gelungen. Die Finanzkraft der öffentlichen Hand sinkt, wie wir wissen. Höhere Mittelzuweisungen sehe ich nicht. Im Ergebnis: Ein „Weiter so!“ wäre für das Klinikum Gießen nicht vertretbar gewesen.

Ich glaube nicht, dass das Klinikum „stand alone“ in der heutigen Verfassung zukunfts- und leistungsfähig bleiben wird. Die Fallzahlen gehen zurück. Im internationalen Wettbewerb dürfen wir nicht unterschätzen, dass Behandlungszahlen auch ein wichtiges Qualitätsmerkmal sind. Ein Arzt, der 100 oder 1.000 Operationen auf seinem Fachgebiet ausführt, hat einen größeren Leistungsnachweis und einen höheren Qualitätsstandard.

Perspektivisch ist die Situation am Universitätsklinikum Marburg nicht grundsätzlich anders. Die beiden Klinika liegen 35 km auseinander. Im Moment haben wir an beiden Standorten ein nahezu deckungsgleiches Leistungsportfolio. Das wird mit Blick auf die Zukunft unseres Gesundheitswesens so nicht durchzuhalten sein. Die Bildung einer wirtschaftlichen Einheit mit jeweiligen Kompetenzzentren und mit einer Grundversorgung an beiden Standorten und einer Maximalversorgung, die möglichst als Ein-Standort-Lösung dargestellt werden muss, liegt daher nahe.

Ich schließe mich dem Vorredner an: Wichtig wird es sein, eine gemeinsame Kultur zu schaffen – Stichwort Corporate Identity. Wir brauchen schnellstmöglich eine neue Leitungsstruktur unter einheitlicher Führung für beide Klinika. Wir müssen – das sage ich bewusst, obwohl ich aus der Wirtschaft komme –, wenn auch nicht vorrangig, die Kostensynergien dieses Projektes sehen. Als Stichwort nenne ich eine gemeinsame IT.

Was verspreche ich mir von der Privatisierung? Wir werden es mit wesentlich professionelleren Betreibern zu tun haben. Die Erfahrung hat gezeigt, dass in Kliniken, die in privater Form geführt werden, wesentlich mehr Mitarbeiter am Patienten und weniger Mitarbeiter in der Verwaltung arbeiten, während das in den öffentlichen Kliniken genau umgekehrt ist. Ein privater Betreiber wird erfahrungsgemäß die Rationalisierungspotenziale sehr viel konsequenter und besser als ein öffentlicher Betreiber nutzen. Er holt Patienten aus anderen Regionen. Damit kommen interessantere Fallzahlen in das neue Klinikum. Der private Betreiber wird professioneller private Fördermittel einwerben können.

Das Land wäre gut beraten, die wichtigen Rahmenbedingungen zu setzen, aber dem Übernehmer die Gestaltungsmöglichkeiten innerhalb der Rahmenbedingungen offen zu lassen.

Warum sind die Universitätsklinika Gießen und Marburg so interessant? Wir haben den so genannten First-mover-Advantage, d. h., die privaten Übernehmer sind in besonderer Weise daran interessiert, erstmals Universitätsklinika in ihre Obhut zu nehmen.

Lassen Sie mich abschließend noch die Grundparameter nennen, die ich vor Abschluss eines privaten Übernahmevertrages sehe. Das ist die Auflösung des Investitionsstaus. Ohne diese Auflösung wäre das Universitätsklinikum Gießen aus meiner Sicht nicht überlebensfähig. Wir müssen dafür sorgen, dass die Qualität in der medizinischen Versorgung erhalten bleibt und dass die von meinem Vorredner angesprochene Trennung der Kosten in der medizinischen Versorgung einerseits sowie Forschung und Lehre andererseits sauber erfolgt und dass das Land Hessen weiterhin bereit ist, sich an den Kosten der Lehre zu beteiligen.

Wir müssen die Akzeptanz des Übernehmers für den Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen bis zum 2010 erhalten. Ich glaube ohnehin, dass es keiner betriebsbedingten Kündigungen bedarf, sondern dass die natürliche Fluktuation den Anpassungsprozess ermöglichen wird.

Das Biomedizinische Forschungszentrum in Gießen wird unabhängig von der Privatisierung kommen. Das ist in meinen Augen eines der wichtigsten Projekte für die Region.

Zusammenfassend möchte ich sagen: Ich sehe für das Klinikum Gießen, aber auch für das Marburger Klinikum eine Zukunftsfähigkeit ohne ein Zusammengehen der beiden Kliniken in der von mir beschriebenen Weise nicht als gesichert an.

**Prof. Dr. Brähler:** Die Situation, in der sich die Universitätsklinika Gießen und Marburg befinden, ist nicht zufällig – in einer Zeit, in der alle Krankenhäuser in Deutschland mit den Folgen der DRGs kämpfen. Das wird zu einem Krankenhaussterben führen, was kein Beinbruch ist, da wir ähnliche Verhältnisse in Schweden hatten, wo es zu keinem Rückgang der Lebenserwartung kam.

Aber die große Gefahr besteht darin, dass Forschung und Lehre auf der Strecke bleiben. Ein Universitätsklinikum ist kein Universitätsklinikum, wenn es nicht Forschung und Lehre beinhaltet. Man muss sehr genau schauen, wie das geregelt werden soll. Herr Prof. Dr. Einhäupl hat den Problemkreis der verschiedenen Bereiche schon angesprochen: zum einen die Standortfrage, zum anderen die Privatisierung. Ich möchte auf einen dritten Punkt fokussieren, nämlich auf die Auseinandersetzung zwischen Forschung und Lehre versus Krankenversorgung.

Die Gesetzgebung in Sachsen hat hier eine sehr weit gehende Regelung gefasst, so dass wir Forschung und Lehre und Krankenversorgung an unserem Universitätsklinikum und unserer Fakultät getrennt haben. Das war von dem Wunsch getragen, Quersubventionierungen zulasten von Forschung und Lehre und zugunsten von Krankenversorgung zu verhindern.

Die Trennungsrechnung, die allerorten angestrebt wird, muss man heute skeptisch betrachten. Wir reden öfter von Transparenzrechnungen. Wir werden das nie ganz auseinander halten können.

Man muss sich überlegen, was einen privaten Betreiber motivieren soll, Forschung und Lehre zu betreiben. Das könnten höchstens die Subventionen des Landes sein, die weiterhin fließen werden. Sonst besteht kein Motiv. Es könnte ein Motiv sein, anwendungs- und gewinnorientierte Forschung zu betreiben. Das würde aber dem Wesen der Hochschulforschung vollständig widersprechen. Wenn man Deutschland zu einem Forschungsstandort machen will, ist das nicht der richtige Weg.

Man scheint den Eindruck erwecken zu wollen, die großen Probleme in der Region Hessen und in der Hochschulmedizin überhaupt wie den Gordischen Knoten mittels einer Art Wunderheilung durch Privatisierung durchschlagen zu können. Das ist ein großes Abenteuer. Es gibt Risiken und Chancen. Meines Erachtens überwiegen hier sehr stark die Risiken. Hier müsste man zunächst sorgsam eruieren, was bisher passiert ist.



Die Fusion der Universitätsklinika Lübeck und Kiel ist schief gelaufen. Sie mögen einwenden, dass die Standorte weit auseinander liegen. Aber es ist nicht immer so, dass das Ganze mehr als die Summe seiner Teile ist. Es könnte auch eher weniger sein. Herr Prof. Dr. Albrecht hatte das Beispiel gebracht von den zwei Ozeanriesen, die führungslos laufen, aus denen plötzlich etwas wird, indem man sie zusammenlegt. Das ist ein Risiko.

Ein anderes Risiko ist die Frage, wie es mit der Krankenversorgung aussieht. Eine große empirische Studie aus Kanada zeigt, dass die Sterblichkeit in stationären und poststationären Einrichtungen privater Betreiber sinkt, zwar nicht so stark, aber immerhin. Davon ist wenig zu versprechen.

(Zuruf)

– Die Mortalität steigt.

Warum werden nicht Alternativen überprüft, wie z. B. ein Stiftungsmodell oder andere Alternativen? In Mittelhessen gibt es zwei Universitätsklinika und zwei Fakultäten. Wie sollen sie unter Berücksichtigung von Forschung und Lehre zusammengebracht werden?

Es wird immer über die Vorteile der privaten Betreiber geredet. Wir merken auch, dass unser Klinikum flexibler ist als wir, da wir als Fakultät immer noch bürokratisch gefesselt sind. Warum kann man Universitäten nicht sämtliche Möglichkeiten wie privaten Betreibern geben, angefangen vom Hochschulbaurecht bis zu anderen Punkten, um dort von der Bürokratie entfesselt auch andere Modelle vorzulegen? Deswegen lautet unser Plädoyer, keinen Schnellschuss zu starten, sondern mögliche Alternativen zu überlegen.

**Prof. Dr. Albrecht:** Ich folge in den Aussagen der Gliederung meiner schriftlichen Zusammenfassung. Zuerst gehe ich auf die DRG-Systematik und auf die Investitionssystematik bzw. Finanzierung ein.

DRG-Systematik heißt, dass wir vom bettenfinanzierten – also vom tagespauschalierten – System weg zum fallpauschalierten System gehen. Das führt zum jetzigen Zeitpunkt dazu, dass Hochleistungsmedizin, Intensivmedizin und spezifische Hochleistungsfächer im Bereich der Universitätsmedizin nicht adäquat finanziert sind. Ob das im Jahr 2009 nach Ende der Konvergenzphase noch so sein wird, bleibt abzuwarten. Entscheidend ist aber, dass während dieser Phase ein großer Umstrukturierungsprozess in den Klinika stattzufinden hat. Das Umdenken, dass das Bett keinen Erlösfaktor, sondern einen Kostenfaktor darstellt, führt dazu, dass sich die internen Strukturen eines Universitätsklinikums im Rahmen dieser Konvergenzphase massiv ändern werden. Das bedeutet, mit den derzeitigen Entscheidungsstrukturen eines Universitätsklinikums ist dieser Prozess in der Regel nicht adäquat zu vollziehen.

Die Investitionsfinanzierung – die HBFVG-Finanzierung – steht vor dem Aus. Bereits im letzten Jahr sind die bundeseitig eingestellten Mittel reduziert worden. Sie werden auch in Zukunft weiter reduziert werden. Ob das Ganze auf die Länder übertragen wird, bleibt abzuwarten. Festzuhalten ist, dass die Investitionsmittel der Universitätsklinika für

das Überleben der Klinika entscheidend werden. Im Moment sind Investitionsmittel von etwa 10 bis 14 % des Jahresumsatzes eines Klinikums notwendig. Die wenigsten Standorte bringen diesen Umsatz auf. Darin sind große Neubauvorhaben oder Restaurierungsvorhaben noch nicht einberechnet.

Zur Fusion: Zwei Klinika zu fusionieren, die 35 km auseinander liegen und deren Einzugsgebiete sich zum Teil überschneiden, scheint primär sinnvoll zu sein, ist aber nur dann sinnvoll, wenn das dabei entstehende Produkt einer Zwei-Standort-Lösung nicht der Addition beider Einzelstandorte entspricht. Das heißt: Ein neues Universitätsklinikum bestehend aus beiden Bestandteilen sieht anders als die beiden jetzigen Standorte aus. Es muss eine neue Analyse des Leistungsspektrums und der Versorgungsstruktur in den beiden Versorgungsgebieten geben. Entscheidend dabei ist, dass dies nicht ohne die jeweiligen Fakultäten passieren kann. Beide Fakultäten haben zum gleichen Zeitpunkt zu fusionieren, weil ein Universitätsklinikum und eine Medizinische Fakultät eine unabdingbare Einheit darstellen, vor allen Dingen jetzt angesichts der großen Umstrukturierungsprobleme, die es in der Universitätsmedizin gibt.

Zur Rechtsform lässt sich Folgendes sagen: Die Rechtsform ist primär nicht so entscheidend wie die klare Schaffung von Entscheidungsstrukturen. Man braucht einen Aufsichtsrat, der qualitativ entsprechend besetzt ist und der darauf achtet, dass die Notwendigkeiten von Forschung und Lehre und die klinischen Versorgungsansprüche gewährleistet werden. Dazu muss es klare Vorgaben des Landes geben: Wie viele Medizinstudenten sollen ausgebildet werden? Wie viele Fachärzte sollen an den beiden Klinikstandorten ausgebildet werden? Es muss einen hauptamtlichen Vorstand geben, der alle drei Fazilitäten umfasst: kaufmännische Expertise, hochschulmedizinische Expertise und Forschung und Lehre. Es muss zeitliche befristete Verträge geben, die leistungsorientiert vergütet werden.

Ob eine derartige Rechtsform in Form einer Aktiengesellschaft, einer Stiftung oder Ähnliches umgesetzt wird, hängt letztlich von den Standortbedingungen und dem notwendigen Investitionsvolumen ab. Ob eine Stiftung die Probleme in Marburg in Bezug auf die Investitionsfinanzierung zu lösen in der Lage ist, bedarf detaillierter Untersuchungen.

Fazit ist: Die Fusion kann nur funktionieren, wenn Fakultät und Klinikum als Endprodukt fusioniert werden. Hierzu muss eine absolut klare Entscheidungsstruktur und -kompetenz geschaffen werden. Die Analyse, ob das Gesamtprodukt – in welcher Rechtsform auch immer – privatisiert wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht notwendig, weil die Entwicklung der nächsten zwei, drei Jahre erst abzuwarten ist.

**Prof. Dr. Dr. von Eiff:** Ich gebe meine Stellungnahme zu zwei Gesichtspunkten ab: zum einen zur Wettbewerbsdynamik im Gesundheitsbereich, und zum anderen spreche ich über die Erfahrungen aus der Praxis von Forschungskliniken.

Meine erste These lautet: Der Gesundheitsmarkt – also das Angebot medizinischer und paramedizinischer Leistungen – wird in Zukunft durch internationale Einflüsse und den Zwang zur integrierten Versorgung bestimmt. In Zukunft konkurrieren nicht mehr Krankenhäuser in einem horizontalen Wettbewerb miteinander, sondern es sind Wertschöpfungsketten mit integrierten Versorgungsformen. Es wird einen vertikalen Wettbewerb geben. Für uns heißt das: Die Verbindung von ambulanter und stationärer Versor-

gung, von Rehabilitation und Nachsorge wird sich intensivieren. Das wirkt sich auf die Angebotsstruktur der beiden Klinika aus. Es werden Kompetenznetze und Leitkrankenhäuser zu bilden sein, die sich auf Leistungsangebote und Forschungsschwerpunkte spezialisieren werden.

Meine zweite These ist: Der Wettbewerb um innovative Hochschulmedizin wird sich in Zukunft maßgeblich durch Medizin-Cluster bestimmen. Hier nehmen Behörden und öffentliche Einrichtungen die Funktion eines solchen Cluster-Managers wahr. Das heißt für unseren konkreten Fall: Nur ein attraktiver Klinikverbund Marburg und Gießen zieht Investitionen auch der Medizinindustrie nach sich und wirkt dadurch arbeitsplatzsichernd in der Region.

Meine dritte These: Die Zusammenlegung der Universitätsklinika Gießen und Marburg ist unter den Gesichtspunkten Spitzenforschung, Forschungstransfer in die Klinik und Herausbildung von national und international anerkannten klinischen Versorgungsschwerpunkten wie auch hinsichtlich der ökonomischen Bündelung von Ressourcen notwendig, um im Wettbewerb erfolgreich zu bestehen. Allerdings ist Voraussetzung, dass man nicht beides addiert, sondern man muss die Versorgungsstrukturen beider Häuser anpassen.

Meine vierte These lautet: Die Trennung von Forschung und Lehre einerseits und klinischem Versorgungsbetrieb andererseits ist in der Realität faktisch nicht vollziehbar. Auch eine Trennungsrechnung kann das nicht leisten. Die Erfahrung zeigt, dass Forschungsressourcen und -aktivitäten nach einer Privatisierung zugunsten klinischer Kapazitäten abgebaut wurden. Hier werden die Löcher gestopft, indem in der Forschung weniger gearbeitet wird. Investitionen erfolgen primär bis ausschließlich unter klinischen Renditegesichtspunkten. Es gibt hierfür klare Beispiele. Das betrifft in der Kardiologie die berühmten Schirmchen. Das betrifft in der Prävention den Abbau chirurgischer Kapazitäten, der nicht erfolgt. Das betrifft z. B. den Einsatz von MRI in der Schlaganfallversorgung.

Meine fünfte These: Die Zusammenlegung der Universitätsklinika Gießen und Marburg darf nicht als isolierter Akt verstanden werden. Im Sinne eines erfolgreichen ganzheitlichen Managements in der Region sind die Fähigkeiten und Ressourcen anderer Forschungskliniken und akademischer Lehrkrankenhäuser einzubinden. Das betrifft z. B. die Max-Planck-Gesellschaft, die in Hessen ansässig ist, wie auch die Kerckhoff-Klinik. Das betrifft insbesondere auch die Reha-Einrichtungen als nachsorgender Bereich, welche die Patienten von den Universitätsklinika aufnehmen.

Meine sechste These ist: Eine Privatisierung sollte erst dann ins Auge gefasst werden, wenn die Zusammenlegung der Universitätsklinika Gießen und Marburg erfolgt und eine strategische Abstimmung der Leistungsschwerpunkte realisiert worden ist. Für mich gilt immer noch die Maxime: erst das Add-Business und dann ein mögliches Outsourcing.

Meine siebente These lautet: Vor einem Verkauf ist eine Liste von No-gos – also von unverrückbaren Vertragspositionen – festzulegen. Dazu gehört zwingend der Verbleib von Patienten in Hessen. Es kann nicht sein, dass ein privater Betreiber die Klinika übernimmt, die Kardiologie hier betreibt, die herzchirurgischen Leistungen in anderen Krankenhäusern, nämlich in ketteneigenen Krankenhäusern, anbietet und die Rehabili-

tation möglicherweise in anderen Bundesländern stattfindet. Das wäre eine Schädigung des Standortes Hessen.

Meine achte These: Die Universitätsklinika sollen aus dem BAT und der VBL sukzessive aussteigen. Wir brauchen einen leistungsorientierten Tarif. Er ist dringend notwendig, um im Wettbewerb bestehen zu können. Daher meine Empfehlung: Bevor kein strategisch schlüssiges Konzept vorliegt, sollte über eine Privatisierung nicht gesprochen werden.

An den Verkauf an einen privaten Betreiber sollten ganz enge Bedingungen gestellt werden: keine kontraproduktiven Desinvestitionsstrategien und keinen Patiententourismus zulassen. Private Betreiber – darüber muss man sich im Klaren sein – brauchen Universitätsklinika auch als Marketinginstrument. Forschung auf hohem internationalen Niveau wird von Privaten erfahrungsgemäß nicht betrieben. Die Einheit von Forschung und Lehre einerseits und Spitzenklinik sowie Regelversorgung andererseits müssen aus meiner Sicht gewahrt bleiben, um überregional und international wettbewerbsfähig zu bleiben.

Meine letzte These lautet: Die Rechtsform ist zweitrangig. Eine GmbH-Lösung wäre sicherlich machbar. Wichtig ist, beide Standorte unter einheitlicher Leitung zusammenzubinden: ein Vorstand, eine Fakultät, ein schlagkräftiger Aufsichtsrat mit maximal fünf Personen, die auf ihrem Gebiet Profis sind.

RDir **Scheck**: Ich beschränke mich in meiner Stellungnahme auf die HBFG-rechtlichen Fragestellungen, möchte aber zuvor einige allgemeine Anmerkungen machen.

Die sich wandelnden Rahmenbedingungen für die Hochschulmedizin fordern eine Neugestaltung der hochschulmedizinischen Strukturen. Das Zusammentreffen vieler Entwicklungen – wie die Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte und deren Umsetzung, die Einführung von Chefarztverträgen, die Veränderung der Arbeitszeitregelungen, die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen bei gleichzeitiger Reduktion der Erlöse, die Einführung eines neuen Abrechnungssystems für die stationäre Krankenhausfinanzierung, die vielfach zu beobachtende Reduktion der Landeszuführungsbeträge für Forschung und Lehre sowie die Problematik der Investitionsfinanzierung – zwingen alle hochschulmedizinischen Einrichtungen zu Umstrukturierungen.

Im Vorgriff dieser Entwicklungen hat sich die Kultusministerkonferenz bereits 1995 dieser Problematik angenommen und ein Strukturpapier verabschiedet, in dem sie mögliche Tendenzen aufgezeigt und insbesondere eine Anstaltslösung für die hochschulmedizinischen Einrichtungen favorisiert hat. Der Wissenschaftsrat hat sich eine Typenvielfalt unter Einschluss einer möglichen Privatisierungsoption zu eigen gemacht.

Was bedeutet die angestrebte Privatisierung für die HBFG-rechtlichen Fragestellungen? Es sind drei Punkte zu unterscheiden. Die erste Frage lautet, ob die HBFG-Förderfähigkeit durch das Universitätsklinikgesetz, das Vorschaltgesetz, berührt wird. Die Frage ist mit Nein zu beantworten. Nach dem Modell von Kiel und Lübeck bestehen keine grundlegenden Einwände aus HBFG-rechtlicher Sicht, das Klinikum weiter im Rahmen des HBFG zu fördern.

Fraglich ist, welche Konsequenzen die weiter gehende Privatisierung hat. Die Frage ist nicht ganz einfach zu beantworten, weil wesentliche Rahmenbedingungen zur Beurteilung eines möglichen Modells noch nicht feststehen. Man wird aber sagen können, dass im Falle einer Privatisierung und der Schaffung eines neuen rechtsfähigen Aufgabenträgers dieses privatisierte Klinikum in neuer Rechtsform aus der Anlage zum HBFVG mit der Konsequenz ausscheiden würde, dass es zum Erhalt seiner Förderfähigkeit wieder in die Anlage aufgenommen werden müsste.

Bereits in der Zeit seit 1998 gibt es, fußend auf den Empfehlungen der Kultusministerkonferenz und des Wissenschaftsrates, eine Tendenz zur rechtlichen Verselbstständigung der Universitätsklinik, allerdings in öffentlich-rechtlicher Form. Die Kriterien, welche von der Bundesregierung für die Einbeziehung der rechtlich verselbstständigten Klinika anlegt wurden, sind in der 26. Verordnung zur Ergänzung der Anlage zum HBFVG aufgeführt. Im Grunde genommen und im Kern laufen sie auf die Aufnahmefähigkeit der rechtlich verselbstständigten Klinika in die Anlage zum HBFVG unter der Voraussetzung hinaus, dass die Belange von Forschung und Lehre maßgeblich und genügend berücksichtigt werden.

Die dritte von mir anzusprechende Frage hängt unmittelbar mit der zweiten Frage zusammen: Was ist mit möglichen Investitionen, die seitens des Bundes bisher im Rahmen des HBFVG getätigt worden sind? Berücksichtigt man, dass jede Zweckentfremdung eines Vorhabens – auch einer Einrichtung, die bis jetzt in die Anlage zum HBFVG aufgenommen ist – zu einer Rückerstattungspflicht führt, führt konsequenterweise auch das Ausscheiden einer Hochschule aus der Anlage zum HBFVG zum Tatbestand der Zweckentfremdung. Danach würde dem Grunde nach ein Rückerstattungsanspruch entstehen. Er würde dann aber nicht entstehen, wenn dieses privatisierte Klinikum wieder in die Anlage zum HBFVG aufgenommen würde. Unter diesen Voraussetzungen würde sich die Rückerstattungsproblematik nicht stellen.

Voraussetzung für die Aufnahme in die Anlage zum HBFVG wäre eine Empfehlung des Wissenschaftsrates, der sich mit dieser Fragestellung beschäftigen müsste. Allerdings wird hier aus meiner Sicht Neuland betreten – darauf möchte ich hinweisen –, weil man diese Neuauflage eines privatisierten Klinikums in die Anlage zum HBFVG unter völlig neuen Rahmenbedingungen beurteilen und empfehlen müsste.

**Dr. Michallik:** Es ist unstrittig, dass die Fusion Sinn macht, aber nur, wenn es tatsächlich zu einer Beseitigung von Doppelstrukturen und zu einem klar abgestimmten Leistungsangebot kommt. Zentral ist dabei eine konsequente und zügige Umsetzung. Entscheidend wird auch sein, handlungsfähige Leitungsgremien zu schaffen, und zwar nicht so, wie es im Entwurf vorgesehen ist, wonach die Gremien zusammengefügt werden und man zwei ärztliche Direktoren etc. hat, sondern erforderlich wird ein kleines, handlungsfähiges Gremium sein, bestehend aus einem kleinen Vorstand und einem kleinen Aufsichtsrat. Das hat den Vorteil: Die Entscheidungen fallen schneller, und durch die Fusion kommt es vor allen Dingen zu einer dauerhaften Entlastung.

Die Rechtsformänderung macht auch Sinn. Ich denke an Stiftung oder Aufsichtsrat. Träger sollte weiterhin das Land sein. Es macht Sinn, unternehmerische Handlungsfreiheit für Vorstand und Aufsichtsrat umzusetzen, z. B. bei der Bauherreneigenschaft oder

den Personalentscheidungen. Das ist in den verschiedenen Stellungnahmen nachzulesen.

Eine Medizinische Hochschule in Form eines integrativen Ansatzes macht Sinn: Einheit von Fakultät und Krankenversorgung. Konkret heißt das: Eine einheitliche Leitung verhandelt mit den Ordinarien über Lehre, Forschung und Krankenversorgung – Verhandlungen jeweils aus einer Hand.

Ein sehr hohes, irreversibles Risiko sehe ich allerdings bei einer Privatisierung. Wenn ein privater Träger Verträge aushandelt – egal, wie die Verträge ausgehandelt werden, Herr Prof. Dr. Eiff sprach eben von einer Liste der No-gos, also den unverrückbaren Vertragspositionen –, funktioniert das kurzfristig. Aber das Gesundheitswesen ist mindestens seit Anfang der Neunzigerjahre hoch dynamisch. Die Bedingungen, die jetzt per Vertrag oder Gesetz ausgehandelt werden, sind jedoch statisch: Ich versuche mit einem statischen Instrument die Dynamik der nächsten 20, 30 Jahre zu regeln. Ich habe kein Aufsichtsgremium, das ständig nachsteuern kann. Ich habe kein Ministerium, das mit neuen Gesetzen oder Verordnungen nachsteuern kann. Ich gebe die Kontrolle aus der Hand. Ich habe ganz klar Privatinteressen, die in einer Region gerade nach der Fusion monopolartige Macht- und Marktstrukturen haben. Die große Frage lautet: Dieser Monopolist – ich nenne ihn ganz klar so – investiert eine dreistellige Summe. Je mehr Sie an Kaufpreis und Investitionszusagen verlangen, umso höher wird auf Dauer die finanzielle Belastung der Kliniken, aber auch der Region sein, weil der neue private Träger eine Refinanzierung braucht. Er erwartet sie. Ob das 8 oder 10 % sind, kann man diskutieren. Aber bei 200 Millionen € wird es eine Belastung von 20 Millionen € sein, bei 300 Millionen € eine Belastung von 30 Millionen €, je nachdem, wie Sie verhandeln.

Sie werden die Bedingungen, die Sie dem privaten Träger stellen, nicht kontrollieren können. Sie werden keine Möglichkeit haben, konzerninterne Finanzströme zu kontrollieren. Vor allen Dingen – das ist im Gesundheitswesen das Wesentliche – haben Sie nicht die Möglichkeit, medizinische Entscheidungen daraufhin zu überprüfen, ob sie medizinisch oder ökonomisch indiziert sind, ob jemandem die eine oder die andere teure Diagnosemethode gestellt wird, ob diese Behandlungsmethode oder jene angewandt wird oder ob eine Verlegung in die konzerneigene Privatklinik erfolgt. Das lässt sich nicht kontrollieren. Daran kommen Sie nicht heran, egal welche Instrumente zur Qualitätssicherung Sie einführen.

Vor allen Dingen wird sich die Struktur der Versorgung in der Region – Sie haben andere öffentliche Häuser, Sie haben gemeinnützige Häuser – ändern. Es wird ein ganz erheblicher Wettbewerbsdruck für die Häuser entstehen. Dieser Wettbewerbsdruck wird existenziell sein. Diese Häuser werden entweder auch privatisiert, oder die Kommunen werden ganz massiv jährliche Zuschüsse leisten müssen. Die Kommunen vor Ort werden belastet werden. Wenn aber die Kommunen diese Häuser los werden wollen, werden sie den neuen privaten Träger bitten, dieses Haus zu übernehmen, weil für andere private Träger diese Häuser in der Region uninteressant sind. Das kann man im Einzelnen noch ausführen. Darauf verzichte ich jetzt. Insgesamt kann ich nur vor einer Übergabe an einen Privaten dringend warnen.

**Dr. Stüwe:** Über den Investitionsstau und den Abbau durch einen kapitalkräftigen Investor mit Gewinnabsichten wurde hier sicherlich aus berufenerem Munde schon geredet. Aber es stellt sich genau die Frage, wie die Ökonomie in die Medizin eingreifen wird. Wir kennen es jetzt schon, dass in privat geführten Häusern nicht lukrative Abteilungen kleiner gemacht oder reduziert werden. Für die Patienten besteht die Gefahr, dass man sich lohnende und nicht lohnende Patienten aussucht, was sich unter den DRG-Bedingungen, die jetzt schon keinerlei Gewinnerwartungen in der Hochleistungs- und Spitzenmedizin erlauben, noch verschlechtern wird.

Kapitalgesellschaften – eine solche wird das Klinikum sein, wenn es privatisiert wird – können insolvent werden. Wie sieht dann die weitere Versorgung der Bevölkerung in Gießen und Marburg aus? Gibt das Land seinen Versorgungsauftrag damit auf? Das sind große Fragen, deren Beantwortung meines Erachtens aus dem Gesetzentwurf bislang nicht hervorgegangen ist.

Sie haben in den Gesetzentwurf das Verbot der betriebsbedingten Kündigungen eingebaut. Personalabbau soll durch die reguläre Fluktuation entstehen. Das ist ganz natürlich. Aber die sich in Weiterbildung befindenden Ärztinnen und Ärzte in Gießen und Marburg haben relativ kurz befristete Arbeitsverträge, die sehr lange vor 2010 auslaufen werden. Ob Neueinstellungen erfolgen werden, ist unklar. Das muss man sehen. Oder man baut weiter Personal ab, denn die Personalkosten sind die höchsten Kosten in den Kliniken, und die Arbeit wird auf die verbliebenen Köpfe verlagert. Das wird zu einer weiteren Verdichtung der Arbeit führen und angesichts der erhöhten Arbeitsintensität zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung. Damit erhöht sich die Gefahr von Fehlern, welche die Patienten unter Umständen auszubaden haben, oder die DRG-Kodierung, die sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, wird sehr viel schlechter. Das wiederum führt zu finanziellen Verlusten.

In diesem neu zu schaffenden Klinikum wird ein Arbeitsplatzabbau zu erwarten sein, denn überall wird davon gesprochen, Kosten einzusparen. Das geht in aller Regel nur über Personalabbau.

Der weitere Bettenabbau, verbunden mit dem Personalabbau, kann zu Wartezeiten und Versorgungsgapen führen, was in dieser Region zurzeit nicht der Fall ist.

Der Verlust von unabhängiger Forschung ist zu erwarten, denn ein primär privater Betreiber wird ausschließlich eine gewinnorientierte Forschung fördern. Mir ist bislang keine wirklich bahnbrechende wissenschaftliche Arbeit aus einem privat geführten Klinikum hier in Deutschland bekannt, die für die Medizin relevant gewesen ist.

Das hoch qualifizierte ärztliche Personal wird sich unter diesen ungewissen Zukunftsperspektiven sehr schnell andere Arbeitsplätze suchen. Das Exzellenzzentrum für Medizin rückt folglich in eine relativ weite Ferne. Damit ist auch die Frage zu stellen, was aus Drittmittelstellen wird. Bislang werden alle deutschen Universitätsklinika in der Krankenversorgung zu einem erheblichen Teil durch Drittmittelstellen subventioniert, die ursprünglich für die Forschung vorgesehen waren. Die Forschung findet aber mehr oder weniger als Wochenend- oder Nachtforschung statt. Entsprechend ist die Qualität im internationalen Wettbewerb.

Unsere jungen Kolleginnen und Kollegen kommen aus Schulen und haben häufig schon bis zu einem Jahr im Ausland verbracht. Für sie gibt es nicht nur den Arbeitsplatz Deutschland oder gar nur Hessen, sondern sie können sich den Arbeitsplatz Europa aussuchen. Die Konkurrenz ist ganz erheblich.

Die Zusammenarbeit innerhalb der vorgegebenen Strukturen im mittelhessischen Raum muss sehr aufmerksam beobachtet werden. Zurzeit ist ein vernetztes Versorgungsmanagement zusammen mit der Universität Gießen im Bereich des Vogelsbergkreises im Aufbau. Auch die Zusammenarbeit mit der Kerckhoff-Klinik oder dem Behring-Werk muss man sehr kritisch sehen. Meine Vorredner haben die Frage nach der Zusammenarbeit mit dem Max-Planck-Institut bereits angesprochen.

Die Gefahr, wonach in einer Klinikette entsprechende Patienten in die auszustattenden lukrativen Einrichtungen dieser Klinikette verlegt und damit aus Hessen entfernt werden, ist keineswegs von der Hand zu weisen, denn wir erleben es jetzt schon am Beispiel Wiesbaden. – Ich stehe Ihnen für weitere Fragen gern zur Verfügung.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Die erste Fragerunde ist abgeschlossen. Ich bedanke mich bei allen Anzuhörenden ganz herzlich dafür, dass Sie die Redezeit in wirklich mustergültiger Weise eingehalten haben. Das ist sicherlich auch ein Ansporn für die nachfragenden Abgeordneten, sich ähnlich zu konzentrieren.

Nach dem Zeitplan haben wir eine gute Stunde für die Rückfragen, um dann in die zweite Runde einzutreten. – Frau Abg. Kühne-Hörmann, Sie haben das Wort.

Abg. **Eva Kühne-Hörmann:** Ich beginne mit einem großen Komplex, den die meisten Anzuhörenden angesprochen haben, nämlich mit dem Komplex der Rahmenbedingungen. Ich bitte insbesondere Herrn Prof. Dr. Einhüpl, Herrn Dr. von Harbou und Herrn Prof. Dr. von Eiff darzustellen, wie die Situation der Universitätsklinik im Moment aussieht und was passiert, wenn die Situation so bleibt, wie sie ist.

Es wurde davon gesprochen, dass die Standorte Marburg und Gießen relativ klein seien und international wenig Leuchtkraft hätten – so ähnlich wurde das ausgedrückt. Ich möchte angesichts des internationalen Vergleichs wissen, was passiert, wenn die Strukturen nicht verändert werden. Wie ist die internationale Situation? Das ist der erste Fragenkomplex.

Der zweite Fragenkomplex bezieht sich auf Forschung und Lehre. Alle Anzuhörenden haben das Problem der Quersubventionierung angesprochen. Insbesondere Herr Dr. von Harbou hat dargestellt, dass diese Quersubventionierung derzeit auch im öffentlichen Bereich trotz Bemühungen stattfindet. Ich möchte den Unterschied zwischen dem öffentlichen Bereich und dem Bereich einer anderen Rechtsform wissen. Ist das überhaupt so zu trennen? Gibt es derzeit nicht genauso viele Nachteile wie bei einer Umstrukturierung der rechtlichen Form?

Der dritte Fragenkomplex betrifft den Vertreter aus Leipzig, Herrn Prof. Dr. Brähler. Meine Frage direkt an Sie lautet: Sie haben gesagt, im Bereich Forschung und Lehre gebe es möglicherweise Probleme, wenn man eine Änderung vornimmt. Ich möchte



wissen, wie es sich nach Ihren Erfahrungen in Leipzig mit dem Herzzentrum verhält, das meines Wissens privatisiert ist. Die dort erbrachten Forschungsleistungen sind, nach dem, was ich gelesen haben, im internationalen Rang nicht unbeachtlich. Mich interessiert zu wissen, wie Sie die Forschungsleistungen eines Privaten – wie in Leipzig – bewerten. – Das sind zunächst meine Fragen.

**Prof. Dr. Brähler:** Es wurde die Frage gestellt, wie die Forschungsleistungen des Herzzentrums in Leipzig zu bewerten sind, das privatisiert ist. Man kann sagen, dass die Forschungsleistungen des Herzzentrums sehr gut sind. Auch die Lehre ist sehr gut. Allerdings muss man hinzufügen, dass die Lehre am Herzzentrum weniger als 1 % der Lehre der Medizinischen Fakultät ausmacht und dass es im Vergleich zu anderen Einrichtungen des Rhön-Klinikums ein Solitär ist. Das Rhön-Klinikum legt großen Wert darauf, dass das Herzzentrum in den Forschungsleistungen strahlt.

Hintergrund ist aber folgender: Wir müssen das Herzzentrum aus dem Zuschuss für Forschung und Lehre subventionieren. Das Herzzentrum hat jährlich steigende Zahlen aufgrund des sinkenden Landeszuschusses für Forschung und Lehre, den es von uns bekommt, zu verzeichnen. Wenn man das in Relation setzt, kann man sagen: Für die Lehre erhalten sie etwas zu viel von uns, für die Forschung sind sie sehr gut bedacht. Die Frage, die sich hier stellt, lautet: Müssen wir es mit anderen Herzzentren vergleichen, oder welche anderen Vergleiche sollte man anstellen? Aber dort muss man ihnen gute Leistungen bescheinigen.

**Dr. von Harbou:** Es wurde nach der Leuchtkraft der beiden Universitätsklinika gefragt. Man kann nicht pauschal sagen, dass die Leuchtkraft vorhanden oder nicht vorhanden ist, sondern man muss das auf die einzelnen Fachbereiche herunterbrechen. Ich betrachte die Kinderkardiologie in Gießen als international hochklassig und wettbewerbsfähig. Das gilt in ähnlicher Weise für Bereiche in Marburg. Das internationale Standing der beiden Klinika entspricht dem, was die meisten deutschen Klinika im Moment darstellen, nämlich keinem übermäßigen Durchschnitt.

Wir sehen das an den jungen Medizinern, die zu 25 oder 30 % ins Ausland gehen. Das hängt sicherlich auch damit zusammen, dass ihre qualitativen Erwartungen an die Entwicklung der deutschen Universitätskliniken eher gedämpft sind. Deshalb halte ich es für so wichtig, ganz neue leistungsbezogene Verträge zu schließen, wenn wir an die Privatisierung herangehen. Ich bin der Meinung, dass dies als Anreiz für leistungsfähige Nachwuchsmediziner und nicht als Abschreckung verstanden wird. Wir haben vor zwei Jahren die Diskussion im Aufsichtsrat der Universitätsklinik Gießen geführt, in der die Ansicht vertreten wurde, wenn befristete Verträge mit Leistungsbezug geschlossen würden, würden die guten Leute nicht kommen. Ich bin genau der umgekehrten Meinung, dass das ein Anreiz ist – immer vorausgesetzt, dass die Verträge fair ausgehandelt sind –, gute Nachwuchskräfte an die Klinik zu holen. Deswegen bin ich der Auffassung, dass Privatisierung einhergehen muss mit der Ausschöpfung von weiteren Innovationspotenzialen.

Zur Frage nach der Quersubventionierung. Wenn wir zur privaten Trägerschaft übergehen, werden beide Seiten stärker als bisher daran interessiert sein, eine klare Trennungslinie zwischen den Bereichen zu ziehen. Bisher hatte man manchmal den Ein-

druck – nach dem Motto rechte Tasche, linke Tasche –, dass das Incentive zu einer Trennungsrechnung nicht vorhanden war. Das wird sich natürlich in einer privaten Trägerschaft ändern.

**Prof. Dr. Einhäupl:** Wie Herr Dr. von Harbou bereits gesagt hat, gehören beide Klinika nicht zu den fünf strahlungsfähigsten deutschen Universitätsklinika. Beide verfügen über Einzelleistungen, die exzellent sind und internationalen Standard haben. Das aber ist an jedem Universitätsklinikum der Fall. In Deutschland brauchen wir jedoch – und das Land Hessen ist hier mit in der Verantwortung – einzelne Leuchttürme. Wir werden nicht 36 Leuchttürme in Deutschland haben können, sondern wir brauchen einzelne Leuchttürme, welche die Medizin international sichtbar machen, als sie momentan ist. Damit haben naturgemäß so kleine Einrichtungen wie die Universitätsklinik Marburg und Gießen mit ihren Landeszuschüssen, die auch keine Topzuschüsse sind, die größten Schwierigkeiten. Insofern könnte die Fusion – wie ich eingangs bereits gesagt habe – sogar einen positiven Beitrag leisten.

Der Wissenschaftsrat erarbeitet zurzeit eine Stellungnahme zur Größe von Hochschulkliniken. Vorab kann ich sagen, was wir festgestellt haben: Je größer die Universitäts-einrichtung ist, desto besser ist aus verschiedenen Gründen, die wir noch erläutern werden, ihre wirtschaftliche Sichtbarkeit.

Wenn kein neues Geld kommt – das ist eines der größten Probleme –, werden diese beiden Klinika wie übrigens viele andere in der Bundesrepublik nicht mehr konkurrenz-fähig sein. Es gibt diesen Investitionsrückstand an fast allen Standorten mit unterschiedlicher Ausprägung. Aber gerade die Kleinsten und die ohnehin schon nicht Starken leiden am stärksten darunter. Bei ihnen wird das Defizit am schnellsten sichtbar werden. Insofern verstehe ich die Intention der Landesregierung, hier etwas Neues auf den Weg zu bringen. Die Frage ist nur, ob der neue Weg auch wirklich in allen Konsequenzen der richtige ist.

**Prof. Dr. Dr. von Eiff:** Ich kann mich den Ausführungen zu den Rahmenbedingungen anschließen. Die Universitätsklinik Marburg und Gießen sind mit Sicherheit keine international berühmten Leuchttürme, aber in der Kinderonkologie wie überhaupt in der kindermedizinischen Versorgung ist das Universitätsklinikum Gießen deutlich besser als andere. Das muss man sehen. Es sind Chancen und Potenziale vorhanden.

Zum Thema der Quersubventionierung kann ich mich nur wiederholen. Aus meiner Sicht sollte man Forschung und Lehre einerseits und Spitzenmedizin andererseits nicht voneinander trennen. Das ist für mich einfach nicht trennbar. Es ist eine theoretische Vorstellung, so etwas trennen zu können. Der Chirurg forscht spitzenmedizinisch unter Hinweis auf die Dinge, die er am Patienten sieht und erfährt. Es findet eine Rückkoppe-lung in die Forschung und wieder in die Klinik statt. Das ist ein Kreislauf. Sie müssen davon ausgehen: Forschung kann nur betrieben werden, wenn ein Arzt zwischen 10 und 25 % seiner Kapazität – das schwankt von Fachgebiet zu Fachgebiet – für For-schung verfügbar hat, anderenfalls können Sie eine Forschungsklinik in diesem Sinn nicht erfolgreich betreiben.

Prof. **Dr. Einhäupl**: Ich möchte das ein bisschen aus einer anderen Sicht beleuchten. Mit Trennungsrechnung ist nicht die Trennung von Forschung und Lehre und Krankenversorgung gemeint. Im Gegenteil, wir haben in Deutschland ein Defizit in der klinischen Forschung, und zwar an allen Standorten. Das haben mehrere Untersuchungen eindeutig nachgewiesen und gezeigt. Wenn wir dieses Defizit aufholen wollen, müssen wir Forschung, Lehre und Krankenversorgung näher zusammen und nicht weiter auseinander bringen.

Mit der Trennungsrechnung ist die Trennung der Finanzströme gemeint. Seit vielen Jahren besteht die große Diskussion zwischen den Kassen und den Klinika, ob sich die Forschung auf Kosten der Kassen finanziert oder ob sich die Kassen auf Kosten der Forschung finanzieren. Diese Frage kann ich Ihnen exakt beantworten: Beides findet an unterschiedlichen Standorten in unterschiedlichen Richtungen statt. Um das Geld, das wir in Zukunft weniger zur Verfügung haben werden, sinnvoller und strategisch vernünftiger einzusetzen, brauchen wir eine Trennungsrechnung.

Ich meine damit eine wirkliche Trennungsrechnung und nicht irgendeine Transparenz. Wenn man Transparenz haben will, muss man vorher eine Trennung vollziehen. Es muss klar sein, dass Sie – meines Erachtens geht das nicht ganz klar aus den Unterlagen hervor, aber ich habe das immer unterstellt, weil das Land Hessen ein kluges Land ist – nicht auch noch die Lehre und Forschung privatisieren wollen, sondern dass Sie nur die Krankenversorgung privatisieren wollen. Wenn diese Unterstellung zutrifft – –

(Zuruf)

– Ich glaube, die Hessen sind kluge Leute. Wenn Sie wirklich eine private Medical School machen wollen, müssen wir hier eine völlig andere Diskussion führen. Wenn Sie es wollen, kann ich sie gern inaugrieren, aber das würde ein neues Fass aufmachen. Ich gehe davon aus, dass Sie die Privatisierung der Klinika im Kopf haben und dass die Forschung und Lehre weiter in staatlicher Hand bleiben sollen. Wenn das nicht so ist, müssen Sie mir das sagen. Wenn das aber so ist, muss die Fakultät den Landeszuschuss erhalten. Die Fakultät wird mit dem Klinikum – in welcher Hand auch immer es sich am Ende befinden wird – darüber verhandeln müssen, wie viel Geld aus der Forschung dafür ausgegeben werden muss, dass dem Klinikum die Ressourcen für klinische Forschung zur Verfügung stehen und umgekehrt. Es gibt in beide Richtungen Ausgleichszahlungen. Das ist ein schwieriges Thema, aber dieses Thema muss gesetzlich verankert werden. Wenn Sie das nicht tun, sehe ich die erkennbaren Defizite in der Krankenversorgung, die auch Private bei aller Leistungsverdichtung haben werden, mit dem Landeszuschuss querfinanziert. Dann stürzen die hessischen Universitätsklinika ab.

Prof. **Dr. Dr. von Eiff**: Ich möchte dazu etwas ergänzen. Es ist klar, dass man eine Trennungsrechnung braucht, aber diese Trennungsrechnung und eine getrennte Mittelzuweisung bewahren uns nicht vor dem Grundproblem, nämlich dass in einem Kopf durch eine Person geforscht und therapiert oder diagnostiziert wird. Für einen Menschen gibt es nur ein Zeitbudget, das er zwischen Forschung und Lehre und klinischer Versorgung aufteilen kann. Sie müssen dazu eine Regelung treffen. Die Verträge müssen entsprechend gestaltet sein. Deshalb wiederhole ich: Zwischen 10 und 25 % der Arbeitszeit eines forschenden Mediziners werden für Forschung und Lehre benötigt. Da beißt die Maus keinen Faden ab. Das müssen Sie in den Verträgen

beißt die Maus keinen Faden ab. Das müssen Sie in den Verträgen berücksichtigen. Woher das Geld kommt, ist eine ganz andere Frage, die Sie davon trennen müssen.

Abg. **Eva Kühne-Hörmann:** Ich habe eine direkte Nachfrage. Sie haben gesagt, in der jetzigen Situation sei das gar nicht richtig darstellbar. Wäre eine vertragliche Regelung, die es zu finden gilt, eine Chance, im Bereich Forschung und Lehre einen größeren Schwerpunkt zu setzen?

Prof. **Dr. Dr. von Eiff:** Das können Sie zum einen über die Setzung von Schwerpunkten erreichen. Zum anderen können Sie verpflichtende vertragliche Regelungen über den Zeitanteil treffen, den ein Arzt für freie Forschung zur Verfügung hat. Dabei ist es ganz wichtig, dass es eine zweckfreie Forschung und nicht nur eine industriegetriebene Auftragsforschung ist; sonst degeneriert die Forschung zu einem Anhängsel an irgendwelche Industrienaufträge. Das kann es nicht sein.

Vors. Abg. **Dr. Judith Pauly-Bender:** Meine Damen und Herren, die CDU-Fraktion hat ihre Fragezeit zunächst aufgebraucht. Frau Abg. Oppermann, gestatten Sie, dass ich Sie für eine weitere Fragerunde notiere, über die wir nachher noch entscheiden werden? Der Vorsitzende des Ausschusses für Wissenschaft und Kunst hat vorgeschlagen, im Uhrzeigersinn vorzugehen, sodass zunächst Frau Abg. Beer an der Reihe wäre. Aber als Vorsitzende des Sozialpolitischen Ausschusses möchte ich an dieser Stelle zuvor den Hessischen Sozialminister a. D. Armin Claus begrüßen, auch wenn es in diesem Haus bislang üblich ist, nur die amtierenden Minister und Ministerinnen zu begrüßen.

Abg. **Sarah Sorge:** Wir hatten in der Vorbesprechung zu dieser wirklich sehr großen und langen Anhörung vereinbart, die Fragerunden nach Größe der Fraktionen zu verteilen. Wir sollten uns an die Vorgaben halten, die wir uns selbst gesetzt haben.

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Ich habe eine kurze Frage an Herrn Dr. von Harbou. Sie haben vorhin ausgeführt, dass der Personalanteil am Bett in privaten Krankenhäusern größer als in öffentlichen Krankenhäusern sei. Meinen Sie damit den Anteil der Beschäftigten, die tatsächlich am Bett vorhanden sind? Ich möchte Ihnen erklären, was ich meine. Laut einer Statistik von Pricewaterhouse Coopers Schindhelm Rechtsanwälte kann man feststellen, wie hoch der Anteil der Beschäftigten pro Bett ist.

Das Universitätsklinikum Marburg hat drei Personen pro Bett beschäftigt. Davon sind mindestens 2/3 oder sogar 3/4 im klinischen Betrieb tätig, d. h., es gibt zwei Beschäftigte am Bett. Der größte private Krankenhausbetreiber hat überhaupt nur 1,94 Beschäftigte pro Bett. Der Durchschnitt liegt bei 1,3 Beschäftigte pro Bett. Das heißt, dass das Universitätsklinikum Marburg mehr Beschäftigte am Patienten als private Krankenhäuser überhaupt an Beschäftigten haben, die vermutlich zu einem gewissen Teil auch in der Verwaltung tätig sind. Deshalb frage ich nach. Ich nehme an, Ihre Äußerung bezog sich darauf, dass von 1.000 Beschäftigten möglicherweise einige mehr am Bett sind, da es aber so viel weniger sind, ist die absolute Zahl der Beschäftigten pro Patient – also

die Versorgungsdichte – in Wahrheit etwas geringer und nicht höher als in öffentlichen Krankenhäusern.

**Dr. von Harbou:** Meine Bemerkung bezog sich auf eine Analyse, die wir uns im Aufsichtsrat des Universitätsklinikums haben aufzeigen lassen und die für mich den Schluss zugelassen hat, dass es den Privaten wesentlich besser gelingt, den Verwaltungsanteil in den Kliniken abzubauen, wodurch sich automatisch der Anteil der Mitarbeiter, die am Patienten arbeiten, erhöht. Das hat sich nicht auf einzelne Kliniken und auch nicht auf Marburg bezogen, sondern das war eine Gesamtgegenüberstellung der Situation.

**Abg. Dr. Thomas Spies:** Es ist sicherlich richtig, dass private Betreiber weniger Beschäftigte pro Bett haben. Das liegt vermutlich daran, dass Leistungen in erheblichem Umfang „outgesourct“ werden und deshalb gar nicht mehr in Erscheinung treten. Das ist eine schwierige Rechnung.

Ich habe ein zweite Frage. In einer ganzen Reihe von Stellungnahmen haben wir von mehreren Anzuhörenden gehört, wir bräuchten in einem solchen Krankenhausbetrieb eine straffe Führung, damit das ordentlich zu machen ist; ich verkürze das einmal. Sie haben an der Stelle sehr deutlich darauf verwiesen, dass dies im Zusammenhang mit privatem Eigentum und nicht mit öffentlichem Eigentum gelinge.

Ich habe gelesen, dass Sie nicht nur dem Aufsichtsrat des Universitätsklinikums Gießen, sondern auch dem der Fraport AG angehören. Die Fraport AG ist ein Unternehmen, das im Wesentlichen dem Land Hessen gehört. Können Sie aus Ihren Erfahrungen sagen, dass der Flughafen besser funktionieren würde, wenn das Land Hessen seine Aktien verkaufen würde?

**Dr. von Harbou:** Die Aussage, die Fraport AG würde im Wesentlichen dem Land Hessen gehören, stimmt nicht. Sie wissen, es gibt eine erhebliche Anzahl weiterer sowohl Großeigentümer als auch weit gestreuter Aktionäre. Deshalb würde ich an dieser Stelle ohnehin nicht über den Aufsichtsrat der Fraport AG reden und außerdem den Vergleich nicht heranziehen wollen. Wir reden hier im Moment über die Universitätsklinik Gießen und Marburg, an denen das Land Hessen 100 % Anteile hält.

**Abg. Dr. Thomas Spies:** Ich habe noch eine Frage an Herrn Prof. Dr. Einhäupl. Sie haben in Ihrer Stellungnahme den vorgestellten Prozess relativ positiv als Chance aufgenommen. Ich habe der umfangreichen Empfehlung des Wissenschaftsrates über die Zukunft der Hochschulmedizin aus dem Jahr 2004 – also vor ungefähr einem Jahr – entnommen, dass ein zentraler Kritikpunkt die „geistige“ Trennung von Fachbereich und Klinik sei. Was die Lehre angeht, betrifft dies die Fragen des problemorientierten Lernens und der Vernetzung von Vorklinik und Klinik. Das ist nach Auffassung des Wissenschaftsrates eines der zentralen Probleme der Hochschulmedizin insgesamt. Sind Sie wirklich der Auffassung, dass der Verkauf des Krankenhauses an einen Dritten mit ganz eigenen Interessen und die parallele Existenz von zwei Fachbereichen geeignet ist, die enge Verknüpfung von Krankenhaus, Lehre und Forschung tatsächlich voranzubringen? Wäre nicht eher eine Struktur, die Forschung, Lehre und Krankenhaus enger

aneinander bindet, statt sie weiter auseinander zu ziehen, insbesondere im Bereich der Lehre, die das Stiefkind der Hochschulmedizin ist, geeignet, zu erfolgreichen Ergebnissen zu führen?

Meine zweite Frage: Sie haben vorhin gesagt, die Universitätsklinika seien als öffentliche Einrichtungen deutlich in ihrer Handlungsfähigkeit eingeengt. Ich teile diese Einschätzung. Die Überlegung, die zu dem Entwurf des Hessischen Universitätsklinikumsgesetz bzw. zu der Konstruktion einer Anstalt des öffentlichen Rechts geführt hat, war, diese Beweglichkeit zu erhöhen, was möglicherweise nicht so vollständig gelungen ist, wie es gedacht war.

Mir ist nicht ganz klar, ob Sie der Auffassung sind, eine freiere Rechtsform – also eine private Rechtsform wie eine AG, Stiftung oder sonst eine Form – könne dieses Dilemma aufheben, oder ob nicht nur die Veränderung der Handlungsform, sondern zusätzlich ein sonstiger Eigentümer erforderlich ist. Kann eine Universitätsklinik Mittelhessen AG auch dem Land als Aktionär gehören und genauso erfolgreich und frei in ihrer Handlungsfähigkeit sein wie ein Krankenhaus in privatem Eigentum? Diese Frage stelle ich auch Herrn Prof. Dr. Albrecht.

Ich habe eine dritte Frage. Der Wissenschaftsrat hat in seinen Empfehlungen darauf verwiesen, dass er in der Medizin zwei akademische Karrieren möchte – eine wissenschaftliche und eine klinische, ich verkürze das –, die in ihrem Stellenwert gleichwertig nebeneinander stehen, aber unterschiedliche Schwerpunkte haben sollen. Das muss sich mittelbar in der Honorierung auswirken. Ich stelle mir das ganz praktisch vor. Wenn wir den Chefarztvertrag, also die Privatliquidation, abschaffen – auch das sieht der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen vor – und stattdessen Chefarztverträge mit einer leistungsadäquaten Honorierung schließen, aus welchen Mitteln soll die leistungsadäquate Honorierung der wissenschaftlichen Hochschullehrer kommen, für die die Privatliquidationseinnahme des Krankenhauses im Fall einer Trennung und Privatisierung eines Teils ganz sicherlich nicht mehr zur Verfügung stehen?

**Prof. Dr. Einhäupl:** Zu Ihrer ersten Frage. Herr Abg. Dr. Spies, natürlich ist das nicht meine Wunschvorstellung. Am liebsten hätte ich in Gießen und Marburg zwei gut finanzierte, getrennt bleibende Universitätsklinika, die vernünftigerweise in der Forschung mehr zusammenarbeiten – man könnte Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass sie dies tun – und für die das Land Hessen die entsprechenden Ressourcen aufbringen würde, um die maroden Bauverhältnisse überhaupt zukunftsfähig zu machen. Wenn Sie mir sagen, dass es dafür eine Chance gibt, würde ich mich als leidenschaftlicher Beibehalter der jetzigen Regelung einsetzen.

Wenn das aber nicht so ist, müssen wir über Alternativszenarien nachdenken. Da ich zumindest der Presse entnehme – ich kenne nicht die Interna dieses Landes –, dass das nicht so ist, müssen wir sozusagen die zweitbeste Lösung finden. Das heißt: Es muss neues Geld kommen. Da das neue Geld vermutlich nicht vom Land kommen wird, sondern von außen kommen muss – so sehe ich das zumindest –, gibt es nur noch die dritte Alternative, einen Standort zu schießen und dadurch das Geld zu sparen. Das ist eine Alternative, über die man in der Tat nachdenken müsste. Aber dann gilt für den anderen Standort immer noch, dass das Geld ganz offensichtlich nicht ausreicht. Das ist übrigens ein Thema, das wir in allen Bundesländern haben. Ich sage Ihnen voraus,

die Diskussion, mit der Sie jetzt in Hessen vorangehen, werden wir in spätestens vier, fünf Jahren an vielen Standorten in nahezu allen Bundesländern führen. Das ist ein richtiges Problem. Dass das die Sache nicht besser macht, ist klar, aber wir müssen deshalb Regularien finden, wie wir den Schaden auf ein Minimum eingrenzen können.

Die zweite Frage nach dem Eigentümer ist damit eigentlich schon beantwortet. Wenn das Kapital woanders herkommt, ist das in Ordnung. Bei der Frage des Kapitals und des Eigentümers müssen wir davon ausgehen: Kein Privater wird dämlich genug sein, sich eine solche „Geschichte“ zu kaufen, wenn er nicht sieht, dass er damit irgendwann seinen Return of Investment wieder herausbekommt. Es kann durchaus sein, dass er es nicht aus der Einrichtung selbst herauszieht, weil er vielleicht die guten Leute aus der Einrichtung herausholt, um mit ihnen seine anderen Einrichtungen, die er in einem bundesweiten Netz betreibt, unter Umständen positiv zu beeinflussen. Es kann sein, dass der Imagegewinn, auf den bereits eingegangen wurde, ein so großer Faktor ist. Wir können das nicht abschätzen. Das alles sind Vermutungen. Es gibt noch keine guten Beispiele, an denen wir das messen können. Entscheidend ist deshalb, dass wir die Schnittstellen zwischen beidem – dem privaten und dem öffentlichen Teil – so gestalten, dass Forschung und Lehre nichts passieren kann oder zumindest nicht so viel passieren kann.

Die dritte Frage bezog sich auf die beiden Karrierewege. In der Tat haben wir zwei Karrierewege vorgeschlagen. Es ist doch jetzt schon Realität, dass es manche Kliniker gibt, die von vornherein den klinischen Biss haben, die sich zwar einmal entschieden haben, sich der Forschung zu nähern, es aber nicht wirklich umsetzen. Diese sollte man mehr in der Lehre einsetzen und sie vor allem mehr für die Krankenversorgung heranziehen.

Wir gehen davon aus, dass die Einheit von Forschung und Lehre zukünftig – das gilt nicht nur für die Medizin – nicht mehr in einer Person integriert sein kann, aber in einer Institution integriert sein muss. Ich lasse allerdings die Frage offen, wie weit das herunter geht. In einer Klinik muss das so sein. Eine Klinik, die nicht forscht, gehört a priori nicht an eine Universitätsklinik. Das Forschungsgeld, das sie bisher bekommt, muss man verwenden, um diejenigen zu subventionieren, die gute Forschung betreiben. Das sind Umverteilungsmechanismen. Grundsätzlich bin ich der Meinung, dass wir die Realität einfach nur formalisieren, indem wir sagen: Es darf welche geben, die forschen, und es darf welche geben, die nicht forschen.

Das Ganze zielt natürlich darauf ab, dass es in Deutschland eine Differenzierung der Hochschulstandorte geben wird. Hier habe ich durchaus Sorgen. Es wäre völlig falsch, demotivierend zu wirken, indem ich Ihnen voraussage, Gießen und Marburg werden nicht zu den Spitzeneinrichtungen gehören. Ich wiederhole: Wenn Sie Alternativen zu diesem Konzept haben, sollten wir sie diskutieren. Wenn aber kein Geld kommt – – Das Schlimmste wäre, wenn Sie es einfach langsam kaputtgehen lassen. Das sollten Sie sich als Land nicht leisten.

Vors. Abg. **Dr. Judith Pauly-Bender:** Herr Prof. Dr. Albrecht war noch angesprochen worden. Ich muss die Damen und Herren Gutachter darauf aufmerksam machen, dass Ihre hervorragenden Antworten den Fraktionen auf die Redezeiten angerechnet werden. Deshalb wende ich mich an die Obleute der anderen Fraktionen, ob Herr Prof. Dr.

Albrecht jetzt noch Stellung nehmen darf, wenn wir ihn bitten, sehr kurz und prägnant zu antworten?

**Prof. Dr. Albrecht:** Ganz kurz. Die Frage lautete, ob die Beweglichkeit des Klinikums, die notwendig ist, um dem finanziellen Druck begegnen zu können, von einer privatisierten Rechtsform abhängig ist. Dazu muss man ganz klar sagen: Nein. Wir haben bei uns in Sachsen – genauso wie in Leipzig – seit 1999 eine Anstalt öffentlichen Rechts, die eine ganz klare operative Freiheit der Klinika geschaffen hat: Hauptamtliche Vorstände, ein Aufsichtsrat nach Aktienrecht konstituiert, in dem die drei Minister in der Minderheit sind und auch keinen Vertreter entsenden dürfen. In dem Aufsichtsrat werden Beschlüsse auch gegen die Meinung der drei Minister gefasst. Es ist möglich, mit dem hauptamtlichen Vorstand und einer ganz klaren Verantwortungsübertragung auf diesen Vorstand aktiv zu agieren, um den Problemen des DRG-Systems sehr gut zu begegnen. Wir haben ein positives Jahresergebnis erzielt. Wir haben eine innere Umstrukturierung durchgeführt in eine Rechtsform der Anstalt des öffentlichen Rechts aufgrund der klaren Strukturen innerhalb der Rechtsform und nicht, weil es eine private Rechtsform ist.

Unser Problem ist, dass die Fakultät bei all dem außen vor ist. Die Fakultät ist als Bestandteil der Universität weiterhin beim Land angesiedelt. Weder hat sie die Vorzüge der Tariffreiheit mitnehmen können noch kann sie sich in ihren Managementstrukturen auf Augenhöhe mit dem Klinikum halten. Es ist unser klarer Wunsch, die Fakultät mit in diese Rechtsform aufzunehmen und diese – ob das eine Stiftung oder eine Aktiengesellschaft sein wird – mit dem entsprechenden Zugang zum Kapitalmarkt zu versehen.

**Abg. Sarah Sorge:** Ich habe zunächst einige Fragen an den Vertreter des BMBF. Wenn ich es richtig verstanden habe, beträgt die Förderung der Universitätsklinik durch HBMG-Mittel 347 Millionen €. Eine Privatisierung wird wahrscheinlich erst einmal zu einer Rückforderung dieses Geldes führen, und die neue privatisierte Klinik muss die Förderung neu beantragen. Nur dann, wenn der Antrag positiv beschieden wird, bekommt sie diese Gelder wieder zurück. Dieser positive Bescheid hängt davon ab, dass die Belange von Forschung und Lehre maßgeblich und genügend berücksichtigt sind. Daher habe ich an Sie die Frage: Was genau verstehen Sie darunter, dass die Belange von Forschung und Lehre maßgeblich und genügend berücksichtigt sind? Wie hat man sich das vorzustellen? Halten Sie den Weg für richtig, den die Landesregierung einschlägt, die genaue Ausgestaltung einer Privatisierung über eine Rechtsverordnungsermächtigung zu vollziehen? Das bedeutet, dass die Prüfung, ob die Belange von Forschung und Lehre maßgeblich und genügend berücksichtigt sind, erst erfolgen kann, wenn diese Rechtsverordnung erlassen ist. Es gibt überhaupt keine Möglichkeit, im Vorfeld z. B. durch eine Anhörung Einfluss darauf zu nehmen. Glauben Sie, dass es der richtige Weg ist, das so zu machen? Können Sie Kriterien dafür benennen, was genau berücksichtigt werden müsste?

**RDir Scheck:** Ich möchte mit der Beantwortung der letzten Frage beginnen, ob das Vorgehen über eine Rechtsverordnungsermächtigung der richtige Weg ist. Das ist eine Frage, die landesrechtlich entschieden werden muss. Man kann natürlich sehr wohl die Frage stellen, das will ich nicht verhehlen, ob man einen Weg der Privatisierung gehen



kann, ohne die wesentlichen Rahmenbedingungen dieser Privatisierung zu kennen. Insofern lässt sich die Frage der HBFG-Fähigkeit eines privatisierten Klinikums aus bundesrechtlicher Sicht überhaupt noch nicht beurteilen, wie ich in meinem kurzen Statement bereits ausgeführt habe. Das geht einfach nicht. Die Kriterien, die wir vom Ausgang her gesehen an ein solches Projekt anlegen würden, ergeben sich im Kern aus der 26. Verordnung zur Ergänzung der Anlage zum HBFG, wonach die Universität in allen Fragen von Forschung und Lehre die maßgebliche Entscheidung haben muss. Hier verbirgt sich die Frage, die Herr Prof. Dr. Einhäupl eingangs schon angesprochen hat, wie mit der Berufung umgegangen wird. Wer hat hier das Letztentscheidungsrecht?

Ich verweise auf das derzeitige Universitätsklinikumsgesetz, das zwei Regelungen enthält, die ganz anschaulich sind. Zum einen ist es die Regelung, dass der Vorstand in allen Fragen, die Forschung und Lehre betreffen, das Einvernehmen mit der Fakultät herstellen muss. Gibt es hier kein Einvernehmen, kann der Aufsichtsrat angerufen werden. Die zweite maßgebliche Regelung ist die, dass auch der Aufsichtsrat in Fragen von Forschung und Lehre Einvernehmen mit der Fakultät herstellen muss. Ist das nicht möglich, entscheidet das Hessische Wissenschaftsministerium.

Zu den Berufungen. Nach derzeit geltendem Recht kann diese Frage nur im Benehmen mit dem Klinikum entschieden werden. In akademischen Fragen von Forschung und Lehre hat die Fakultät bzw. die Universität das Letztentscheidungsrecht.

Abg. **Sarah Sorge**: Ich komme nun zu meinem zweiten Fragenkomplex. Wir haben bei der Forschung und Lehre einen so genannten No-go, also eine Bedingung, wohin sich eine private Universitätsklinik nicht entwickeln kann. Wir haben vorhin schon von einigen anderen No-gos gehört. Zusätzlich gibt es die Bedingung, dass ein privater Betreiber die in Rede stehenden Kosten von 200 Millionen € für die Aufhebung des Sanierungsstaus an der Universitätsklinik Gießen akzeptieren muss. Daher die Frage an diejenigen, die sich zur Beantwortung berufen fühlen: Können Sie sich vorstellen, dass ein privater Betreiber diese ganzen Bedingungen und die Übernahme aller Investitionskosten akzeptiert? Können Sie sich vorstellen, dass ein Privater das alles aus dem Universitätsklinikum herausholen kann, sodass dieses auch noch einen Gewinn macht?

Prof. **Dr. Dr. von Eiff**: Natürlich können Sie, das ist vertragsbedingt, auch als Privater die beiden Klinika übernehmen. Sie können sie auch mit Profit führen. Aber wie gesagt, das ist eine Frage der Vertragsgestaltung. Dazu gehört unter anderem auch die Definition und die Vereinbarung, wie viel Geld das Land z. B. zu Forschung und Lehre zuschießt. Wenn Sie das den Privaten überlassen – darüber haben wir oft genug und lang geredet –, werden Forschung und Lehre degenerieren. Das ist eine Hoheitsaufgabe, aus der sich das Land nach Möglichkeit nicht völlig herausziehen sollte. Das ist meine Empfehlung.

Darüber hinaus habe ich eine ganz andere Empfehlung. Die Diskussion zeigt, dass wir uns verstricken. Sie müssen die Diskussion in zwei Stufen führen. Auf der ersten Stufe ist die Frage zu stellen: Wollen wir die Standorte Gießen und Marburg unter einer einheitlichen Leitung zusammenführen? Dann kommt die zweite Frage, die völlig unabhängig davon ist und die wir jetzt im Grunde noch überhaupt nicht zu führen brauchen:

Will ich eine Privatisierung durchführen? Will ich privates Kapital zusätzlich hineinholen, oder will ich es allein stemmen?

Aber die erste grundsätzliche Frage lautet, ob die Zusammenlegung der beiden Standorte einen Sinn macht. Wenn Sie das geklärt haben, brauchen Sie ein Konzept, das einerseits die Forschungsschwerpunkte und andererseits die klinischen Angebote ausweist. Erst wenn Sie das haben, können Sie Verhandlungen mit den Privaten aufnehmen, weil Sie sonst gar nicht wissen, was Sie überhaupt verhandeln müssen.

**Prof. Dr. Albrecht:** Das ist ganz einfach zu rechnen. Wenn Investitionskosten in Höhe von 200 Millionen €, einschließlich eines Kaufpreises refinanziert werden müssen, geht das natürlich nicht unter den jetzigen Gesichtspunkten. Das heißt, es muss ein Unternehmen entstehen, das eine hohe Rendite abwirft, um das abzuwickeln. Das dauert ein paar Jahre. Letztlich ist die Aussage aller privaten Betreiber in dem Sinne gleich: Sie werden daraus einen „Kampfelefanten“ machen – das ist ein Originalzitat –, der natürlich mehr als die Universitätsmedizin an den zwei Standorten macht, nämlich einen regionalen Monopolisten schafft, der im Rahmen von Ketten – einiges wurde heute schon dazu gesagt – ein ganz anderes Geschäftsvolumen produziert. Die Rendite lässt sich daraus leichter erwirtschaften als nur aus dem Betrieb der beiden Universitätsklinik.

**Abg. Priska Hinz:** Ich habe eine Frage an die Herren Prof.en Einhäupl, Brähler, Albrecht und von Eiff zu dem eben ausgeführten Gesichtspunkt bezüglich der Sicherung von Lehre und Forschung und zu den Interessen, die ein privater Betreiber haben könnte: Wäre es nicht sinnvoller, zunächst eine gesetzliche Grundlage für die Fusion zu schaffen, die Fusion anschließend zu evaluieren, um festzustellen, ob die Schwerpunktbildung an den beiden Standorten des Universitätsklinikums tatsächlich so sinnvoll ist, und erst danach eine gesetzliche Grundlage für eine Privatisierung zu schaffen? Wie beurteilen Sie unter den gegebenen Voraussetzungen den uns vorliegenden Gesetzentwurf und den Zeitplan, nach dem gemäß diesem Gesetzentwurf und den Aussagen der Hessischen Landesregierung bis zum Ende des Jahres die fusionierte Klinik privatisiert, d. h. verkauft sein soll?

Eine weitere Frage habe ich an Herrn Dr. Michallik und an Frau Dr. Stüwe. Ich greife den Begriff „Kampfelefant“ auf. Wie schätzen Sie unter den gegebenen Voraussetzungen die Lage ein, dass die regionale Krankenhauskonferenz Gießen/Marburg bei der Planung der stationären Versorgung die Einrichtung eines solchen Universitätsklinikums und die Möglichkeit eines privaten Betreibers bislang überhaupt nicht eingeplant hat? Die Gegebenheiten, die auf die umliegenden Krankenhäuser zukommen werden, sind in der Rahmenplanung bislang überhaupt nicht diskutiert worden. Wie sehen Sie diesen Zusammenhang?

**Vors. Abg. Dr. Judith Pauly-Bender:** Frau Abg. Hinz, es tut mir Leid, Sie darauf hinweisen zu müssen, dass Sie sich jetzt wahrscheinlich eine Antwort aussuchen müssen. Sie haben fünf Sachverständige angesprochen, aber die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat nur noch fünf Minuten Zeit. Wie machen wir es? Zunächst Herr Prof. Dr. Einhäupl, bitte.

Prof. **Dr. Einhäupl**: Das ist ganz schnell und knapp zu beantworten. Die Interessen Privater sind klar. Erstens hat das einen großen Imagegewinn, zweitens ist es für die Privaten ein interessantes Experiment. Es geht immerhin um sehr angesehene Kliniken. Drittens ziehen sie daraus Personal für ihre anderen Klinikstandorte ab, das hatte ich anfangs bereits erwähnt, denn die Qualität des ärztlichen Personals ist für den Erfolg der Privaten von ganz eklatantem Interesse. Bedenken Sie bitte, dass in den üblichen Universitätskliniken die Weiterbildung stattfindet. Dort werden die jungen Nachwuchsmediziner ausgebildet werden, während die Privaten in der Regel keine Weiterbildung betreiben. Sie holen sich fertige ausgebildete Leute, die wesentlich schneller und effektiver arbeiten können.

Die zweite von Ihnen gestellte Frage betraf die Schrittfolge: Fusion, Evaluation und so weiter. Ich habe mich am deutlichsten von allen Rednern – wie ich glaube – dahin geäußert, diesen Prozess eher schnell zu gestalten. Ich will Ihnen sagen warum. Bereits jetzt gibt es an beiden Standorten eine extreme Unruhe. Es ist sehr schwierig, konstruktive Dinge auf den Weg zu bringen. Wer, glauben Sie, würde sich momentan nach Gießen berufen lassen, wenn er auch nur irgendeine andere Chance hätte? Mein Petitum ist, diesen Prozess so schnell wie möglich zu einem Ende zu bringen, um dann konstruktiv mit dem Aufbau zu beginnen. Das muss ohnehin ein iterativer Prozess zwischen den privaten und den staatlichen Einrichtungen sein. Bei diesem iterativen Prozess wird man in die Verhandlungen eintreten und dann sehen, was die Privaten bereit zu leisten sind. Ich sage Ihnen, momentan sind sie leidensfähig, weil sie genau die Dinge wollen und jetzt die Chance des erstens Nutzens sehen. Diese Leidensfähigkeit wird aber nur kurze Zeit andauern. In fünf bis zehn Jahren wird es auch andere geben, die das machen. Dann ist dieser Vorteil bereits wieder vertan.

Prof. **Dr. Brähler**: Ich spreche sicherlich auch im Sinne von Herrn Prof. Dr. Albrecht bezogen auf das, was er vorhin gesagt hat. Ein Modell, das dem sächsischen Modell entspricht, wäre sehr nützlich, aber mit der Erweiterung, dass die Fesseln von der Fakultät genommen werden. Die Fakultäten sind weiterhin vom universitären und ministeriellen Kreislauf bürokratisch gefesselt. Wir erleben die großen Vorteile einer Landes-GmbH, die wir haben, in ihren Möglichkeiten zu agieren. Ein solches Modell schwebt mir eher vor, wobei die Nachteile, die ein uneindeutiges Hochschulgesetz an einem Ort schafft, an einem anderen Ort nicht schafft, dahin zu modifizieren sind, dass Fakultät und Klinikum in einer Hand sind und eine eindeutige Struktur haben: ein hauptamtlicher Dekan, ein Ärztlicher Direktor und ein gemeinsamer Verwaltungsdirektor. Das wäre eine Idealvorstellung, die mir nach unseren Erfahrungen in Leipzig vorschwebt.

Prof. **Dr. Dr. von Eiff**: Die erste Frage richtete sich nach der gesetzlichen Grundlage. Die gesetzliche Grundlage sollte aus meiner Sicht möglichst breit sein. So, wie sie jetzt vorliegt, sollte man sie verabschieden und durchziehen, weil das die Voraussetzung dafür ist, alle Optionen nachher auch realisieren zu können.

Zur Frage nach dem Zeitplan: Der Zeitplan ist ausgesprochen sportlich. Das muss man feststellen. Ich weiß nicht, ob der Zeitdruck realisierbar ist. Ich empfehle daher, die Verkaufsentscheidung erst dann zu treffen, wenn die erste Verhandlungsrunde mit zwei

oder drei Ketten geführt wurde, um zu sehen, was sie in der Lage und bereit zu bieten sind.

Abg. **Nicola Beer**: Ich möchte zunächst drei Themenkomplexe ansprechen, die zum Teil bereits angerissen worden sind. Ich möchte sie gern vertiefen. Mich interessiert die Frage der Sicherstellung von Forschung und Lehre. Ich möchte von Herrn Prof. Dr. Einhäupl wissen, weil mich die Stellungnahme des BMBF nicht richtig befriedigt hat: Was sind aus Ihrer Sicht die absoluten Mindestvoraussetzungen für Standards, die in der Forschung und Lehre festgesetzt werden müssten, um eine HBFG-Förderfähigkeit zu erreichen und den Medizinern eine anerkannte Ausbildung in dem neuen, dann privatisierten Universitätsklinikum zu ermöglichen? Denn das Land wird daran interessiert sein, die HBFG-Mittel nicht zurückzahlen zu müssen.

Der zweite Themenkomplex richtet sich zum einen an Herrn Prof. Dr. Einhäupl. Sie haben darauf abgestellt, dass es sehr wichtig sei, Forschung und Lehre und die Krankenversorgung näher zusammenzubringen. Wie soll das Ihrer Ansicht nach bei einem Universitätsklinikum und zwei Fachbereichen funktionieren? Auch wenn beide Fachbereiche ihre Zuschüsse wie bisher vom Land bekämen und in Beziehung zu dem einen Universitätsklinikum träten, wäre das wirklich der zukunftsweisende Weg? Wie schätzen Sie das ein?

Zum anderen gab es drei sehr starke Meinungsäußerungen dafür, die beiden Fachbereiche zu einem Fachbereich zusammenzulegen bzw. gegebenenfalls sogar weiter zu gehen – wie den schriftlichen Stellungnahmen zu entnehmen ist – bis hin zur Medizinischen Hochschule. Ich lasse offen, in welcher Trägerschaft sie sein sollte. Daher die Frage an Herrn Dr. Michallik und an die Herren Prof. Dr. Albrecht und Dr. von Eiff: Wie sollte die Zusammenlegung der Fachbereiche, für die Sie sich ausgesprochen haben, und bis zu welchem Stadium sollte sie Ihrer Meinung nach organisiert werden? Es ist nicht ganz einfach, zwei eingefahrene Fachbereiche mit Tradition in dieser nach Ihren Stellungnahmen besseren Ausgangslage zusammenzubringen. Was raten Sie uns, wie wir hier vorgehen sollten?

Der dritte Themenkomplex knüpft an die Zeitschiene an. Ich verstehe den Einwand, man könne nicht mehr fünf bis zehn Jahre warten. Das ist aber doch ein relativ großer Unterschied zu der Zeitspanne von sechs Monaten, die von der Landesregierung bzw. von der Mehrheitsfraktion hier im Haus eingeplant ist. Ich sehe einen Spielraum zwischen sechs Monaten und fünf bis zehn Jahren. Herr Prof. Dr. Albrecht hat ausgeführt, dass Erfahrungen in Dresden vorhanden seien. Sie, Herr Prof. Dr. Albrecht, haben gesagt, die Frage der Privatisierung könne man nach zwei bis drei Jahren beantworten, wenn man gesehen hat, wie die Fusion gelaufen ist und wie sich diese neue einheitliche Struktur ausgewirkt hat.

Vor dem Hintergrund der notwendigen Abläufe, die Sie in Dresden bereits durchgeführt haben, insbesondere im Hinblick auf den Ausstieg aus der VBL, den Sie uns anraten und der uns auch von anderen angeraten wird, möchte ich wissen, ob das realistisch in sechs Monaten machbar ist. Wie lange haben Sie in Dresden dafür gebraucht? Welche Verhandlungen sind zu führen? Sind die Verhandlungen nicht vor einer Privatisierung zu führen? Ich sehe das Problem, dass wir hier jetzt schon Weichen stellen, wie zum Beispiel beim Thema Personalüberleitung in das fusionierte Klinikum,

was uns möglicherweise viel Geld kostet. Wäre es nicht sinnvoller, diese Fragen zunächst zu klären, bevor man im Hinblick auf das Personal Weichen stellt, die man später möglicherweise nicht mehr rückgängig machen kann?

**Prof. Dr. Einhäupl:** Frau Abg. Beer, zu Ihrer ersten Frage nach der Sicherstellung von Forschung und Lehre vor allem unter dem Gesichtspunkt der HBFG-Fähigkeit, die der Wissenschaftsrat mit großer Wahrscheinlichkeit zu beantworten haben wird, muss man sagen: Es wird sicherlich die Frage gestellt werden müssen, inwieweit die Trennungsrechnung implementiert ist – das ist eine Forderung des Wissenschaftsrates. Es wird die Frage beantwortet werden müssen, inwieweit die Fakultäten leistungsorientierte Mittelvergabe mit den Ressourcen, die sie noch haben, betreiben. Es wird die Frage der Berufungen zu beantworten sein.

Hierzu möchte ich eine kurze Bemerkung machen. Natürlich würde ich mir wünschen, dass die Berufung ausschließlich Sache der Fakultät ist. In diese Richtung haben sich auch die Fakultäten geäußert. Ich zweifle allerdings daran, dass Sie einen privaten Investor finden werden, der bereit ist, all sein Geld hineinzustecken, wenn er gleichzeitig die wichtigste Aufgabe, nämlich die richtigen Leute zu berufen, aus der Hand gibt. Ich kann mir momentan nicht einmal vorstellen, aber ich spekuliere jetzt, dass er mit einer Benehmensregelung zufrieden wäre. Er wird seinen Finger darauf haben wollen.

Der dritte Punkt ist folgender: Wir haben in Berlin ein Beispiel von Kooperationen mit anderen Trägern. Wir haben in der Tat das letzte Entscheidungsrecht. Ich bin in mehreren solcher Berufungskommissionen gewesen. Es geht dort hin und her. Der Träger signalisiert, mit dem oder dem Kandidaten sind wir garantiert nicht einverstanden. Das können Sie am Ende zwar krampfhaft durchsetzen, aber das engt Sie natürlich in Ihrer Entscheidungsfreiheit wie auch in Ihrer mentalen Einstellung dem Verfahren gegenüber ein. Das wird die Fakultät Qualität kosten. Ich kann das Ganze nur unter dem Aspekt diskutieren: Man muss Alternativen nennen, wenn man das nicht will. Wenn man keinen privaten Investor haben will, muss man sich Alternativen überlegen. Das ist für mich der entscheidende Punkt.

Wichtig ist für mich die Personalzuordnung. Ich glaube nicht, dass der Wissenschaftsrat zustimmen würde, dass das ärztliche Personal überwiegend beim privaten Träger wäre, sondern wir würden darauf bestehen, dass das bei der Universität ist. Nebenbei gesagt: Bereits seit 2001 ist das nicht wissenschaftliche Personal in den theoretischen und in den klinisch-theoretischen Instituten beim Klinikum angesiedelt. Darüber sollten Sie noch einmal heftig nachdenken, denn die Fakultät wird aus diesem Sektor gar kein Personal mehr haben. Auch das ist für die Wissenschaft ein großes Problem.

Der ganz entscheidende Punkt ist die Außenvertretung. Die Privaten haben häufig die Attitüde, die Außenvertretung durch den Verwaltungsdirektor sicherzustellen. Wir haben das im Saarland und in anderen Bereichen durchgesetzt. Wir sind in Mannheim auf dem Weg dazu. Wir bestehen darauf, dass die Außenvertretung eines Universitätsklinikums durch einen Akademiker erfolgt, d. h. durch jemanden, der Präsident einer Universität oder einer entsprechenden Einrichtung sein könnte.

Zum Thema Medizinische Hochschule. Ich rate Ihnen dringend davon ab. Der Wissenschaftsrat hat bereits in einer anderen Empfehlung seinem eigenen Ausschuss nicht

Folge geleistet, der – es war eine Medizinische Hochschule in Berlin – dies vorgeschlagen hatte. Der Wissenschaftsrat, d. h. die Vollversammlung, ist diesem Vorschlag nicht gefolgt. Das hat auch gute Gründe. Wenn Sie anfangen, die Medizin aus der Universität herauszulösen, schwächen Sie beide Einrichtungen. Deshalb ist die Hochschule keine wirkliche Lösung.

Ein weiterer Punkt betraf die Frage nach einem Klinikum und zwei Fakultäten. Wenn Sie die Klinika fusionieren, müssen Sie nach meiner Meinung auch die Fakultäten fusionieren, sonst haben Sie einen riesigen Block Klinikum – das ist ein großer finanzieller Block –, dem die kleine Fakultät mit ihrem Landeszuschuss gegenübersteht. Das schwächt die beiden Fakultäten, die im Endeffekt immer contra sein werden, die aber einem monotonen Klinikblock gegenüberstehen werden, der immer den Ton angeben wird. Deshalb: Fusion auch der Fakultäten.

Zur Frage nach der Zeitschiene. Ich kenne nicht Ihren Sachstand. Ich entnehme das nur der Presse und den wenigen Unterlagen, die mir zur Verfügung stehen. Natürlich sollten Sie es mit Bedacht machen. Wenn Sie aber mit der Zeitschiene einer langfristigen Perspektive, doch einen privaten Investor hereinzuholen, erst einmal nur eine Fusion von Klinikum und Fakultät durchführen, weiß ich nicht, wie diese Einrichtungen zur Ruhe kommen sollen. Ich weiß nicht, wie sich Leute dorthin berufen lassen sollen, die wissen, dass die Einrichtung in drei bis vier Jahren möglicherweise privatisiert ist im Sinne einer materiellen Privatisierung. Ich weiß nicht, ob sich finanziell viel ändern würde. Ihr Problem ist doch – und darum sitzen wir alle heute hier –, dass das Land Hessen – wie viele andere Länder auch – nicht in der Lage ist, die nötigen Investitionen zu tätigen. Wenn Sie eine andere Lösung haben, haben wir sofort eine völlig neue Diskussion. Wenn Sie aber keine andere Lösung haben, ist die Alternative nur, die beiden Klinika oder vor allem Gießen weiter an den Rand ihrer materiellen Existenz zu schicken und sie damit langsam kaputtzumachen oder aber einen anderen Weg zu finden.

**Dr. Michallik:** Das passt jetzt sehr gut, weil ich genau die Diskussion neu eröffnen möchte, die Herr Prof. Dr. Einhäupl gerade für beendet erklärt hat, nämlich die Diskussion über die Medizinische Hochschule. Ich wünsche der neuen Einrichtung, dass die beiden Fachbereiche möglichst unabhängig von den Universitäten Marburg und Gießen zu einem Fachbereich zusammengelegt werden. Ich wünsche mir noch einmal die Diskussion mit dem Wissenschaftsrat über eine Medizinische Hochschule, weil wir an den Standorten Gießen und Marburg letztlich drei Universitäten haben, um das einmal so klar auszudrücken. Die Diskussion mit dem Wissenschaftsrat ist für die Ausgestaltung im Detail nötig, damit genau dieser Fachbereich nicht irgendein schwaches Anhängsel neben einem großen professionellen Klinikbetrieb ist, sondern die Wissenschaft ein maßgebliches Wort mitzusprechen hat.

(Abg. Nicola Beer: Ich möchte gern wissen, ob mir einer der Anzuhörenden sagen kann, welche Fachbereiche zusammengelegt werden sollen!)

– Genau diese Frage lässt sich nur mit einer Medizinischen Hochschule lösen. Es macht keinen Sinn, einen Fachbereich der Universität Gießen oder der Universität Marburg zuzuweisen, sondern es muss eine Medizinische Hochschule Mittelhessen geben.

**Prof. Dr. Dr. von Eiff:** Die Zusammenlegung beider Fachbereiche ist für mich aus dem einfachen Grund zwingend, weil jede Berufung eines Hochschullehrers in der Medizin automatisch Auswirkungen auf die strategische Ausrichtung der klinischen Versorgung hat. Das ist nun einmal so. Wenn Sie in der klinischen Versorgung eine Zusammenlegung wollen, muss es auch auf diesem Gebiet erfolgen, sonst haben Sie immer Strategiediskussionen ohne Ende. Dann wird der Internist zweimal als Kardiologe berufen oder einmal als Kardiologe und dann als Gastroenterologe. Das gibt nur ein Durcheinander. Deshalb kann es nur eine einzige Fakultät sein.

Das bereitet kein Problem in der Lehre. Dort arbeitet man mit dem so genannten Studiendekan-Modell, wie z. B. in Münster. Das funktioniert. Das ist überhaupt keine Frage. Dann gibt es eben für beide Standorte einen Studiendekan, der jeweils die Lehre vor Ort organisiert. Der wichtige Punkt ist: Es muss nicht unbedingt die Lösung über eine Medizinische Hochschule sein. Sie kann es irgendwann sein, sie muss es aber nicht sein. Das ist eine Diskussion, die wir im Moment gar nicht zu führen brauchen. Das ist aus meiner Sicht viel zu früh. Aber die Zusammenlegung ist aus den genannten Gründen notwendig.

**Abg. Florian Rentsch:** Ich nehme die Frage meiner Kollegin Beer nach der Ausgliederung der VBL auf. Frau Dr. Stüwe, ich habe eine konkrete Frage an Sie in Ihrer Funktion als Vorsitzende der Landesärztekammer. Die Aus- und Weiterbildung ist für die Landespolitik schon ein wichtiger Punkt. Ich möchte von Ihnen wissen: Welche Bedeutung sehen Sie zurzeit für die beiden Universitätsklinika Gießen und Marburg für den Bereich Aus- und Weiterbildung? Was nach einer Privatisierung entstehen würde, wissen wir. Wie sehen Sie die Zukunft? Wie könnte das aufgefangen werden?

Die zweite Frage betrifft die Einzugsbereiche beider Klinika. Wir wissen, dass die Universitätsklinika Gießen und Marburg sehr unterschiedliche Einzugsbereiche haben. Welche Rückschlüsse lässt das zu: Wenn wir eine medizinische Versorgung gemeinsam organisieren, was muss doppelt vorgehalten werden, was nicht? Wir haben in der Grundversorgung ein unterschiedliches Angebot vorzuhalten. Wie sehen Sie diesen Bereich?

Ich greife die Frage von Frau Abg. Hinz nach der regionalen Krankenhausversorgung auf, die nicht ganz beantwortet worden ist. Wir wissen, dass in der regionalen Krankenhausplanung eine Zusammenlegung zurzeit nicht berücksichtigt wurde. Wie sehen Sie die Zukunft des Gebietes Gießen/Marburg in diesem Bereich, wenn es zu einer Zusammenlegung kommt? Welche Auswirkungen könnte das auf die umliegenden Krankenhäuser haben? In die Beantwortung der Frage nach der Aus- und Weiterbildung möchte ich gern Herrn Prof. Dr. Einhäupl einbinden, wenn das möglich ist. Zunächst aber Frau Dr. Stüwe.

**Vors. Abg. Dr. Judith Pauly-Bender:** Ich weise Sie aus Demokratiegründen darauf hin, dass Sie noch eine Minute Zeit haben zu antworten und dass die Antworten auf alle anderen Fragen bilateral geklärt werden müssen. – Ein Antrag zur Geschäftsordnung von Frau Abg. Hinz.

Abg. **Priska Hinz:** Ist gesichert, dass es noch eine Fragerunde geben wird? Dann könnte Frau Dr. Stüwe das insgesamt beantworten, weil ich es nicht besonders sinnvoll finde, dass sie eine Minute antwortet, um in der zweiten Fragerunde dieselbe Frage noch einmal ausführlicher zu beantworten. Ich denke, dass sich die Fraktionen darüber einigen können.

Vors. Abg. **Dr. Judith Pauly-Bender:** Das wäre natürlich sinnvoll. Ich möchte jedoch die anwesenden Herren und Damen Gutachter darauf aufmerksam machen, dass wir das Verfahren so vorbereitet hatten, um diese Situation zu vermeiden. Jetzt ist zwischen den Fraktionen erneut die Viertelstunde für jede Fraktion vereinbart worden. Ich habe die Schwierigkeit, dass ich es jetzt nicht auffädeln kann, Frau Abg. Hinz. Daher müssen wir es erst so abwickeln, danach werden die Fraktionen gefragt werden, wie mit den offen gebliebenen Fragen und den noch verbleibenden Antworten umgegangen werden soll.

**Dr. Stüwe:** Als Ärztin bin ich es gewohnt, unter budgetierten Bedingungen zu arbeiten, so auch hier. Die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten ist in dem DRG-System finanziell überhaupt nicht vorgesehen. Das ist ein Verlust, der alle Kliniken und nicht nur die Universitätsklinika Gießen und Marburg trifft. Beide Universitätsklinika bilden natürlich sehr viele Ärztinnen und Ärzte zu Fachärzten weiter. Das wird unter den Privatisierungsabsichten, die hier bestehen, sicherlich mehr in den Hintergrund gedrängt werden. Private Kliniken nehmen eher fix und fertige Fachärzte, um diese Kosten nicht zu haben.

In die regionale Krankenhausplanung ist die Landesärztekammer nicht einbezogen. In den Stellungnahmen gibt es ein ganz großes Kapitel darüber, wie das kartellrechtlich aussieht. Es besteht offenbar ein großes Problem, insbesondere wenn Krankenhäuser vor Ort durch ein solches Großklinikum vielleicht Verluste erleiden und sie diesem Großklinikum dann nur noch ihr eigenes marodes Haus zur Verfügung stellen können. Die Versorgung wird sich wahrscheinlich in naher Zukunft – so sehe ich das, man möge mich korrigieren – auf drei oder vier große Klinikkonzerne zurückziehen, über die unsere Krankenhausversorgung stattfinden wird.

Ich halte das insbesondere deswegen nicht für wünschenswert, weil es uns mehr zurückwerfen würde, wenn wir keine freie und unabhängige Forschung mehr hätten, sondern eine gewinnorientierte Forschung, wie hier vielfach schon diskutiert wurde. Wir brauchen das in Deutschland, um hier wieder an die Spitze zu kommen. Feierabendforschung und Nachtforschung können es nicht sein. Damit gewinnen wir nicht.

Zu den Einzugsbereichen. Marburg versorgt einen großen Teil, vom Vogelsbergkreis nach Norden, und erfüllt zu einem ganz großen Teil Aufgaben der Grundversorgung und der Regelversorgung eines städtischen Krankenhauses. Wenn man die Universitätsklinika zusammenfasst, muss man sich überlegen, ob man diese Versorgung unter den etwas teureren Bedingungen eines Universitätsklinikums noch aufrechterhalten will oder ob sich in Marburg ein zusätzliches Krankenhaus für die Grund- und Regelversorgung entwickeln wird. Das allerdings ist unter den derzeitigen Bedingungen sicherlich nicht zu erwarten, denn überall werden Betten abgebaut. Das muss dann in diesem Zuge weiterhin stattfinden. Das heißt: Für viele Patientinnen und Patienten wird sich die



Anreise zu einem Fachbereich bis nach Gießen, der dann vielleicht nur noch dort vorgehalten wird, um ganz erhebliche Strecken verlängern.

Vors. Abg. **Dr. Judith Pauly-Bender:** Ich frage, ob tatsächlich noch eine weitere Frageunde gewünscht ist. Alle nicken. Dann schlage ich vor, dass jeder fünf Minuten Fragezeit erhält. Ist das in Ordnung?

(Unruhe)

Ich bin deshalb irritiert, weil wir ursprünglich nicht vereinbart hatten, nach Untersuchungsausschussprinzip vorzugehen. Es war einvernehmlich vereinbart worden, dass die Fraktionen in der Reihenfolge ihrer Stärke fragen und die Ausschussvorsitzenden den Exzess im Auge haben. Nun ist in der heutigen Sitzung ein anderes Verfahren vereinbart worden. Deshalb frage ich, was jetzt gewünscht ist.

Abg. **Eva Kühne-Hörmann:** Sie haben eben darauf hingewiesen, dass die erste Frageunde eine Viertelstunde betrug, bei Bedarf solle es – wie wir damals gesagt haben – eine zweite Fragerunde geben. Wir haben nicht gesagt, dass die zweite Fragerunde auch jeweils eine Viertelstunde betragen müsse. Deswegen ist der Vorschlag einer Fragezeit von fünf Minuten vollkommen in Ordnung. Wir hatten damals nichts festgelegt. Daher ist es Sache der Vorsitzenden, das vorzuschlagen.

Vors. Abg. **Dr. Judith Pauly-Bender:** Frau Abg. Kühne-Hörmann hat zu Protokoll gegeben, dass sie mit fünf Minuten Redezeit einverstanden ist. Die SPD-Fraktion hat das ebenso erklärt. Frau Abg. Hinz, Sie sind für eine Viertelstunde.

Abg. **Sarah Sorge:** Wir haben das in der Vorbesprechung anders vereinbart und gesagt, es könne zwei Frageblöcke geben und wir gehen nach dem Verfahren im Untersuchungsausschuss vor. Das heißt: Wenn es weitere offene Fragen gibt, gibt es eine erneute Fragerunde. Anders ist dieses komplexe Thema meiner Meinung nach nicht zu handhaben.

Vors. Abg. **Dr. Judith Pauly-Bender:** Genau dieses Verfahren haben wir nicht vereinbart. Das ist ganz sicher. Aber es könnte heute vereinbart werden. Sie sind bislang die einzige Fraktion, die das so wünscht.

Jetzt sind wir an dem Punkt angelangt, an dem wir im Gespräch mit den Obleuten waren. Ich wende mich an die Herren und Damen Gutachter. Wir haben für heute 16 Damen und Herren Gutachter eingeladen. Wir hatten die Zeit so berechnet, dass wir in einer Frageunde die ersten Damen und Herren Gutachter befragen können und in einer zweiten Frageunde, die wir noch gar nicht angefangen haben, die nächsten Herren und Damen Gutachter. Das zeigt, dass wir das so vereinbart hatten, anderenfalls hätten wir anders eingeladen.

Ich frage noch einmal, ob alle oder ob die Mehrheit einverstanden ist, wenn wir jeder Fraktion Gelegenheit geben, noch fünf Minuten nachzufragen? – Gut, dann fangen wir jetzt mit der jeweils fünfminütigen Nachfragerunde an.

**Abg. Eva Kühne-Hörmann:** Herr Prof. Dr. Brähler, Sie sind auf die nicht mehr ganz so neue Studie aus Kanada in Bezug auf Mortalität und Morbidität eingegangen. Stimmen Sie mir zu, dass eine isolierte Betrachtung der Mortalitätsrate stark davon abhängt, ob ein Krankenhaus eine große Anzahl morbider Patienten hat, und dass die vorhandene Infrastruktur bzw. das Vorhandensein einer Palliativstation ebenso eine große Rolle spielt wie die Frage, ob Patienten in Hospize verlegt werden?

Die zweite Frage an Sie lautet: Haben Sie für Hessen Erfahrungswerte hinsichtlich der Qualitätsunterschiede zwischen privatisierten und kommunalen oder frei gemeinnützigen Krankenhäusern?

Der zweite Fragenkomplex geht an Frau Dr. Stüwe. Sie rechnen damit, dass es durch die Zusammenlegung der beiden Universitätsklinika zu einem Bettenabbau kommen wird. Unabhängig von der Zusammenlegung frage ich Sie: Wie hoch ist Ihrer Einschätzung nach der Bettenabbau in Hessen durch die Einführung von DRGs und die Umsetzung des GMG, gerade auch im Hinblick auf ambulantes Operieren? Wie beurteilen Sie die Auswirkungen auf die Arbeitsplätze allein nur dadurch? An Sie auch noch die Frage nach der Mortalität. So weit mir bekannt ist, gibt es bisher nur einen privaten Krankenhausbetreiber, der die Mortalitätsrate veröffentlicht. Stimmen Sie mir zu, dass es der Qualitätsverbesserung diene, wenn alle Häuser, auch die kommunalen Häuser, die Mortalitätsrate veröffentlichen würden?

**Prof. Dr. Brähler:** Sie haben nach der Studie aus Kanada gefragt. Ich habe gerade von meinem Nachbarn Herrn Scriba gehört, dass es wie bei allen Studien – das ist die einzige große Studie – Einwendungen wegen des Einzugsgebietes der Krankenhäuser gibt. Damit möchte ich sagen, dass man die Frage der Mortalität und der Morbidität und vor allem die Patientenzufriedenheit beobachten muss. Für Hessen gibt es natürlich keine Untersuchungen. Es gibt bundesweit praktisch keine Untersuchung. Es wäre ganz wichtig, solche Untersuchungen vorzunehmen, bevor man irgendwelche weitgreifende Maßnahmen einleitet.

Vorhin habe ich gesagt, dass der Abbau der Betten in Skandinavien zu keiner Erhöhung der Mortalität geführt habe. Der Abbau von Betten muss nicht unbedingt etwas Schlechtes sein. Das kann man eindeutig sagen. Dennoch kommt es darauf an, wie ein Krankenhaus geführt wird, wie die Zufriedenheit der Patienten ist. Hierzu haben wir Forschungsbedarf. Dieser liegt nicht vor.

**Dr. Stüwe:** Der Bettenabbau ist politisch gewünscht. Das will man so haben. Wie hoch das im Endeffekt sein wird, weiß man nicht. Das kann man machen. Allerdings braucht man – weil die Leute nicht schneller gesund werden, nur weil sie früher aus dem Krankenhaus entlassen werden – vor Ort die Strukturen, in denen sie weiter versorgt werden können. Leider Gottes hat kein einziges Land mit erheblichem Bettenabbau gezeigt, dass auch seine Gesundheitskosten gesunken sind, sondern sie sind auf gleich hohem

Niveau geblieben. Es hat nur eine Verlagerung von dem stationären in den ambulanten Bereich stattgefunden.

Die Zeiten, welche die Patienten in den Klinika verbringen, sind die Zeiten, in denen an ihnen das Meiste und Aufwendigste passiert. Sie verbringen nur die ganz teuren Tage in der Klinik. Bei einem weiteren Bettenabbau gerade in Großklinika mit großen Versorgungsmöglichkeiten würde das bedeuten, dass keine Vorhalteleistung vorhanden sein wird, um im Fall einer Katastrophe viele Verletzte schnell versorgen zu können, weil die Bettenkapazität nicht mehr vorhanden ist. Die Patienten, die in den Betten liegen, sind so krank, dass man sie nicht schnell entlassen kann. Das ist ein Problem, auf das die Ärztekammer schon mehrfach hingewiesen hat. Ob damit unbedingt ein Arbeitsplatzabbau verbunden sein muss, ist nicht ganz sicher. Gerade in den Zeiten, in denen so viel an den Patienten gemacht wird, braucht man viel Personal, um dies alles umzusetzen. Operationen finden statt. Wenn die Patienten später gepflegt werden, braucht man weniger Personal, aber dann sind die Patienten schon wieder weg.

Zur Mortalität und zur Qualitätsverbesserung kenne ich bislang keine Untersuchungen. Das ist sicherlich notwendig. Inwieweit uns die Qualitätsberichte, welche die Krankenhäuser im Internet veröffentlichen müssen, dazu nähere Auskunft geben und inwieweit diese Berichte wirklich das widerspiegeln, was in den Krankenhäusern passiert, müssen wir abwarten. Das wird uns die Zukunft zeigen. Ich denke, dass das interessante Dinge sein werden.

Die Qualität in der Medizin ist ungeheuer schwierig zu messen, zum einen in subjektiver Hinsicht, zum anderen in objektiver Hinsicht. Das Thema gehört heute aber nicht hierher. Hierzu gibt es sicherlich noch Forschungsbedarf.

**Abg. Dr. Thomas Spies:** Frau Dr. Stüwe, darf ich an dieser Stelle noch einmal nachhaken? Da es – Herr Prof. Dr. Brähler hat darauf verwiesen – einen wissenschaftlichen Stand gibt, der von einem erhöhten Mortalitätsrisiko durch Gewinnorientierung ausgeht und es keinerlei Hinweise gibt, die das widerlegen, frage ich Sie als Vertreterin der Landesärztekammer, die in dem Bereich der Medizin eine der kompetentesten Institutionen ist: Kann man davon ausgehen, dass man jedenfalls im Bereich der Medizin typischerweise ein gefahrverdächtiges Verfahren unterlässt, bis man die Gefahr ausgeschlossen hat? Heißt das bezogen auf diesen Fall, dass man die Gewinnorientierung unterlässt, bis man sicher ist, dass mögliche theoretische Einwände gegen eine nun einmal vorhandene Studie so stichhaltig sind, dass sie widerlegt sind?

**Dr. Stüwe:** Das ist mit Sicherheit eine ganz interessante und spannende Frage. Diese Studie ist ein wenig umstritten, nicht zuletzt deswegen, weil das Klientel nicht wirklich einheitlich ist.

Die Gefahr besteht logischerweise, dass Patienten gar nicht mehr aufgenommen werden, weil der MDK und die Krankenkassen nachher sagen: Die Kosten dafür übernehmen wir nicht, Ihr hättet ihn gar nicht erst aufnehmen müssen, können, sollen. Er wäre gar nicht mehr krankenhausbehandlungsbedürftig gewesen. – Das erleben wir momentan zunehmend in allen Krankenhäusern. Die Krankenkassen verweigern die Kostenübernahme. Darum sehe ich auch die Verknüpfung zwischen Forschung und der statio-

nären Behandlung sehr kritisch. Sobald ein Patient zu Studienzwecken im Krankenhaus liegt, zahlt die Krankenkasse nicht mehr. Das bringt die Krankenhäuser zunehmend in finanzielle Bedrängnis.

Ich halte diese Messungen für unabdingbar wichtig. Ich wünsche mir, dass wir in Deutschland so etwas bekommen. Aber dann brauchen wir vorher erst einmal eine Skala darüber, was Mortalität und was Morbidität unserer Bevölkerung ist. Das ist ganz schwer zu messen, aber mit der zunehmenden Alterung unserer Bevölkerung wird auch die Morbidität zunehmen. Je älter wir werden, desto mehr Krankheiten kriegen wir nun einmal. Das ist so. Das ist für die Zukunft sicherlich wichtig.

Die Studie ist keineswegs von der Hand zu weisen. Man erlebt schon jetzt, dass aus privat geführten Krankenhäusern alles, was kostenträchtig ist, unter Begründungen, die mehr oder weniger einsichtig sind, in Krankenhäuser verlegt wird, die einen öffentlichen Versorgungsauftrag haben. Die Kosten werden letztlich weiter geschoben. Wir erleben es hier zumindest schon.

**Abg. Dr. Thomas Spies:** Meine zweite Frage. Herr Prof. Dr. Einhäupl hat vorhin angesprochen, dass ein privates, gewinnorientiertes Unternehmen eher daran interessiert sei, Fachärzte zu beschäftigen als Weiterbildung zu betreiben. Wie sieht die Ärztekammer das Risiko, den Fachärztebedarf zu decken, wenn auch die Universitätsklinik aus der Facharztweiterbildung aussteigen, wie es kleine Krankenhäuser bereits getan haben? Müsste eine Quote für die Weiterbildung von Assistenten vertraglich festgelegt werden?

**Dr. Stüwe:** Ich halte diese Entwicklung für eine Katastrophe. Sie gibt es nicht nur in Gießen und Marburg, sondern bundesweit. Unsere jungen Leute laufen uns weg. Sie üben den Beruf unter den derzeitigen Bedingungen nicht mehr aus. Wir haben jetzt schon vor allem in der Chirurgie einen zunehmenden Facharztmangel. Ein Beispiel, nicht zuletzt auch durch diese entsetzliche Bürokratie verursacht, welche die Krankenhäuser zunehmend belastet, ist Folgendes. Es gab 49 Bewerbungen auf eine Assistentenarztstelle nur deswegen, weil in der Stellenanzeige stand: Bei uns gibt es zum Kodieren jemanden, der das macht. Das braucht nicht der Arzt zu machen. – Diese Dinge können die Stellen attraktiv machen. Ich sehe die Facharztweiterbildung in hohem Maße in Gefahr und weiß nicht, wer uns versorgen soll, wenn wir richtig alt sind.

**Abg. Dr. Thomas Spies:** Ich möchte Herrn Prof. Dr. von Eiff eine Frage stellen. Es gibt die Legende, die auch heute durch den Raum spukte, dass ein privater Betreiber der Universitätsklinik Gießen und Marburg massenhaft Patienten dorthin bringen würde. Bislang kommen bundesweit Patienten nach Gießen und Marburg wegen der Spezialität der Ärzte. Herr Dr. Arnold in Marburg ist ein anerkannter Endokrinologe. Es kommen Patienten mit speziellen Krankheiten dorthin. Vorhin haben Sie genau das Gegenteil vermutet. Sind Sie der Ansicht, dass Patienten eher nach Gießen und Marburg kommen, oder ob nicht tatsächlich das Risiko der Verlegung von Patienten, die preiswert in einem kleinen Haus behandelt werden könnten, innerhalb der eigenen Kette besteht und damit ein Nettoabfluss statt eines Zustroms von Patienten stattfindet?

**Prof. Dr. Dr. von Eiff:** Die Patienten kommen nicht, weil der Träger öffentlich oder privat ist, sondern wegen des Arztes und der medizinischen Versorgung und der nachgewiesenen Qualität. Das ist unstrittig.

Ein anderer Punkt ist, wenn es zu einer Privatisierung kommt, vertraglich zu regeln, nämlich ob Patienten, die z. B. an einem der beiden Standorte diagnostiziert werden, möglicherweise in einem anderen Kettenkrankenhaus außerhalb von Hessen operiert werden, oder wenn sie in Hessen in einem der beiden Klinika operiert werden, ob sie zur Rehabilitation in ein anderes Bundesland gehen. Diese Gefahr sehe ich. Das muss man vertraglich regeln.

**Abg. Kordula Schulz-Asche:** Zunächst erinnere ich daran, dass die Frage von Frau Abg. Hinz an Herrn Dr. Michallik und Frau Dr. Stüwe bzgl. der Auswirkungen einer Fusion auf die regionale Krankenhausplanung noch nicht beantwortet wurde.

Die zweite Frage, die ich anschließen möchte, betrifft die Sicherstellung des Versorgungsauftrags, insbesondere in der Grund- und Regelversorgung in der Region. In welchem Verhältnis kann das für private Anbieter von Interesse sein?

Meine dritte Frage bezieht sich auf die Sicherstellung von Forschung und Lehre. Es wurde sehr viel über den medizinischen und ärztlichen Bereich gesprochen. Deswegen meine Nachfrage: Wie stellt sich die Situation sowohl im Falle einer Fusion als auch mit Blick auf die Interessen privater Betreiber im Bereich der Ausbildung von Pflegekräften dar? Welche Auswirkungen sehen Sie auf die jetzige Organisation der Pflegewissenschaften in Marburg und Gießen? Welche privaten Interessen stecken dahinter, sich in diesem Bereich zusätzlich zu engagieren?

**Dr. Stüwe:** In der regionalen Krankenhausplanung ist die Landesärztekammer nicht eingebunden, aber der Bettenabbau in Hessen findet statt, wie ich vorhin auf die Frage von Herrn Abg. Rentsch schon erläutert habe.

Zur Frage der Ausbildung, der Krankenpflegeplätze: Auch diese ist nicht im DRG-System mitfinanziert. Das bringt alle Krankenhäuser in Deutschland wie auch in Hessen unter finanziellen Druck, sodass man zum einen versucht, Synergien zu schaffen, indem man eine Krankenschwesternausbildung an verschiedenen Klinika gleichzeitig durchführt und die Schwesternschülerinnen zwischen Frankfurt, Gießen und Marburg oder auch Wiesbaden hin- und herreisen müssen. Das ist eine Möglichkeit. Die andere Möglichkeit besteht darin, Patientenhotels nebenher mitzubetreiben, in denen die Patienten untergebracht werden und nur noch kurzfristig ihren Doktor besuchen. Allerdings ist dann die postoperative Nachbetreuung finanziell so unattraktiv gestaltet, dass das nicht dazu anhält, die Patienten frühzeitig zu entlassen.

Der Sicherstellungsauftrag kann natürlich überhaupt nicht von den Ärzten allein übernommen werden. Der obliegt dem Land Hessen. Das ist unser Petium. Wenn ein solches privat geführtes Klinikum insolvent wird, was ist dann mit dem Versorgungsauftrag des Landes Hessen für die Bevölkerung? Das Land Hessen kann nach unserer Einschätzung gar nicht aus der Pflicht genommen werden.

**Dr. Michallik:** Zu Thema Pflege gibt es gar nicht viel zu ergänzen. Ich sehe es genauso problematisch, wie es Frau Dr. Stüwe dargestellt hat.

Ich möchte mich auf das Thema regionale Krankenhauskonferenz konzentrieren. Ich sehe eine Entwicklung nicht nur für die nächsten zwei Jahre, sondern für die nächsten zehn oder 15 Jahre voraus, wonach die Bedeutung der regionalen Krankenhauskonferenz ganz massiv zurückgehen wird. Ich möchte nicht sagen, dass die bisherigen Beschlüsse Makulatur sein werden, aber man muss sich § 140 SGB V vor dem Hintergrund integrierter Versorgung sowie das, was Herr Prof. Dr. Eiff als Versorgungsketten bezeichnet hat, vor Augen halten. Wir werden immer mehr Versorgungsverbünde haben, die weitgehend unabhängig von der regionalen Krankenhauskonferenz sind. Es wird Verhandlungen geben. Die Anbieter werden sich zusammenschließen und mit den Kostenträgern unabhängig von dem Ergebnis der regionalen Krankenhauskonferenz verhandeln. Die Ergebnisse hängen maßgeblich von den Machtstrukturen der Beteiligten ab.

Eine integrierte Versorgung in dieser Region wird sich kaum regeln lassen, ohne dass das fusionierte und – ich gehe in meinen Befürchtungen noch einen Schritt weiter – das sich in privater Trägerschaft befindliche Universitätsklinikum – das in fast jedem Fall eine wesentliche Rolle spielen wird – die Geldströme im Rahmen eines solchen integrierten Versorgungsvertrags maßgeblich mitbestimmen werden, und zwar nicht nur die Geldströme, sondern auch die Frage, wie die einzelnen Ressourcen verteilt werden, wer welche Aufgaben übernimmt und wer keine Aufgabe übernimmt. Das bestimmt letztlich nicht nur, wo die Betten stehen, welches Personal an der Versorgung beteiligt ist, sondern auch, wo sich die Kompetenz versammelt. Eine regionale Krankenhauskonferenz wird meiner Ansicht nach immer mehr nur noch hinterher konstatieren können, was sich aufgrund der Markt- und Machtverhältnisse getan hat. Es wird kein Planungsinstrument für die Zukunft mehr sein.

**Abg. Nicola Beer:** Ich halte an der bereits von mir angesprochenen VBL-Problematik fest und konzentriere es. Herr Prof. Dr. Albrecht, habe ich Ihre schriftliche Stellungnahme richtig verstanden? Raten Sie uns an, dass das neue fusionierte Klinikum schon im Stadium der Anstalt der öffentlichen Rechts – die Privatisierung gar nicht abgewartet – nicht mehr in der VBL sein sollte? Wie lange hat dieser Prozess bei Ihnen in Dresden gedauert?

Die zweite Frage geht an Herrn Prof. Dr. von Eiff: Können Sie uns eine Einschätzung über die Fusionskosten und die fusionsbedingten Einsparungen geben?

**Prof. Dr. Albrecht:** Wir sitzen hier zusammen, weil Sie sich offensichtlich die beiden Klinikstandorte nicht mehr leisten können oder wollen. Wenn das so ist, müssen Sie ein Konstrukt schaffen, das in der Lage ist, hinterher entweder weniger Kosten zu produzieren oder mehr Einnahmen zu erzielen, um aus dem Dilemma herauszukommen. Ein wichtiger Faktor ist die Tariflösung für das Gesamtkonstrukt. Dazu gehört auch die VBL.

Wir haben 1999, als das Medizingesetz verabschiedet wurde, im Gesetz die Option erhalten, innerhalb einer zweijährigen Übergangsfrist aus dem BAT und aus der VBL auszusteigen. Wir haben das vollzogen mit einem Austritt aus dem Arbeitgeberverband und einer Kündigung der VBL, gegen den Widerstand unseres Gewährträgers und des Finanzministeriums, die gar nicht mehr so sehr davon überzeugt waren. Wir haben in einem kapitalgedeckten Altersversorgungssystem für unsere Mitarbeiter ein Versorgungssystem aufgebaut, das im Moment sehr viel bessere Leistungen anbietet, als es die VBL jetzt schon tut und erst Recht in der Zukunft tun wird. Unsere Mitarbeiter sind damit nicht unzufrieden. Sie sind auch nicht unzufrieden mit unserem Haustarifsystem, in dem die Leistung bezahlt wird und in dem fixe und variable Gehaltsbestandteile zu dem normalen Tarifsystem gehören. Es führt nicht automatisch dazu, dass allen weniger gezahlt wird, sondern das System wird leistungsgerechter.

Das System haben wir vor drei Jahren umgesetzt. Wir haben ein internes Haustarifsystem und sind aus der VBL ausgestiegen. Das war ein ganz wichtiger Faktor, um unsere Personalkosten und unsere Altersversorgungskosten in dem gleichen Zeitraum konstant zu halten – sie nicht zu senken, sondern sie nicht weiter mit derselben Rate ansteigen zu lassen, wie es vor Jahren der Fall war.

**Prof. Dr. Dr. von Eiff:** Zu den Fusionskosten und den fusionsbedingten Einsparungen. Das passiert auf zwei Ebenen – einmal kalkulatorisch und einmal out of pocket: das, was Sie bezahlen müssen. Kalkulatorisch können Sie alles rechnen, was Sie wollen. Das hat ohnehin keinen Sinn. Das können Sie nicht nachweisen. Out of pocket: Sie werden sich darüber im Klaren sein müssen, zum Teil Abfindungen für Leitende zu zahlen, weil Sie bestimmte Funktionen zusammenlegen. Bei den Einsparungen sieht der Nachweis einfacher aus. Sie erzielen in jedem Fall dadurch Einsparungen, dass Sie einzelne Abteilungen zusammenlegen.

Ich nenne Ihnen ein Beispiel: Wenn Sie an beiden Standorten eine Strahlentherapie mit zwei C-4-Prof.en haben, die Sie unter einer einheitlichen Leitung zusammenlegen, ergeben sich zwei strahlentherapeutische Standorte. An dem einen ist der Oberarzt, an dem anderen ist der Chef, und der Chef verantwortet beide Standorte. Dann haben Sie einmal das Geld für den Chef gespart. Das kann man durch diese Zusammenlegungen nachweisen.

Im Wesentlichen werden Sie im so genannten Tertiärbereich Einsparungen erzielen können: alles das, was jetzt Verwaltung ist, Wäscheversorgung, Betrieb, Sterilisation, beim Einkauf, bei der Standardisierung und solche Dinge. In diesem Bereich werden Sie nachweisbare Einsparungen erreichen.

(Zuruf der Abg. Sarah Sorge)

– Nein, das ist Kaffeesatzleserei. Das bringt nichts. Das muss man sich vorher richtig anschauen. Da ist jede Zahl richtig und jede Zahl falsch. Ich nenne Ihnen keine Zahl, weil das unsolid wäre.

**Abg. Sarah Sorge:** Mir ist ein Widerspruch aufgefallen, den ich aufzeigen und ausgeräumt wissen möchte. Herr Prof. Dr. Einhäupl, wenn ich Sie richtig verstanden habe,

haben Sie gesagt, ein privater Betreiber werde es sich nicht nehmen lassen, ein erhebliches Mitspracherecht bei den Berufungen zu haben. Herr Scheck, Sie haben demgegenüber gesagt, ein Kriterium dafür, dass die HBFG-Gelder nicht zurückgezahlt werden müssten, sondern weitergezahlt würden, werde das Letztentscheidungsrecht der Universität im Berufungsverfahren sein. Das ist für mich ein Widerspruch. Ich erbitten von Ihnen beiden daher eine Einschätzung.

**Prof. Dr. Einhäupl:** Ich weiß nicht, ob wir uns widersprochen haben. Das habe ich nicht so wahrgenommen. Ich sage Folgendes: Für den Wissenschaftsrat, der die Frage der HBFG-Fähigkeit zu prüfen haben wird, wird entscheidend sein, wie weit die Interessen von Forschung und Lehre gewahrt sind. Es gibt keinen objektiven Maßstab, gemäß dem man sagen könnte, das müssten 30 oder 40 % sein, sondern man wird es in der Gesamtschau unter dem Gesichtspunkt der alternativen Lösungen prüfen müssen. Natürlich würde es der Wissenschaftsrat befürworten, dass alles so weitergeht wie bisher und das Land den Universitäten mehr Geld zur Verfügung stellt. Wenn diese Option plausibel aber nicht machbar ist, wird er nicht zustimmen – das sage ich Ihnen ganz klar –, wenn die Berufungen ausschließlich durch Private erfolgen und das Personal ausschließlich beim Privaten angesiedelt ist. In diesem Punkt wird es mit dem Wissenschaftsrat wahrscheinlich kein Übereinkommen geben.

Noch etwas: Wenn die Einrichtung, die entstehen soll, eine solche ist, die Gewinne macht – Herr Scheck hat gesagt, wir beträten Neuland –, kann ich mir im Moment schwer vorstellen – das sage ich allerdings nicht verbindlich, weil ich das nicht rechtlich geprüft habe –, dass der Wissenschaftsrat zustimmt, dass mit HBFG-Mitteln etwas gemacht wird, das dazu dient, dass Private Gewinne machen.

**RDir Scheck:** Ich stimme Ihnen zu, Herr Prof. Dr. Einhäupl. Es wird eine Gesamtschau geben müssen. Ich habe eben in meiner Einlassung darauf hingewiesen, dass das eines der Kriterien ist, welches das BMBF angelegt hat, und zwar als ein Kriterium, das nicht diskutierbar ist.

Wir kommen in den Beratungen innerhalb des Wissenschaftsrates möglicherweise – ich sage bewusst: möglicherweise – in eine neue Situation, in der wir dieses Gesamtgefüge neu beurteilen und bewerten müssen. Es könnte sein, es muss allerdings nicht sein, dass dieser eine Punkt vielleicht eine Modifikation erfahren wird. Aber die Diskussion ist wirklich offen. Unser Haus hat dazu noch keine abschließende Position bezogen.

**Abg. Dr. Thomas Spies:** Ich möchte eine Bemerkung zur Geschäftsordnung machen. Wir hatten eben vereinbart, dass es eine Fünfminutenrunde gibt und eventuell eine weitere Runde. Anderenfalls hätte sich meine Fraktion keinesfalls auf dieses Spiel eingelassen.

**Vors. Abg. Hartmut Holzapfel:** Nein, das war der Stand, den ich mitbekommen habe. Ursprünglich haben wir besprochen, zunächst alle Experten anzuhören und anschließend dreimal 15 Minuten pro Fraktion Fragezeit zu gewähren. Jetzt haben wir die erste



Hälfte der Anzuhörenden gehört und zunächst eine Fragerunde von jeweils 15 Minuten und dann von jeweils fünf Minuten durchgeführt. Das ist offenkundig ausreichend.

(Widerspruch)

Wir können das ganz schnell feststellen. Frau Abg. Pauly-Bender hatte vorhin festgehalten, dass es eine zweite Fragerunde von jeweils fünf Minuten geben soll. Etwas anderes hatten wir nicht vereinbart. Das möchte ich festhalten. Wenn jetzt gewünscht wird, etwas anderes zu vereinbaren, können wir das feststellen.

Es wird beantragt, eine weitere Fragerunde zu eröffnen. Wer stimmt dem zu? – Gegenprobe? – Stimmenthaltungen? – Dann ist mit den Stimmen der Fraktion der CDU dieser Antrag abgelehnt.

(Abg. Dr. Thomas Spies: Entschuldigung, das waren acht Stimmen für den Antrag und sieben Stimmen gegen den Antrag. Damit ist der Antrag angenommen!)

– Also gut, ich wiederhole die Abstimmung und zähle nach Personen aus. Wer dem Antrag des Herrn Abg. Spies zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Acht Stimmen. – Gegenprobe. – Sechs Stimmen. – Stimmenenthaltungen? – Damit ist der Antrag angenommen. Herr Abg. Dr. Spies, Sie haben das Wort.

**Abg. Dr. Thomas Spies:** Herr Scheck und Herr Prof. Dr. Einhäupl, ich habe mich nur deshalb zu Wort gemeldet, um Ihnen eine Nachfrage zu stellen, damit das ein bisschen klarer wird. Die schriftliche Formulierung des Bundesministeriums war etwas pointierter, als man an manchen Stellen herausgehört hat.

In Jena wurde ein Klinikum mit privatem Geld unter der Führung von Jenoptik gebaut. Herr Späth hat ein PPP-Modell favorisiert, wobei der Betrieb des Universitätsklinikums beim Land Thüringen bleibt. Der Wissenschaftsrat wie auch das Bundesministerium hatten überhaupt keine Einwände dagegen gehabt, das ist HBFG-förderfähig.

Das andere Extrem ist – und das ist die Linie, die in Hessen favorisiert wird, deshalb möchte ich noch einmal nachhaken – Folgendes: Wir haben ein scharf getrenntes privates Krankenhaus plus zwei scharf davon getrennte Fachbereiche, die auch rechnerisch scharf voneinander zu trennen sind. Das Votum aller, die hier etwas gesagt haben, ist gewesen, dass wir eine präzise Trennungsrechnung brauchen.

Die Linie der Landesregierung, die an jeder Stelle deutlich wird, ist: Wir möchten den größtmöglichen rechnerischen Abstand zwischen Fachbereich und Klinikum haben. Der Fachbereich soll ganz bei der Universität angesiedelt sein, und nur das Klinikum soll verkauft werden. Das heißt: Wir werden auf irgendeinen Modus der Trennungsrechnung kommen, der „pi mal Daumen“ ein Verhältnis von 80 % Krankenhaus zu 20 % Fachbereich und Personalkostenaufteilung und Ähnliches mehr ausmachen wird. Wir haben einen dann eindeutig abgrenzbaren Bereich eines privat betriebenen Krankenhauses. Ich möchte hierzu etwas deutlicher hören, ob das unter dem Gesichtspunkt HBFG-förderfähig ist, dass in Marburg ein nagelneues Gebäude steht, das noch nicht einmal bezogen ist und in dem möglicherweise noch kein Krankenhausbetrieb stattgefunden

haben wird, bevor es komplett an einen privaten Eigentümer verkauft wird, der das Eigentum braucht, um kreditfähig zu sein. Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage möchte ich gern an Herrn Scheck stellen. In der schriftlichen Stellungnahme ist die Rede davon, dass Bundesmittel in einer Größenordnung von knapp 400 Millionen € geflossen seien. Ich nehme an, dass Sie diese Mittel nicht sofort in voller Höhe zurückerhalten wollen. Gesetzt den Fall, dass die privat betriebenen Krankenhäuser Marburg und Gießen tatsächlich nicht mehr HBFG-förderfähig sind, möchte ich wissen, über welche Größenordnung von Risiko wir eigentlich reden. Bewegen wir uns in einem dreistelligen Millionenbereich?

**RDir Scheck:** Ich möchte kurz etwas zu der möglichen Rückforderungssumme sagen. In der Tat sind 347 Millionen € Bundesmittel geflossen. Das Gesetz gibt einen Rahmen vor, wonach die Hälfte des Verkehrswertes realisiert werden kann und muss, wenn feststehen sollte, dass das privatisierte Klinikum nicht mehr HBFG-fähig ist bzw. keinen Aufnahmeantrag stellt.

Die Frage, wie hoch die zu erstattende Summe sein könnte, ist so nicht beantwortbar, weil mit der Verkehrswertfestsetzung das Land selbst bzw. die dort zuständige Stelle beauftragt werden wird. Das ist nicht Sache des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. In einigen Bundesländer macht es die Oberfinanzdirektion.

**Prof. Dr. Einhäupl:** Ich muss wiederholen, was bereits dreimal gesagt wurde: Es gibt keinen Präzedenzfall, der genau dies regelt. Ich habe darüber nachgedacht. Als die International University Bremen durch Abstimmung mit dem Wissenschaftsrat HBFG-fähig gemacht wurde, gab es eine sehr heftige Diskussion im Wissenschaftsrat – sowohl in der wissenschaftlichen Kommission als auch in der Verwaltungskommission – darüber, ob dies möglich sei. Es ist allerdings eine Einrichtung, die ausschließlich Lehre betreibt und die keine Gewinne macht. Bei einem privat betriebenen Klinikum könnte dies natürlich so sein. Wenn sich die privaten Betreiber bereit erklärten, zu sagen, den gesamten Gewinn, den wir aus dem Klinikum herausziehen, reinvestieren wir wieder, bin ich im Moment überfragt, was dann passieren würde. Diesen Fall hat es bisher nicht gegeben. In dem Moment aber, in dem der private Betreiber in seinem Konzern daraus Gewinne abzieht, ist nach meinem jetzigen Dafürhalten unter allen Vorbehalten der rechtlichen Prüfung der Fall gegeben, in dem eine Rückforderung stattfinden würde. Das gilt für die vom Klinikum genutzten Flächen. Das würde natürlich nicht für die von der Fakultät genutzten Flächen gelten. Es würde sich die interessante Frage ergeben, wie viel Prozent der klinisch genutzten Flächen HBFG-fähig sind und wie viel Prozent nicht HBFG-fähig sind, weil es hier eine gemeinsame Nutzung gibt. Dafür gibt es keinen Präzedenzfall.

**Abg. Anne Oppermann:** Ich habe eine Nachfrage an Herrn Scheck und Herrn Prof. Dr. Einhäupl: Habe ich es richtig verstanden, dass eine Förderung über HBFG weiterhin zulässig und möglich ist, wenn gewährleistet ist, dass die Interessen von Forschung und Lehre gewahrt bleiben?

Prof. **Dr. Einhäupl**: Eine kurze Antwort: Ja. Das ist eine Voraussetzung. Die zweite Voraussetzung wird natürlich sein, dass die Gewinne auch wirklich wieder reinvestiert werden. Ich kann mir nicht vorstellen – vielleicht weiß Herr Scheck mehr als ich –, dass man über HBFG-Mittel Gewinne realisieren kann, die in die Kasse des Konzerns, nicht aber zurück in die Forschung fließen. Das ist für mich im Moment eine unvorstellbare Größe. Ich weiß nicht, was die Juristen, die das prüfen müssten, dazu sagen würden. Ich kenne bisher keinen Fall, in dem das so positiv entschieden worden wäre.

RDir **Scheck**: In dieser Frage gibt es keinen Präzedenzfall. Ich bitte um Verständnis dafür, dass wir uns im Moment nicht zu einem Sachverhalt äußern können, dessen konkrete Einzelheiten wir nicht kennen. Wenn das Modell konkretisiert ist, wird der Sachverhalt auch in enger Abstimmung mit dem Wissenschaftsrat zu begutachten sein. Deshalb plädiere ich dafür, wenn sich die Rahmenbedingungen dieser Privatisierung konkretisieren, einen engen Schulterschluss mit dem Wissenschaftsrat und dem BMBF vorzunehmen. Wenn ich mir den Zeitplan bis zum 01.01.2006 anschau, wird es – wie in allen vorherigen Fällen der Verselbstständigung – einen ungeheuren Zeitdruck geben. Die Probleme, die auch in rechtlicher Hinsicht auftreten können, dürften hier nicht unerheblich sein.

Prof. **Dr. Einhäupl**: Es gärt gerade bei mir. Das, was ich jetzt sage, ist ins Unreine gesprochen. Der Wissenschaftsrat ist kein starres Organ. Wenn er sieht, dass hier Wissenschaft und Lehre besser als auf eine andere Weise – nämlich wenn keine Investitionen fließen – gefördert werden, stellt er sich nicht einfach stur und sagt: Das übersehen wir geflissentlich. Allerdings würde es mir als Vorsitzender des Wissenschaftsrates in der jetzigen politischen Situation dieses Landes – in der es um das HBFG insgesamt geht und Art. 91a Grundgesetz geändert werden soll, sodass künftig die Hochschulen, das betrifft natürlich auch die Medizin, möglicherweise gar kein Geld mehr aus dem üblichen HBFG erhalten werden – sehr schwer fallen, zuzustimmen, dass HBFG-Gelder jetzt in einen Bereich fließen, in dem letztlich Gewinne gemacht werden. Man müsste eine Konstruktion finden – das sage ich jetzt ungeprüft, das ist eine wissenschaftspolitische Äußerung –, nach der diese Gewinne wieder in die Forschung zurückgeführt werden. Denn die öffentlichen Hochschulen haben auch nicht die Möglichkeit, durch Einsatz des HBFG-Geldes Gewinne zu erzielen. Das können sie auch nicht ohne Weiteres. Diese Prüfung muss man sehr intensiv vornehmen.

Die eine Botschaft ist: Der Wissenschaftsrat versperrt sich nicht intelligenten Lösungen. Aber ich bin sicher, er würde sich Lösungen versperren, die Private in einen eklatanten Vorteil gegenüber den Staatlichen setzen würde.

Abg. **Eva Kühne-Hörmann**: Ich will daran anschließen. Sie haben eben sehr deutlich gesagt, dass die HBFG-Mittelförderung bei einer Privatisierung an einen privaten Betreiber problematisch wäre. Wie sähe die Beurteilung der HBFG-Mittelförderung und die Bewertung von Forschung und Lehre aus, wenn das Land Hessen Anteile in einem relevanten Umfang behielte? Würde das zu einer Änderung führen? Würde das die Zweifel, die Sie hegen – nämlich dass damit Gewinn erwirtschaftet wird –, widerlegen?

Prof. **Dr. Einhäupl**: Ich habe hier auf Sie gehofft. Jetzt gleiten wir wirklich ab. So gern ich Ihnen diese Frage beantworten würde, ich glaube, jetzt gleiten wir in das reine Spekulieren ab. Aus dem Bauch heraus sage ich: Wenn es dazu käme, dass das Land nur eine Scheinteilhabe hat, damit so ein Prozess abgedeckt ist, dann würde man dem eher kritisch gegenüberstehen. Aber ich glaube, das, was Herr Scheck gesagt hat, ist der entscheidende Hinweis an Sie: Sie sollten diesen Prozess, wenn Sie ihn gestalten, in enger Absprache mit Bund, Wissenschaftsrat und den entsprechenden Stellen des Landes gestalten, weil man so bereits im Vorfeld Friktionen vermeiden kann, die die Sache nachher nur unmöglich machen können.

Abg. **Eva Kühne-Hörmann**: Ich spreche nicht von einer Scheinteilhabe, sondern davon, dass das Land Hessen, bei all den Risiken, die es gibt, ich sage einmal: einen Boden einzieht, wonach das Land in all diesen Fragen nicht aus der Verantwortung ist, die man vertraglich und rechtlich regeln kann. Genau in diesem Feld – das haben wir bisher immer erklärt – sind uns Forschung und Lehre so wichtig, dass selbstverständlich auch die Finanzierung im Landesbereich bleiben soll. Das war vorhin unstrittig. Ich möchte wissen, wie Sie es beurteilen, wenn man ein solches Verfahren findet – deshalb ist es mir ganz wichtig, von dieser Scheinteilhabe wegzukommen –, das ernsthaft betreibt und einen Privaten hineinnimmt, aber trotzdem noch Anteile hält. Der Wissenschaftsrat ist in den ganzen Prozess und in den Gremien sehr frühzeitig einbezogen worden. Deshalb frage ich, ob das eine Option wäre. Den Begriff der Scheinteilhabe habe ich in diesem Zusammenhang nicht verwendet. Ich habe das ganz ernsthaft gemeint.

Prof. **Dr. Einhäupl**: Ich haben Ihnen nicht unterstellen wollen, eine Scheinteilhabe anzustreben, sondern ich habe die Frage beantwortet: Wenn Sie über Teilhabe sprechen, muss man substantiell prüfen, ob das auch unter wissenschaftspolitischen Gesichtspunkten sinnvoll und vernünftig ist. Wenn so etwas zu finden sein wird und zu finden sein muss, kann ich mir vorstellen, dass es zu einer Einigung kommen wird. Ich bitte, das richtig zu verstehen. Das soll keine Blankounterschrift sein, um so etwas zu machen. Diesen Fall gibt es bisher nicht. Er ist deswegen weder rechtlich noch wissenschaftspolitisch geprüft worden.

Der Wissenschaftsrat gehört momentan einer Arbeitsgruppe Public Private Partnership an, in der genau solche Fragen behandelt werden. Daher kann ich Ihnen sagen, dass es darauf keine Antwort gibt. Aber man wird in neuen Situationen auch neue Wege gehen müssen.

RDir **Scheck**: Ich möchte dazu auch ein Wort sagen. Die Ihnen zugegangene Stellungnahme geht von einer materiellen Privatisierung aus. Das heißt, dass der Private Mehrheitsgesellschafter in dieser Konstruktion werden wird. Wie Schritte, wie Bewertungen aussehen werden, die ganz spezifischer Art – möglicherweise mit individuellen Abreden – sind, wie bestimmte Konstruktionen gesichert werden sollen, darauf kann ich Ihnen hier wirklich keine definitive Antwort geben. Hierzu bedarf es eines Abstimmungsprozesses in unserem Haus, weil das eine sehr sensible Frage ist, die Präzedenzcharakter hat.

Noch eine zweite Bemerkung. Sie haben gefragt, ob das privatisierte Klinikum HBMG-fähig sei. Die andere Frage, ob die Belange von Forschung und Lehre weiterhin gewahrt werden, betrifft die organisationsrechtliche Ausgestaltung dieser Konstruktion – sei es über ein Gesetz oder sei es über eine Verordnungsermächtigung. Über die darin zu treffenden konkreten Regelungen legen Sie das Fundament, ob die Belange von Forschung und Lehre ausreichend gewahrt sind. Das sind zwei unterschiedliche Komponenten, die zu beachten sind.

Abg. **Nicola Beer**: Ich bin etwas überrascht über den freundschaftlichen Hinweis: Redet doch bitte mit uns. Bislang war ich angesichts des doch sehr sportlichen Zeitplans der Landesregierung davon ausgegangen, dass man sich bereits sehr substantiell in Gesprächen mit dem Wissenschaftsrat und mit dem BMBF befindet. Herr Scheck und Herr Prof. Dr. Einhäupl, wie substantiell sind die Gespräche, die mit Ihnen bislang geführt wurden? Ich dachte, es läge alles fast fertig auf dem Tisch, weil der Zeitrahmen von sechs Monaten ansonsten immer sportlicher wird, wie ich es einmal ganz vorsichtig ausdrücken möchte.

RDir **Scheck**: Es hat schon Kontaktaufnahmen zu unserem Haus zumindest in der Form gegeben, dass wir jetzt zu diesem Vorschaltgesetz angehört worden sind. Ich hatte die entsprechenden Informationen auch vom Wissenschaftsministerium. Insofern besteht der Kontakt. Aber alle weiter gehenden Optionen und Überlegungen sind für uns noch nicht erkennbar.

Prof. **Dr. Einhäupl**: Ich möchte mich dem weitgehend anschließen. Natürlich hat es Gespräche zwischen dem Staatssekretär und dem Wissenschaftsrat und zwischen dem Minister und dem Wissenschaftsrat gegeben, die aber keinen formellen Charakter in dem Sinne hatten, dass der Wissenschaftsrat zu einer Stellungnahme oder zur Erstellung eines Papiers motiviert worden wäre. Das geht gar nicht so einfach.

Man kann so etwas politisch verwenden, um eine Sache zum Scheitern zu bringen, oder man kann es verwenden, um sie zum Erfolg zu führen. Ich sage: Der Wissenschaftsrat wird sich sicherlich, wenn sich dieses Land entschließt, es zu einem Erfolg zu führen, auf die Seite dieses Erfolges stellen, so gut er das unter den rechtlichen Bedingungen kann. Aber das hat zwei Implikationen: rechtliche und wissenschaftspolitische.

Es gibt keine offizielle Stellungnahme des Wissenschaftsrates zu diesem Problem. Aber wenn es an uns herangetragen wird, werden wir uns dem stellen. Wir sind sogar, wenn ich das vielleicht noch sagen darf, vom Staatssekretär gebeten worden, in einer Arbeitsgruppe mitzuarbeiten. Ich habe das damals mit dem Hinweis darauf abgelehnt, dass ich nicht in einer Arbeitsgruppe mitarbeiten könne, wenn ich später als Wissenschaftler darüber entscheiden muss, ob die Arbeit, die dort gemacht wird, die richtige ist.

Abg. **Sarah Sorge**: Ich möchte etwas genauer nachfragen. Ist es tatsächlich so, dass Sie das hessische Wissenschaftsministerium formal noch nie um eine Stellungnahme gebeten hat? Habe ich Sie richtig verstanden?

Prof. **Dr. Einhäupl:** Herr Leonhard hat sich mit uns in Verbindung gesetzt und uns gebeten – sie heißt, wie ich glaube, Steuerungsgruppe oder Arbeitsgruppe –, in diese Steuerungsgruppe einzutreten. Das war eine formale Anfrage an uns, die wir als Wissenschaftsrat mit dem eben gegebenen Hinweis zurückgewiesen haben. Es gibt keine Bitte, eine Arbeitsgruppe einzurichten. Das ist der normale Schritt. Wenn Sie den Wissenschaftsrat involvieren wollen, müssen Sie eine Arbeitsgruppe einrichten. Dann wird die Arbeitsgruppe das evaluieren und zu einer Stellungnahme und Empfehlung kommen.

Abg. **Sarah Sorge:** Ich habe eine andere Frage, gerichtet wieder an Herrn Prof. Dr. Einhäupl und an diejenigen, die sich ähnlich geäußert haben. Sie sagten, das Land sei nicht in der Lage, diese Investitionen zu tätigen. Es gebe keine Alternative. Deshalb frage ich Sie, ob Sie die Diskussion in den Medien verfolgt haben, wonach nicht nur ein Betreibermodell, sondern auch ein Investorenmodell in Rede stand? Die Universität Marburg hatte angeregt, ein Stiftungsmodell zu diskutieren. Die BI „Rettet die Klinika“ hatte jüngst einen geschlossenen Immobilienfonds in die Diskussion gebracht. Die Anregungen und Nachfragen aller Oppositionsfraktionen, diese Alternativen zu prüfen, sind von der Mehrheitsfraktion kontinuierlich abgelehnt worden. Deswegen meine Frage an Sie: Sind Sie tatsächlich der Meinung, dass die Landesregierung alle Alternativen hinreichend geprüft hat?

Prof. **Dr. Einhäupl:** Jetzt stellen Sie mir eine schwierige Frage, weil ich natürlich nicht darüber urteilen kann, inwieweit welche Dinge geprüft worden sind, da ich das nur in der Presse verfolge. Das kann ich Ihnen nicht sagen. Ich kann nur aus der persönlichen Kenntnis der beiden Standorte sagen: Auch wenn diese Standorte nicht zu den Spitzenstandorten in Deutschland gehören, wäre es jammerschade, wenn die Wissenschaft dort kaputtgemacht würde. Es gibt auf beiden Seiten einzelne, und zwar nicht nur ganz wenige Institutionen, die wirklich hoch reputiert sind – auch im internationalen Bereich. Vorhin wurde die Pädiatrie erwähnt. In Gießen gibt es den SFB Kardiopulmonales Gefäßsystem, um einen weiteren Bereich zu nennen. Auch in Marburg gibt es eine ganze Reihe hervorragender Einrichtungen.

Wenn das Geld, das benötigt wird, um diese Standorte auch in Zukunft wettbewerbsfähig zu halten, irgendwo aufgebracht werden kann, ist das in Ordnung. Dann wird man über die Alternativen reden müssen. Aber ich kann nicht sagen, ob diese Alternativen wirklich Erfolg versprechend sind. Ich finde es in jedem Fall wichtig, sie zu prüfen.

Ich möchte Ihnen ganz deutlich sagen: In Deutschland wird an den Privaten in den medizinischen Einrichtungen kein Weg vorbeiführen. Ich persönlich bin allerdings ein Skeptiker, ob das wirklich zum Nutzen der Forschung sein wird. Das ist eine Stimmung. Ich kann keine harten Daten dafür vorlegen. Das soll Ihnen nur zeigen, dass ich die Sache relativ kritisch sehe und beobachte.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Wir haben jetzt drei Fragerunden gehabt. Ich bitte um Verständnis dafür, dass wir keine vierte Fragerunde eröffnen können. Ich beende die-

sen Teil der Expertenanhörung und danke all denen, die den Weg hierher gefunden haben.

Ich eröffne nun die zweite Runde der Expertenanhörung. Herr Prof. Dr. Kox, Sie haben das Wort.

**Prof. Dr. Kox:** Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, die Rahmenbedingungen, unter denen Universitätsklinika in Zukunft arbeiten müssen, sind geprägt durch die knappen öffentlichen Kassen auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene, die demographischen Veränderungen der deutschen Bevölkerungsstruktur, die uns in den nächsten Jahren und Jahrzehnten ins Haus stehen werden, und durch die Strukturumbrüche des gesamten deutschen Gesundheitswesens und der Wissenschaftslandschaft. Hierzu gibt es verschiedene Arten von Lösungsansätzen, die intrinsischen wie auch die extrinsischen. Zu den extrinsischen Lösungsansätzen gehört z. B. eine Fusion. Zu den intrinsischen Lösungsansätzen gehört der betriebswirtschaftliche Aspekt eines Krankenhauses. Es sind sicherlich noch nicht alle Möglichkeiten gehoben, wie z. B. die Einführung klinischer Standards, die Einführung von Behandlungspfaden und die Verflachung von Krankenhaushierarchien.

Die Fusion ist sicherlich ein Lösungsansatz, wenn man die Möglichkeiten betrachtet, die sich extrinsisch bieten. Fusion heißt aber, dass diese Möglichkeit strengen Bedingungen unterliegt, die in Amerika auch schon für Krankenhäuser erarbeitet wurden und nicht nur zurückgreifen auf Erfahrungen aus der freien Wirtschaft. Diese Bedingungen sind hauptsächlich geprägt durch die Distanz, die zwischen zwei zu fusionierenden Institutionen liegt – die rein räumliche Distanz –, aber auch durch die Distanz in der Unternehmenskultur von zwei Institutionen. Unternehmenskultur heißt, dass dazu hauptsächlich die Mitarbeiter dieser Institutionen beitragen. Insofern ist es wichtig, weil das Personal – also die Mitarbeiter – einen sehr hohen Kostenfaktor innerhalb dieser Institutionen darstellt, die Mitarbeiter dieser Institutionen zu veranlassen, am Fusionsprozess teilzunehmen.

Um eine Fusion erfolgreich durchzuführen, muss es zur Vermeidung einer Atmosphäre von Angst und Unsicherheit zu Transparenz und zur Einbeziehung der Mitarbeiter kommen. Es muss zur Förderung der Mitarbeiter durch Motivation kommen. Die Mitarbeiter müssen bemächtigt werden, diese Fusion als ihre eigene zu betrachten: Die Sicherung des Humankapitals – ich benutze einmal diesen sehr unschönen Begriff, im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch sagt man intangible assets, was hervorhebt, wie wichtig eigentlich die Mitarbeiter mit ihrem Expertenwissen sind – das dazu beiträgt, dass die Universitätsmedizin als Alleinstellungsmerkmal gegenüber den anderen Maximalversorgern Wissenschaft, Forschung und Expertenwissen hat, die Integration der Mitarbeiter in die Entwicklung strategischer Ziele und der Einsatz interdisziplinärer, multifunktionaler Teams mit dem Ziel einer integrierten Zusammenarbeit.

Dazu gehört unter anderem auch, dass die Strukturen für Krankenversorgung auf der einen Seite und für Forschung und Lehre auf der anderen Seite durch die Auflösung herkömmlicher Hierarchien unterstützt werden muss. Herr Prof. Dr. Einhäupl hat vorhin in seinem Beitrag angesprochen, wie schwierig es sein wird, neue Berufungen durchzuführen, die auf der einen Seite der Krankenversorgung und auf der anderen Seite der Forschung und Lehre gerecht werden. Der private Krankenhausbetreiber wird es immer

als sein Gott gegebenes Recht ansehen, Einspruch zu erheben, wenn er glaubt, dass jemand nicht fit ist, die Krankenversorgung zu gewährleisten. Selbst in Häusern, die sich eine neue Rechtsform gegeben haben, wie unser Universitätsklinikum in Münster, das eine Anstalt öffentlichen Rechts ist, kommt es zu solchen Konflikten, die im privaten Bereich noch viel härter ausgefochten werden, wo die Krankenversorgung darauf besteht, dass der zu Berufene die Krankenversorgung auch aufgrund seiner bisherigen klinischen Erfahrung gewährleisten kann.

Eine Fusion erscheint sinnvoll, darf aber mit dem Prozess der Privatisierung nicht verwechselt werden. Man vollzieht das deshalb besser in zwei Schritten: erst die Fusion und dann, wenn überhaupt notwendig, die Privatisierung. Darüber hinaus ist es unerlässlich sowohl eine Struktur als auch ein Umsetzungskonzept zu entwickeln, denen eine Machbarkeitsstudie vorausgehen muss. Ich habe der bisherigen Diskussion entnommen, dass diese Machbarkeitsstudie offensichtlich noch nicht existiert. Das behindert den Prozess der Fusion.

Es ist zu erwarten, dass nur durch eine komplette Neuorganisation und gezielte Neuinvestition das gesamte Klinikum in die Lage versetzt wird, sich auch in Zukunft auf dem Gesundheitsmarkt zu behaupten. Hier spielen wiederum die intrinsischen wie auch die extrinsischen Faktoren eine sehr wichtige Rolle.

Die Personalüberleitung sollte nach der Verabschiedung des Struktur- und Entwicklungskonzeptes mit einer eigenen Entwicklungsstudie bedacht werden. Hoch qualifizierte und motivierte Mitarbeiter sind, wie schon erwähnt, das Hauptkapital – die intangible assets – eines solchen Unternehmens. Deren Einbindung und Entwicklung gehören in den Mittelpunkt einer künftigen Konzeption und sollten nicht als eine Art Anhängsel im Rahmen von Gebäude und medizintechnischen Neuinvestitionen gesehen werden.

Es wird die Notwendigkeit einer paritätischen Besetzung von Entscheidungsgremien aus beiden Kliniken für die nächsten Jahre gesehen, denen ein neutraler Vorstand vorstehen muss.

Wenn es als notwendig erachtet wird zu privatisieren, ist es erforderlich, darüber nachzudenken, bis zu welchem Grad diese Privatisierung durchgeführt werden muss. Die Kernkompetenz in Krankenversorgung, Forschung und Lehre liegt sicherlich bei dem jetzigen Betreiber, den Klinikumsvorständen und den Dekanaten, nicht aber auf solchen Gebieten, die nicht zur Kernkompetenz eines Klinikums gehören, wie z. B. das Gebäudemanagement oder die Beschaffungswirtschaft. Solche Teilbereiche können ausgliedert und privatisiert werden. Man nennt das Outsourcing. Hinzu kommt die schon vorhin erwähnte Möglichkeit eines PPP-Modells, bei dem durch Investoren ein neues Gebäude oder Geräte in dem Umfang finanziert werden, wie es für das Betreiben eines hoch modernen Hochleistungsklinikums notwendig ist. Mit einem PPP-Modell ist sicherlich eine Vielzahl von Vorteilen verbunden, wie z. B. bessere Kontrollfunktionen des Mehrheitseigners, in diesem Fall das Land Hessen, Einflussnahme auf Forschung und Lehre und eine leichtere Weiterführung von hoheitlichen Aufgaben, die sicherlich auch von einem Klinikum wahrgenommen werden müssen.



Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Ich bitte darum, dass die nächsten Redner versuchen, sich an die fünf Minuten zu halten, weil das sonst ein wenig unfair gegenüber der ersten Runde wäre.

**Dr. Wolf:** Ich will Ihnen eine kurze Vorabinformation über die Hintergründe meiner Anwesenheit hier geben. – Als Arzt und Diplombetriebswirt war ich für die Durchführung einer betrieblichen und baulichen Bestandsaufnahme beider Standorte, sowohl in Marburg als auch in Gießen, verantwortlich, die sich über den Zeitraum März 2003 bis November 2004 erstreckte. In diese Bestandsaufnahme waren sämtliche medizinischen, administrativen und logistischen Einheiten beider Bereiche einbezogen. In dem Zusammenhang wurden von meiner Seite Gespräche mit nahezu jedem einzelnen Abteilungsleiter geführt. In diesem Zeitraum wurde auch eine Konzeption für die Pädiatrie am Standort Mittelhessen entwickelt.

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse, dieser Erfahrungen und – so möchte ich sagen – auch dieser Eindrücke hinsichtlich der betrieblichen und baulichen Situation am Standort Gießen und am Standort Marburg und unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages sowie des Versorgungsgebietes und der entsprechenden universitätswissenschaftlichen Anforderungen, auch Ansprüche, bildet sich für mich das Fazit heraus: Fusion unter Zusammenführung beider Fakultäten – ja, Privatisierung im Sinne einer Veräußerung der Gesamteinrichtung – nicht um jeden Preis.

Das angeführte Hauptargument für eine Privatisierung, der hohe Investitionsbedarf am Standort Gießen – es wurde immer wieder die Zahl 200 Millionen € genannt; ich bin überzeugt, dass die wenigsten die Basis dieser Zahl oder diese Wurzel kennen –, kann nur als Argument gelten, wenn beide Häuser in ihrer derzeitigen Struktur als zwei voneinander unabhängige Universitätsklinika nebeneinander erhalten bleiben sollen.

Allerdings – so muss man in dem Zusammenhang sagen – steht dies dem grundlegenden Ziel der angestrebten Fusion im Sinne des Abbaus von Doppelvorhaltungen und der Freisetzung von Synergien entgegen, löst die vorhandenen Probleme nicht und stellt letztlich die Zukunftssicherung beider Einrichtungen infrage. Nach den Gesichtspunkten relativiert sich das im Gesetzentwurf angeführte Hauptargument für eine Privatisierung entscheidend.

Das wurde zum ersten Mal am heutigen Nachmittag von Herrn Prof. Kox angesprochen: Es ist wichtig, die Belegschaft, die Öffentlichkeit einzubeziehen und authentisch eine Veranstaltung durchzuführen, die auch die Mitarbeiter, die Belegschaft und die Öffentlichkeit, die Patienten einbezieht und von der Richtigkeit der Sache überzeugt. Das kann ich nur tun, wenn ich eine Leitungsstruktur formiere, die sich durch eine einfache Besetzung der einzelnen Funktionsträger auszeichnet. Da kommen wir auch wieder zu dem Problem der Fakultäten: Natürlich werden wir weiterhin diese Standortdebatte im künftigen Klinikumsvorstand festgeschrieben haben, wenn wir nach wie vor zwei Fakultäten mit je einem Vertreter, der kraft Amtes Mitglied des künftigen Klinikumsvorstandes sein wird, haben.

Herr **Trümner:** Ich habe vielleicht den Vorzug, nicht in landespolitische Verstrickungen einbezogen zu sein, habe deswegen aber auch relativ wenig Vorkenntnisse über das,

was seit der ersten formalen Verselbstständigung der beiden hier in Rede stehenden Anstalten eigentlich aus anstaltseigener Kraft unternommen worden ist, um das Päckchen, das Ihnen mit auf den Weg gegeben wurde, in die Praxis umzusetzen, als da beispielsweise wäre, schon in dem Stadium zwischen 2001 bis jetzt in Public-Private-Partnerships hinein zu operieren.

Dann hätte man möglicherweise schon einige in dieser Diskussion fast als unüberbrückbar auftretende zeitliche Probleme besser in den Griff bekommen können. Man hätte dann auch eine bessere Grundlage für die Beurteilung dessen, ob man überhaupt zu einer Fusion beider Anstalten fähig ist. Man hätte zugleich einen gewissen Aussagewert darüber, ob man den Schritt zu einer nur formalen Privatisierung gehen kann. Das ist nicht nur ein formaler Akt: Wir treten in die Welt des Privatrechts ein. Das ist kein Zuckerschlecken und ist auch kein einfacher Weg. Auch da werden die Welten wieder geändert. Man hätte eine Aussage darüber, ob man über den Weg der formalen Privatisierung zu einer materiellen Teilprivatisierung in Gestalt einer Anteilsprivatisierung oder einer Konzernbildung mit Spartenbildung und dort ansetzender Privatbeteiligung überhaupt in der Lage und fähig wäre.

So viel zunächst einmal zu dem, was hier in Anbetracht des ambitionierten Zeitplanes als „sportlich“ bezeichnet worden ist. Man muss es sich aber doch noch einmal von den zeitlichen Abläufen her vergegenwärtigen: 2001 war die Veranstaltung der Universitätskliniken. 2005 soll für eine sehr kurze Zeit eine neue Fusionsanstalt gebildet werden. Mit Beginn des Jahres 2006 soll bereits eine formale Privatisierung erfolgt sein und irgendwann danach möglicherweise eine materielle Teil- oder auch Vollprivatisierung erfolgen. Dies stürzt solche Organismen fortwährend in neue Rahmenbedingungen, und man fragt sich, wie dort eigentlich Arbeit noch vernünftig verrichtet werden kann.

Zum Organisationsrechtlichen möchte ich einige Anmerkungen machen, zu personalrechtlichen und personalvertretungsrechtlichen Fragen dann auch. Was mich im Organisationsrechtlichen in handwerklicher Hinsicht – und darauf möchte ich mich jetzt konzentrieren – etwas irritiert, ist, dass hier sehenden Auges eine neue juristische Person, eben diese Fusionsanstalt, erklärtermaßen für eine Zeitdauer von sechs Monaten auf die Spur gebracht wird.

Ich habe ganz erhebliche Zweifel, ob eine solche Anstaltsgründung überhaupt anstaltsrechtlich zulässig ist. Denn nach dem Anstaltsbegriff von Otto Mayer, den wir immer noch auch und gerade in Art. 87 des Grundgesetzes zugrunde gelegt finden, ist die Anstalt ein Bestand von sächlichen und personellen Mitteln, welche in der Hand eines Trägers öffentlicher Verwaltung einem besonderen öffentlichen Zweck dauernd zu dienen bestimmt sind. Das zeitliche Moment dieser Anstaltsbildung scheint mir jedenfalls der allgemeinen Anstalts-Begriffsdefinition überhaupt nicht zu entsprechen. Man muss schon sagen, dass anstaltsrechtlich diese Anstaltsbildung eher dubiosen Charakter trägt.

Man könnte über Alternativen nachdenken. Eine solche Alternative habe ich in dem Gutachten nur angedeutet. Da Sie aber ohnehin in Hessen bei der Fusion von öffentlichen Anstalten mit Anschlussprivatisierung auf dem Weg der Experimentierfreude sind, könnten Sie ja auch experimentierfreudig dahin gehend sein, einmal zu überlegen, ob Sie alte Vorschläge, die aus der Zeit der 50er-Jahre stammen und dann in den 80er-Jahren wieder aufgegriffen wurden, aufgreifen wollten und nicht eine gemischt privat-öffentliche Anstalt des öffentlichen Rechts durch Landesgesetz errichten, also einen

einheitlichen Rechtsträger nicht mit stiller Beteiligung, sondern mit einer klar definierten Limitierung der privaten Anteilsbeteiligung.

Das wäre eine Innovationsleistung, für die Ehlers und Zeiß jedenfalls Vorarbeiten geleistet haben. Die könnten Sie aufgreifen, und Sie hätten zumindest ein Problem umschiffen: dass Sie nämlich nicht genau wissen, ob Fusion überhaupt funktioniert und ob anschließend eine Teilprivatisierung funktionieren wird. Sie können dann sozusagen den Probelauf in einheitlicher Rechtsträgerschaft machen.

Ich will jetzt nicht näher auf die notwendigen Klarstellungen eingehen, die meines Erachtens in dem Gesetzentwurf im organisationsrechtlichen Bereich vorgenommen werden müssten. Sie können das in der schriftlichen Stellungnahme nachlesen.

Zum Personalrecht, hier zum Arbeits- und Beamtenrecht, sei einiges angemerkt. Sie müssen davon ausgehen, dass Sie hier nicht ganz frei rechtsschöpferisch tätig sein können,

(Heiterkeit bei der SPD)

sondern die Vorgaben der EU-Richtlinien zum Betriebsübergang beachten müssen.

– Ja, das Gestaltungsermessen des Gesetzgebers kann durchaus durch übergeordnetes Recht begrenzt sein, und als übergeordnetes Recht ist hier die EU-Betriebsübergangsrichtlinie schon in Betracht zu ziehen, sodass Sie nicht alles, was Sie personalrechtlich bezüglich der Arbeitnehmer wollen, auch tatsächlich können. Sie müssen sich immer vergegenwärtigen, dass Sie nicht unter diesem Standard der Richtlinie der EU bleiben können. Hessen ist Teil der deutschen Staatsgewalt, und diese ist unmittelbarer Adressat der EU-Betriebsübergangsrichtlinie.

Nehmen wir zunächst einmal dieses sehr komplizierte personalrechtliche Geflecht, das wir vorfinden: nichtwissenschaftliche Arbeitnehmer, die bis zum 31.12.2000 eingestellt wurden. Wenn Sie glauben, dass Sie diese versetzen könnten, so irren Sie sich. In dem Gesetzentwurf ist unter § 3 eine etwas dilatorische Formulierung zu finden: „Sie werden versetzt“, steht dort. Aber Sie wissen nicht so genau, ob es da einer Versetzungsanordnung des aktuellen Arbeitgebers bedarf oder ob diese Versetzung quasi durch den Gesetzgeber ausgesprochen sein soll. Das sind allerdings schon zwei Unterschiede.

Versetzen können Sie deswegen nicht, weil Tarifrecht dem entgegensteht. Schon die fehlende Dauerhaftigkeit der Zuordnung zu diesem nur auf Zeit gegründeten Anstaltsarbeitgeber würde dem entgegenstehen. Im Übrigen handelt es sich versetzungsrechtlich gerade eben um einen anderen Arbeitgeber als den bisherigen, nämlich das Land Hessen, und über das Tarifrecht können Sie sich auch mit diesem Gesetz nicht hinwegsetzen.

Sie könnten theoretisch zwar zum Mittel der Abordnung greifen. Aber auch dies ist zweifelhaft, weil nämlich die Abordnung zu einem anderen Arbeitgeber dann ausscheidet, wenn dieser nicht – wie der bisherige Arbeitgeber – den Tarifbedingungen des öffentlichen Dienstes zugeordnet ist. Auch da wird es also schon schwierig.

Dann haben wir eine weitere schwierige Gruppe: die wissenschaftlichen Arbeitnehmer. Sie bleiben nach dem Gesetzentwurf vertragsrechtlich Arbeitnehmer des Landes, sie werden aber als Beschäftigte der Universität weiter geführt. Das ist aufgrund der Sonderregelung aus dem Universitätsklinikumsgesetz 2000 herauszulesen. Aber sie werden – als Drittes – dienstleistungspflichtig beim Klinikum gemacht. Sie haben damit eine dreidimensionale Ausgestaltung ihres Arbeitsvertrages. Wie man das personalführungstechnisch einigermaßen vernünftig händeln möchte, müsste man mir erklären. Aber es gibt bestimmt Leute, die das auch schon in der Zeit bis heute in diesen Anstalten haben machen müssen; denn da war die Situation so grundlegend anders auch nicht.

Dann haben wir die Gruppe der Beamten, hier wieder der nichtwissenschaftlichen und der wissenschaftlichen Beamten. Ich habe Zweifel, ob Sie mit der Zuweisungsregel, wie Sie sie im Gesetzentwurf vorgesehen haben, operieren können und dürfen. Möglicherweise ist den Gesetzesverfassern entgangen, dass wir bundesrechtlich eine neue Rechtslage insoweit haben, als die Zuweisung nach § 123 a Abs. 2 Beamtenrechtsrahmengesetz zu nicht dienstherrenfähigen öffentlich-rechtlichen Anstalten und Körperschaften für zulässig erklärt worden ist. Dies hat allerdings das kleine Problem, dass Sie eine im Einzelfall auszusprechende Zuweisungsverfügung benötigen, die der Beamte vor den Verwaltungsgerichten gerichtlich angreifen kann.

Wenn Ihr Gesetzentwurf so gelesen werden müsste, dass Sie eine Zuweisung kraft Gesetzes aussprechen wollen, dann würden Sie sich in Widerspruch zu diesen für alle Bundesländer unmittelbar geltenden rahmenrechtlichen Vorschriften des Beamtenrechtsrahmengesetzes setzen.

Des Weiteren ist die Kettenzuweisung, wie sie hier offenbar angelegt ist, nämlich von der bisherigen Anstalt zu der nächsten Anstalt, für diese Beamten so nicht zulässig. Auch das muss man wissen: Die Zuweisung im Rahmen des § 123 a Abs. 2 Beamtenrechtsrahmengesetz kann nur unter Rückgängigmachung der ursprünglichen Zuweisung und dem Ausspruch einer neuen Zuweisung erfolgen.

Insgesamt kann man sagen, dass dieses Personalkonzept für einen Privatinvestor, als den ich mich einmal gedanklich zu fühlen versucht habe, zu einer unglaublichen Undurchschaubarkeit führt. Die einzig klare Gruppe, die wir haben, ist die Personengruppe, die bereits, mit dem 01.01.2001 beginnend, als Arbeitnehmer bei den neu gebildeten Anstalten eingestellt worden ist. Diese würden aufgrund des Prinzips der Gesamtrechtsnachfolge auf die Fusionsanstalt übergehen.

Wie dann zu dem Zeitpunkt der rechtsformalen Privatisierung durch formwechselnde Umwandlung das Dickicht der von mir eben nur umrissenen Personengruppen zu einer vernünftigen Dienstverschaffung bei einer solchen privaten Kapitalgesellschaft einsetzbar gemacht werden soll, ist noch ein ganz großes Rätsel, für das es für meine Begriffe nur dann eine Lösung gibt, wenn das im Konsenswege geschieht. „Konsensweg“ kann hier aber nur heißen, dass eine Personalüberleitung soweit wie möglich zu Konditionen tariflicher Arbeitsbedingungen passiert, sodass die neue private Gesellschaft eine tarifgebundene Gesellschaft ist und damit das notwendige Vertrauen der Beschäftigten, die Sie ja mitnehmen müssen – das sind immerhin ungefähr 10.000 Menschen –, überhaupt hergestellt wird.

Abschließend noch zum Personalvertretungsrechtlichen! Ich habe keine Bedenken, dass Sie so, wie hier vorgegangen wird, mit dem Dienststellenfiktionsbegriff operieren. Bei der Bildung des Gesamtpersonalrats für diese relativ kurze Zwischenspanne wäre allerdings zu erwägen, ob man nicht von diesem durch Addition der bestehenden örtlichen Gremien überdimensioniert groß zusammengesetzten Gremium Abstand nimmt und stattdessen ein Delegationsmodell setzt, das sich aus Vorsitz, stellvertretendem Vorsitz und vielleicht noch unter Berücksichtigung von jeweils einem weiteren Gruppenvertreter zusammensetzt. Die große Zahl von Mandatsträgern in einem solchen Gesamtpersonalrat halte ich für nicht tragfähig.

Sie sollten im Übrigen auch die Tatsache, dass die vorhandenen Personalräte vorübergehend weiter amtieren, nicht nur in der Begründung zum Gesetzentwurf zum Ausdruck bringen, sondern dort, wo Sie sagen, dass Sie das als Dienststellen ansehen, auch sagen, dass die dort gebildeten Personalräte weiterhin ihr Amt ausüben. Denn das versteht sich gerade nicht von selbst. Und aus der Begründung allein wird man dafür keine rechtliche Verbindlichkeit ableiten können.

Die Fortgeltung von Dienstvereinbarungen wäre ein weiterer Hinweis; denn Sie wollen vermutlich in der Betriebsführung nicht ins Bodenlose geraten. Auch das ist ein Punkt, der sich nicht bereits aus sich heraus ergibt.

Schließlich sollten Sie in § 4, wo Sie einige Vorzeichnungen für die formwechselnde Privatisierung vornehmen, mit aufnehmen, dass die im Amt befindlichen Personalräte ein Übergangsmandat beim Überwechseln in die Privatrechtswelt ausüben. Formulierungsvorschläge finden Sie, wie gesagt, in meinen schriftlichen Ausführungen.

Ferner ist regelungsbedürftig, weil nicht aus sich heraus verständlich, dass Dienstvereinbarungen bei der anschließenden formwechselnden Privatisierung zu Betriebsvereinbarungen werden und als solche weiter gelten – vorbehaltlich ihrer Ablösung im Rahmen des rechtlich Möglichen und Zulässigen.

Ich danke Ihnen, dass ich Ihre Aufmerksamkeit strapazieren durfte, und hoffe, dass Sie mit meinen Ausführungen einige Gedankenanstöße bekommen haben.

Frau **Stebel**: Ich möchte mich zunächst bedanken, dass ich im Rahmen dieser mündlichen Anhörung Gelegenheit habe, zu einem Aspekt Stellung zu nehmen, der sicherlich in der großen Planung, die Sie vorhaben, ein Nebenaspekt ist, der aber dennoch sehr sorgfältiger, insbesondere wirtschaftlicher Überlegungen bedarf.

Ich vertrete die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder. Der VBL-Aspekt ist schon kurz angesprochen worden, allerdings in ganz anderem Zusammenhang. Das möchte ich warnend in die Debatte einwerfen. Nach meiner Erinnerung hat Herr Prof. Albrecht aus Dresden Stellung genommen und hat als Beispiel das Universitätsklinikum Dresden angeführt, das aus der VBL ausgestiegen ist. Dieses Uniklinikum ist, wie das Land Sachsen selbst, erst seit 1997 Mitglied in der Zusatzversorgung gewesen, sodass es sich um ganz geringe Anwartschaften handelte, zumal die Anwartschaften der Bürger in den neuen Bundesländern aufgrund der kurzen Zugehörigkeit, weil zum Teil auch die Wartezeit nicht erfüllt werden konnte, deutlich geringer sind als die Anwartschaften

der Arbeitnehmer, die bei der VBL durch das Universitätsklinikum Gießen und Marburg versichert werden. Außerdem ist die Gruppe der Arbeitnehmer viel größer.

Es geht hier um die Frage: Was passiert im Falle einer Privatisierung? Würde es dabei bleiben, dass die beiden zusammengeführten Universitätsklinika eine Anstalt des öffentlichen Rechts sind, könnten sie ohne weiteres bei der VBL beteiligt bleiben. Ich will dazu sagen, dass es auch möglich ist, einen privaten Erwerber zu verpflichten oder durch Verhandlungen dahin zu bringen, die Beteiligung bei der VBL als Arbeitgeber fortzusetzen. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass ein privater Erwerber diese Zusatzversorgung mit den laufenden Zahlungen – die wir dringend brauchen, eigentlich unverzichtbar brauchen, um die laufenden Renten erfüllen zu können – bei der VBL fortsetzt, und zwar auf Dauer.

Wir haben seit 1998 Erfahrungen damit, und zwar unter anderem mit der Rhön-Klinikum AG, mit Helios Kliniken GmbH und den Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA. Es geht um neun privatisierte Krankenhäuser, von denen allerdings keines so groß ist, wie eine Einrichtung es wäre, wenn die beiden Klinika Gießen und Marburg zusammengeführt sind. Aber es läuft auch. Die Zahlungen an die VBL müssen von diesen privaten Betreibern erwirtschaftet werden, und das geht offenbar.

Es geht darum, dass in Jahrzehnten durch die Trägerschaft des Landes Hessen – das ist neben den anderen Ländern und dem Bund einer der Mitträger der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder –, aber auch dadurch, dass die neu gegründeten Anstalten, die jetzt Träger der Uniklinika Gießen und Marburg sind und seit Mitte des Jahres 2001 ihre Arbeitnehmer bei der VBL zusätzlich versichert haben, Betriebsrentenansprüche und Anwartschaften auf solche Betriebsrenten erworben worden sind und dass diese weiter bezahlt werden können. Die VBL muss für alle Jahrzehnte, die diese Menschen noch leben, diese Ansprüche erfüllen. Sie ist dringend darauf angewiesen, dass die Träger, hier also das Land Hessen, das als Träger besondere Verantwortung hat, auch auf die Erfüllung der Verpflichtungen der VBL zu achten, dafür sorgen, dass diese Leistungen bis zum Versterben dieser Menschen erfüllbar bleiben.

Wenn ein Arbeitgeber ausscheidet, dann muss er, weil er nicht mehr laufend zum Aufkommen dieser Finanzierungsmittel beiträgt, einmalige Ausgleichsbeträge zahlen, um die Renten und die Anwartschaften durch eine Einmalzahlung abzugelten. Er scheidet dann aus der Solidargemeinschaft der Beteiligten aus.

Die anderen Beteiligten – es geht nicht nur um die anderen Länder und den Bund, sondern um etwa 1.500 kommunale Arbeitgeber sowie etwa 3.500 sonstige Arbeitgeber – werden nicht unbedingt bereit sein, die Verpflichtungen des Landes Hessen, die entstanden sind und künftig entstehen werden und bezahlt werden müssen, mit zu bezahlen. Wir haben überschlägig errechnet, was es im Falle eines Ausstiegs aus der VBL kosten würde. Aufgrund von Erfahrungswerten haben wir Schätzwerte ermittelt, die sich für die beiden Anstalten für den bis jetzt zurückgelegten Zeitraum auf rund 30 Millionen € belaufen, aber gegenüber dem Land Hessen aufgrund des Bestandes, den das Land Hessen bei uns versichert hat, auf 350 Millionen €.

Es gibt nun verschiedene Aspekte: dass entweder bei der VBL die Herausnahme einer großen Gruppe von über 7.000 Versicherten sofort oder aber – sozusagen in dem zweiten Schritt – bei der Neugründung, wenn die errichtete neue Anstalt privatisiert wird,

vollzogen würde. Dann würde sich letztlich die Gesamtforderung gegen diese Anstalt richten und von einem etwaigen Erwerber zu bezahlen sein, oder das Land Hessen würde aufgrund der Gewährträgerhaftung, die im Uniklinik-Gesetz verankert ist, für die Forderung einstehen.

Unser Appell in diesem Zusammenhang ist: Das Land Hessen muss sehr sorgfältig darüber nachdenken, was wirtschaftlich ist. Im Interesse der VBL und der Arbeitnehmer läge es sicher, die Beteiligung fortzuführen und weiter laufend mit für die Rentenlast aufzukommen, die entstanden ist. Dann würden sich diese einmaligen Ausgleichszahlungen erübrigen.

**Dr. Tecklenburg:** Ich bin heute bei Ihnen vor dem Hintergrund, dass mein alter Arbeitgeber eine dieser Ketten war und ist, die sich für die Unikliniken interessieren, nämlich die Sana-Kliniken. Dort war ich in der Geschäftsführung des Konzerns und bin jetzt Vorstand in der Medizinischen Hochschule in Hannover.

Mein Petitum ist, dass die Entscheidung, die Sie zu fällen haben, und das, was Sie zu gestalten haben, unter dem Gesichtspunkt gesehen werden muss, dass Sie eine sehr langfristige Entscheidung zu treffen haben. Sie formen ein Gesundheitsunternehmen, das ungefähr 1 Milliarde € Umsatz haben wird. Das ist ein unglaublicher Impact auf die Regionen, die versorgt werden, und es ist ein Unternehmen, das im Moment eine unvergleichliche Bedeutung in Deutschland haben wird.

Entsprechend ist es notwendig, diesem Unternehmen Organisations- und Führungsstrukturen zu geben, die das Unternehmen führbar machen. Nur das Gute ist einfach, und das Einfache ist gut. Mein Petitum ist also – ich habe das auch schriftlich dargestellt –: Sehen Sie sich durchaus noch einmal das sehr erfolgreiche Modell der Medizinischen Hochschule in Hannover an, das sowohl in der Wissenschaft als auch in der Krankenversorgung Spitze ist. Die MHH hat den höchsten Case-Mix-Index aller Universitätskliniken in Deutschland. Was die Drittmittel pro Prof. angeht, so ist auch hier die MHH in der Spitzengruppe zu finden.

Ein so großes Unternehmen, wie es hier entsteht, muss durch Professionals, die entsprechende Ausbildung haben, gut geführt werden. Ich habe Ihnen als Gedankenmodell – das kann man auch anders gestalten – eine gemeinnützige Aktiengesellschaft dargestellt, die sozusagen die Holding für das ist, was hier entstehen soll. Unter diesem Dach werden die beiden Kliniken zusammengeführt.

Noch einmal: Ich rate Ihnen, das Modell der Medizinischen Hochschule zu bedenken. Denn vieles von dem, was an Problemen benannt worden ist, was HBBG-Fähigkeit angeht, was zwei Arbeitsverträge von wissenschaftlichem und nichtwissenschaftlichem Personal angeht, was die Trennungsrechnung angeht und ähnliche Punkte, sind Dinge, die in dem kompletten Integrationsmodell einer Medizinischen Hochschule vollkommen nachvollziehbar, langfristig und tragfähig gelöst sind.

Der Zugang zum Kapitalmarkt ist zwingend notwendig. Das hatten Sie an anderer Stelle mehrfach gehört. Zwei Möglichkeiten gibt es dazu: Sie können entweder privatisieren. Wenn Sie privatisieren und das Unternehmen verkaufen wollen, dann muss die Führungsstruktur, dann muss die Organisationsstruktur klar sein. Derjenige, der Geld in die

Hand nimmt – und wir reden von mehreren Millionen, mindestens einem dreistelligen Millionenbetrag – und in dieses Risiko einsteigt, möchte genau wissen, was er kauft, und vor allen Dingen, welche Risiken er hat. Wenn eine solche Organisationsstruktur undurchsichtig ist und zu viele unplanmäßige Einreden von allen möglichen Seiten – sei es Universität, sei es Fakultät oder anderes – ermöglicht werden, dann verlieren Sie mit jeder Stimme, die sich erheben kann und die die Unternehmensführung schwieriger macht, Prozentpunkte an Wert bis hin zu einem negativen Wert.

Nebenbei: Alles, was hier diskutiert worden ist – Verkehrswert und Finanzierung von Geldern, die in die Bauten gesteckt worden sind –, interessiert die Privaten überhaupt nicht. Der Wert des Unternehmens Uniklinikum Gießen und Marburg errechnet sich ausschließlich aus dem Ertragswert. Grundstücke, Gebäude etc. sind für private Klinikketten vollkommen uninteressant. Der Ertragswert von Marburg und Gießen zusammen wäre im Moment eher null. Insofern spielen die Werte in Grundstücken und Bauten überhaupt keine Rolle.

Das alternative Modell, das ich Ihnen dargestellt habe, ist, einfach einmal als Konzern dargestellt, ein Konzern, der im Wesentlichen drei Business-Lines hat: Forschung und Lehre, Krankenversorgung und alles, was als Versorgung vorhanden ist. Diese Kapitalzufuhr, die notwendig ist, lässt sich, wie es einige Vorredner auch gesagt haben, durch Public-Private-Partnerships darstellen, indem man sich für einzelne Prozesse Partner aus dem deutschen Umfeld sucht, die dann auch in das Unternehmen investieren, indem sie Verantwortung für bestimmte Prozesse übernehmen, etwa die gesamte Logistikkette für Wiederaufbereitung, die gesamte Logistikkette für Material bis auf die Station. Marburg z. B. hat bereits einen Gestellungsvertrag mit den Rotkreuzschwestern. Man kann das weiterdenken: Warum soll die Pflege nicht insgesamt als eigenes Unternehmen, sozusagen als Prozess ausgegliedert werden?

Die Gestaltungsmöglichkeiten sind meines Erachtens viel weiter als das, was bisher besprochen worden ist. Ich möchte abschließend noch einmal betonen: Denken Sie einmal über die Medizinische Hochschule in Form einer gemeinnützigen Aktiengesellschaft nach, die sich im Wesentlichen um die drei Bereiche kümmert, die ich dargestellt habe. Dann lässt sich all das, was Sie wollen und was Sie müssen, realisieren.

Eines ganz zum Schluss: Unterschätzen Sie nicht den Impact, den dieses neue Unternehmen auf die Region und auf die anderen Krankenhäuser haben wird! Wenn Sie sich das Modell Innsbruck anschauen: Bevor Innsbruck seine Universitätsklinik sozusagen para-privatisiert hat, gab es drum herum zehn kleinere Krankenhäuser. Von denen existieren heute vielleicht noch eines oder zwei. Alle anderen sind von der Universitätsklinik Innsbruck übernommen worden. Das Gleiche gilt für den niedergelassenen Bereich, für den Reha-Bereich. Ein solches Krankenhausunternehmen, ein solches Gesundheitsunternehmen wird in den nächsten Jahren in den gesamten Bereich hinein infiltrieren. Denn gesamte Behandlungsketten sind die Kunst, die man morgen darstellen muss, um in diesem System überleben zu können. Entsprechend hat das einen Impact auf alle anderen, die irgendwie Medizin in der Region machen.

**Prof. Dr. Wieland:** Ich möchte vorrangig aus der Sicht des Verfassungsrechtlers zu dem Gesetzentwurf Stellung nehmen und möchte Ihnen das ganz kurz in drei Schritten vortragen. Der erste Schritt: Was sind die Vorgaben der Verfassung? Der zweite Schritt:



Was sind Ihre Ziele? Der dritte Schritt: Was folgt daraus, was müssen Sie als Landtag, als Gesetzgeber beachten?

Ausgangspunkt der verfassungsrechtlichen Beurteilung ist Art. 60 Abs. 1 der Landesverfassung. Danach genießen die Universitäten den Schutz des Staates und stehen unter seiner Aufsicht. Sie haben das Recht der Selbstverwaltung, an der die Studenten zu beteiligen sind. Das ist die auf Landesebene garantierte Wissenschaftsfreiheit, wie sie im Grundgesetz in Art. 5 Abs. 3 steht.

Das Land ist also verantwortlich dafür, dass am Universitätsklinikum – egal, ob es öffentlich-rechtlich organisiert ist, ob es formell oder materiell privatisiert wird – Wissenschaftsfreiheit herrscht. Das begrenzt ein Stück weit die Gestaltungsspielräume, die Sie im Hinblick auf Möglichkeiten der Privatisierung haben, weil Wissenschaftsfreiheit im öffentlichen Interesse besteht und natürlich ein privater Betreiber, wie mein Vorredner es gerade deutlich gemacht hat, andere, legitime eigene Gewinn- und Ertragsinteressen verfolgt.

Das bringt aber auch das Problem mit sich. Damit komme ich zu dem, soweit ich das dem Gesetzentwurf, der Presse und der heutigen Diskussion entnehmen konnte, was Ihre Ziele sind. Sie sehen einen hohen Investitionsbedarf. Sie möchten das Land von finanziellen Lasten dadurch befreien, dass Sie auf einen Privaten zurückgreifen, und erhoffen sich davon einerseits eine Entlastung des Staatshaushalts, andererseits eine gute Krankenversorgung. Dann hätten Sie natürlich – das darf ich unterstellen – auch gern die Wissenschaftsfreiheit gesichert. Sie möchten außerdem etwas für die Region tun.

Das ist ein relativ komplexes Vorhaben. Wenn jetzt die Frage ist, wie Sie das verwirklichen können, dann würde ich Ihnen als Verfassungsrechtler antworten: nicht mit diesem Vorschaltgesetz! Das Vorschaltgesetz ist unterkomplex, um es vorsichtig zu sagen. Sie regeln darin praktisch keine Fragen. Sie verweisen das Wesentliche an den Verordnungsgeber. Das entspricht nicht den Vorgaben der Verfassung. Weil Sie hier im Bereich der Grundrechte tätig sind, bei der Wissenschaftsfreiheit – ich könnte das auch noch auf den Sozialstaat hin erläutern –, muss der Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen treffen. Sie als Landtag, als Gesetzgeber, sind von Verfassungs wegen verpflichtet, die Eckpunkte dessen, was geschehen soll, in eigener Verantwortung zu regeln. Sie können das nicht per Verordnung oder auf dem Wege privatrechtlicher Verträge an die Landesregierung übertragen. Das verstößt nach der Verfassungsrechtsprechung gegen die Garantie der Wissenschaftsfreiheit. Sie würden dann Ihrer Verantwortung nicht gerecht.

Ich kann Sie also nur davor warnen, ein „Rumpfvorschaltgesetz“ zu verabschieden und die eigentlichen Fragen im Vertrauen darauf, dass die Landesregierung schon die richtigen Lösungen finden wird, deren Weisheit zu überlassen. Das müssen Sie selber regeln. Sie müssen das nicht in allen Einzelheiten regeln, aber Sie müssen die Grundlagen regeln. Sie müssen also regeln, wie etwa bei einer Privatisierung weiterhin Wissenschaftsfreiheit gesichert wird, wie gesichert wird, dass – soweit das geht – eine Selbstverwaltung etwa in Berufungsfragen vorhanden ist, wie gesichert wird, dass das Gemeinwohl in diesem Universitätsklinikum gewahrt wird und wie andererseits die berechnete Position des privaten Betreibers ebenfalls gesichert wird. Das ist eine schwierige

Abwägung, aber der können Sie sich nicht entziehen. Sie müssen Grundlagen dafür festschreiben, und zwar Sie als Gesetzgeber, nicht die Exekutive.

Deshalb wäre mein dringender Appell an Sie: Verabschieden Sie nicht solch ein Rumpfgesetz, mit dem Sie erst einmal ins Wasser springen und hoffen, alles andere werde sich finden. Sie verschlechtern dadurch auch die Position des Landes. Denn wenn Sie zunächst materiell privatisieren und erst nachträglich verlangen, jetzt möchten Sie von dem Betreiber noch die Übernahme dieser und jener Pflichten haben, dann lösen Sie Entschädigungsansprüche bei den Betroffenen aus, wenn Sie als Gesetzgeber tätig sind. Sie müssen praktisch gleichzeitig sagen: Was sind die rechtlichen Rahmenbedingungen, welche Pflichten kommen auf den Privaten zu – das wird der aus Eigeninteresse natürlich auch wissen wollen –, und wie können Sie insoweit Ihrer Verantwortung der Gemeinwohldurchsetzung gerecht werden?

Das ist meine wesentliche Stellungnahme.

Ich möchte noch auf zwei Punkte kurz eingehen, weil das vorhin angesprochen worden ist. Es ist einmal die Frage: Wie sieht es mit der Förderung durch den Bund aus? Da ist hier das Ganze ein bisschen als „politisch schon aushandelbar“ hingestellt worden. Ich weise Sie auf Art. 87 EG-Vertrag hin. Wenn ein Privater Investitionen übernehmen kann, die vorher aus Bundesmitteln, aus öffentlichen Mitteln, geflossen sind, ist das, EG-rechtlich gesehen, eine Beihilfe. Die Beihilfe ist im Prinzip unzulässig. Man müsste also sehr genau prüfen, wenn man nicht mit Brüssel Ärger kriegen will: Stehen dieser Beihilfe entsprechende Verpflichtungen gegenüber, sodass man sagen kann, das sei gerechtfertigt? Das ist, Europa-rechtlich gesehen, ungefähr das Gleiche, was Herr Einhäupl aus Sicht des Wissenschaftsrates gesagt hat: Es kann nicht sein, dass mit öffentlichen Geldern private Gewinne finanziert werden. Das verbietet das EG-Recht.

Zweiter Punkt, nur zur Erinnerung – darauf kann ich jetzt nicht weiter eingehen –: In dem Augenblick, in dem Sie sich in die Sphäre des Privaten begeben, tauchen steuerrechtliche Pflichten auf. Das ist in einigen Stellungnahmen auch angesprochen; ich bin nicht näher darauf eingegangen. Ich weise auf das Umsatzsteuerrecht hin. Sie werden dann in Kauf nehmen müssen, dass für die Leistungsbeziehungen praktisch Steuern entrichtet werden müssen, und zwar mit dem umsatzsteuerrechtlichen Nachteil, dass bei der öffentlichen Hand keine Vorsteuerabzugsmöglichkeit besteht.

Das ist aber nicht von Verfassungen wegen gefordert, dass Sie sich das klarmachen. Das würde ich mir an Ihrer Stelle nur aus finanziellen Gründen klarmachen.

**Prof. Dr. Scriba:** Der Letzte hat ja den Vorteil, dass er eigentlich keine fünf Minuten mehr braucht, um noch das Wenige zu sagen, was übrig geblieben ist. Aber vielleicht doch ganz kurz: Ich möchte in der Reihenfolge erst zur Privatisierung und dann zur Fusion ein paar Sätze sagen.

Der Sachverständigenrat hat zum Thema „Privatisierung von Uniklinika“ gesagt: Dazu gibt es keine Daten, keine Empirie, und deswegen brauchen wir dafür eine Versorgungsforschung, um zu sehen, wie das Outcome ist, wenn das gemacht wird, was er hofft: Wird das Ergebnis besser im Sinne einer Effizienzsteigerung?

Bedingung dafür, dass es gemacht werden darf, ist, dass es gut gemacht wird. Das wäre meine persönliche Auffassung. Es ist eigentlich ziemlich egal, ob Sie in staatlicher Regie oder in privater Regie fahren – Hauptsache, es wird gut gemacht. Man kann beides schlecht machen, und die Mehrzahl der Beispiele zeigt leider, dass es bisher schlecht gemacht wurde.

Das Essential, das ich gern zum Thema „Privatisierung“ los wäre, wäre es, ein bisschen die Angst davor zu dämpfen, dass die kapitalistische Profitgier Forschung und Lehre irgendwie besonders negativ beeinflussen würde. Forschung und Lehre bleiben hoheitliche Aufgaben des Staates, egal, in welcher Form er diese Aufgabe delegiert. Es wird immer so sein, dass, wenn ein Problem in diesen Bereichen entsteht, es an den Staat zurückfällt. Das ist meiner Meinung nach klar.

Was man sich fragen sollte, ist: Was ist eigentlich das Interesse eines Privaten z. B. an dem Thema Lehre? Nach meinem Verständnis hat er ein Interesse daran, die Mitarbeiter von Anfang an, von der Ausbildung an, auszubilden, die er dann per Weiterbildung später als Mitarbeiter haben kann. Da bieten vernünftige Privatisierer auch an, dass sie, weil es eine hoheitliche Aufgabe ist, die staatliche Finanzierung dieser Lehraufgabe für das Produkt, für den fertigen Arzt, kassieren.

Bei diesem Punkt hätte ich gern noch einmal eingehakt. Wir müssen uns doch fragen, was für Ärzte wir eigentlich brauchen. Wenn ich die Zeitungen richtig lese, dann sehe ich eine zunehmende Diskussion um Hausärztemangel. Heute haben wir gehört, es gebe demnächst auch einen Fachärztemangel. Also müsste doch überlegt werden, ob das nicht eine interessante Aufgabe für die eine oder andere Fakultät wäre, sich dem mit Teilen ihrer Lehrkapazität zu widmen. Das hätte natürlich zur Voraussetzung, dass eine entsprechende Anpassung der Approbationsordnung erfolgen würde.

Was für ein Interesse hat ein privater Kapitalgeber an Forschung? Auch das ist heute schon angesprochen worden. Das Motiv für den Privaten ist aus meiner Sicht, dass er in der Lage ist, Exzellenz zu demonstrieren, dass er also das, was Herr Einhäupl „Imagegewinn“ genannt hat, realisieren kann. Es geht ihm in Wirklichkeit aber um die besten Köpfe; denn die beste Qualität, die er in dem zunehmenden Wettbewerb in diesem „Markt“ braucht, kriegt er nur, wenn er denen bestmögliche Bedingungen bietet. Und die bestmöglichen Bedingungen müssen die Forschungsbedingungen beinhalten; sonst kommen die nicht. – So viel zur Beziehung zwischen Kapitalismus und Lehre und Forschung!

Jetzt doch noch ein paar Sätze zum Thema „Qualität der Krankenversorgung und kapitalistische Gier“. Was ich dazu gehört habe, überzeugt mich nicht. Es gibt – und es wundert mich, dass das nicht bekannt ist – sehr wohl Daten zum Thema „Qualität der Krankenversorgung in Deutschland in privatisierten Krankenanstalten“. Das kann man im Internet nachlesen. Ich habe die Adresse in meiner Zusammenstellung angegeben. Dort wird das anhand von Routinedaten gezeigt, die via DRG-Kodierung auch abgewogen sind. Die DRG-Diagnose bedeutet, dass der Schweregrad der Krankheit erfasst ist. Derjenige, der abrechnet, rechnet bestimmt nicht zu billig ab. Da muss man keine Sorgen haben. Er rechnet mit Sicherheit die höhere Krankengutgruppe ab, wenn er überhaupt einen Spielraum hat.

Wenn man diese Daten zusammenträgt und daraus das Thema Mortalität ableitet, dann kommt heraus, dass in den privaten Krankenhäusern eine geringere Mortalität für gleiche Schweregrade vorhanden ist als im gesamten deutschen Durchschnitt. Das sind Tatsachen, die man nachlesen kann.

Es kommt dabei auch heraus, dass in der Versorgungsstruktur und in dem Versorgungsprozess so etwas wie eine kontinuierliche Verbesserung zu erreichen ist. Ich will Ihnen das an einem ganz kurzen Beispiel klarmachen. Schauen Sie sich an, wie Gallenblasen operiert werden. Man versucht, mit der endoskopischen Operation immer höher, in die hohen 90er Prozentzahlen zu kommen. Das ist für die Routinedaten aus der ganz normalen Versorgung gezeigt. Die Daten stammen aus der DRG-Gruppe, und ich weiß, dass das Ganze inzwischen auf die AOK-Basis ausgedehnt wird, sodass man in Zukunft tatsächlich das, was in solchen privaten Ketten passiert, mit dem vergleichen kann, was mit den übrigen AOK-Versicherten in allen Krankenhäusern Deutschlands geschieht.

Es ist also nicht so, dass wir bezüglich der Qualität in privatisierten Krankenhäusern im Dunkeln tappen.

Das Grundgesetz ist schon erwähnt worden. Es gibt noch einen Artikel im Grundgesetz. Es ist Art. 74, in dem der Staat unter Nr. 7 die Versorgungsaufgabe, den Versorgungsauftrag für die Krankenhäuser an sich gezogen hat. Das steht im Grundgesetz!

Was passiert, wenn eine solche Klinikette tatsächlich pleite gehen sollte? Es fällt an den Staat zurück. Der Staat kann sich aus der ihm zugeschriebenen Versorgungsaufgabe überhaupt nicht herausziehen. Er kann sie nur delegieren. Ob er sie nun an eine Kirche oder an irgendeine Kommune delegiert oder die Sache in eigener Regie macht – was meistens das Schlimmste ist – oder ob er es privat delegiert, das ist doch letzten Endes nicht so wichtig. Das Entscheidende ist: Immer dann, wenn es schief geht, ist der Staat wieder da und hat das Ganze via Rückfallklausel zurückzunehmen. – So viel zur Privatisierung!

Jetzt noch ein paar Sätze zur Fusion: Ich persönlich sehe das als eine Chance, allerdings auch da wieder nur dann, wenn es gut gemacht wird. Es handelt sich um Klinika mit durchaus verschiedenem Einzugsgebiet, die man nicht total wird zusammenschieben können. Das wird nicht funktionieren. Die Patienten machen das nicht mit, die fahren diese 30 km nicht.

Es kommt darauf an, dass man innerhalb dieser Klinika einige wenige echte Schwerpunkte bildet. Von „Leuchttürmen“ war hier die Rede. Ob das gleich ein Leuchtturm ist und ob man den ausgerechnet im Agrarstaat Hessen gebrauchen kann, weiß ich nicht so ganz genau.

(Heiterkeit)

Aber „Leuchtturm“ soll heißen: Konzentrieren Sie doch die Forschungsmittel, die im Sinne des Zuschusses des Landes Hessen zur Forschung vorhanden sind, auf wenige wirklich konkurrenzfähige Gebiete, und verteilen Sie sie nicht auf 36 oder 37 verschiedene Lehrstühle. Überlegen Sie einmal, ob Sie nicht Kliniken, die in der Forschung weniger leistungsstark sind, auf Aufgaben in der Lehre und in der Krankenversorgung kon-

zentrieren – und fertig! Dann könnten Sie genügend Forschungsgeld „zusammenkarren“, um einige wenige Schwerpunkte zu haben, die dann wirksam arbeiten können.

In der Krankenversorgung ist Konzentration in dem Sinne hilfreich, wenn man das tut, was wir im Sachverständigenrat „Supermaximalversorgung“ genannt haben. Die besonders schwierige Versorgung sollte man zwischen den beiden Standorten verteilen und am besten Frankfurt gleich noch mit einbeziehen, damit die Dinge, die es nur einmal gibt, auch wirklich nur an einem Ort vereint sind. In diesem Sinne könnte ich mir ein optimiertes Konzept vorstellen.

Weil das HBMG angesprochen worden ist: Das HBMG soll für das zahlen, was Forschung und Lehre ist, solange es das HBMG noch gibt. Das, was Sie Krankenversorgung nennen und was dafür aus dem HBMG geflossen ist, soll doch nach meiner Überzeugung einer monistischen Finanzierung zugeführt werden. Dann brauchen wir diesen Streit nicht mehr zu haben. – Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Damit sind wir am Ende der zweiten Runde der Statements der Anzuhörenden und treten nun in die Fragerunde ein.

Abg. **Eva Kühne-Hörmann:** Ich habe zwei Fragen. Die erste richtet sich an Herrn Prof. Dr. Kox. Sie haben die Stichworte „Personal“ und „Motivation“ angesprochen und haben dargelegt, dass die herkömmlichen Hierarchien aufgelöst werden müssen. In Ihrer schriftlichen Stellungnahme gehen Sie detaillierter zum einen darauf ein, welche Bedeutung die Motivation des Personals hat, und zum anderen, welche Anreizmöglichkeiten es gibt, das Personal zu motivieren. Ich wäre dankbar, wenn Sie darstellen könnten, wie das in den einzelnen Schritten gelingen kann.

Die zweite Frage geht an Herrn Prof. Dr. Wieland. Sie haben dargestellt, Wissenschaftsfreiheit sei ein Problem, wenn man eine Privatisierung vornähme. Herr Prof. Dr. Scriba hat im Nachhinein, darauf eingehend, gesagt, Forschung und Lehre bleibt hoheitliche Aufgabe des Staates. Sie haben auch Beispiele in Ihrer schriftlichen Stellungnahme genannt.

Ich frage dazu: Können Sie sich als Verfassungsrechtler vorstellen, dass es auch hoheitliche Aufgaben gibt, die von einem privaten Betreiber oder von einem privaten Träger auch vertraglich so ausgestaltet werden, dass die hoheitliche Aufgabe Forschung und Lehre erhalten bleibt, wenn ja: in welcher Form? Das würde mich interessieren.

Prof. **Dr. Kox:** Lassen Sie mich mit der Auflösung von herkömmlichen Hierarchien und Strukturen anfangen. Das herkömmliche universitäre Krankenhaus hat ja den typischen Ordinarius und Chefarzt. Diese Strukturen sind bis heute so tradiert und fortgeführt worden. Wenn wir uns über die Grenzen Deutschlands hinaus orientieren, also vielleicht am angloamerikanischen Modell, dem so genannten Consultant-System, dann ist zu sagen: Dort haben wir im Grunde eine strenge Trennung zwischen Krankenversorgung auf der einen Seite und Forschung und Lehre auf der anderen Seite. Statt einen Chef zu haben, haben Sie 15 oder 16 Chefs, die dort in einem Universitätskrankenhaus in einer Fachabteilung tätig sind. Ein Vertreter ist halt der Prof., der Primus inter Pares ist.

Er ist eben nicht die herausgehobene Persönlichkeit, die sowohl Krankenversorgung als auch Forschung und Lehre vertreten muss, sondern es gibt diese Trennung, was auch im Sinne der Trennungsrechnung bei den Strömen von Geldern sehr hilfreich sein kann.

Dadurch werden die Hierarchien flacher. Flachere Hierarchien beinhalten natürlich auch, dass die Mitarbeiter, die in diesen Kliniken tätig sind, eine bessere Aufstiegschance haben. Sie sehen, dass sie viel besser Führungspositionen erreichen können, die dann auch dementsprechend finanziell ausgestattet sind.

Was die Mitarbeiterintegration betrifft und was die Mitarbeiter im Hinblick auf einen Fusionsprozess bewirken können, ist, dass es einfach reibungsloser geht, wenn Sie den Mitarbeitern für ihre Karrieremöglichkeiten einen Anreiz bieten, sie über finanzielle Anreize motivieren. Ich habe noch vom so genannten „Empowerment“ gesprochen: dass auf der unteren Ebene der wissenschaftlichen Mitarbeiter die einzelnen Personen sozusagen ein Miniunternehmen führen und selbst für das verantwortlich gemacht werden, was sie tagtäglich tun. Dann haben sie etwas, was sie mit in eine größere Unternehmensstrategie einbringen können.

Das führt zum nächsten Punkt: dass Mitarbeiter, wenn sie an kleinen und Miniunternehmen beteiligt sind, zum gesamtstrategischen „Alignment-Prozess“ beitragen können. Das heißt, dass sich die Gesamtstrategie eines fusionierten Unternehmens aus vielen kleineren Mosaiksteinchen zusammensetzen kann.

**Prof. Dr. Wieland:** Frau Abgeordnete, ich wollte mich nicht so verstanden wissen, dass Ihr Vorhaben nicht möglich ist. Das möchte ich ganz deutlich sagen. Ich denke nur, dass das Vorschaltgesetz die Aufgabe nicht bewältigt.

Was Sie ansprechen, ist die Frage: Wie können Sie sicherstellen, wenn Sie an eine Privatisierung denken, dass die Verantwortung, die die Verfassung dem Staat für Forschung und Lehre zuweist, weiterhin erhalten bleibt? Das kann man nicht in einem Vertrag machen. Das kann auch nicht die Landesregierung in einer Rechtsverordnung tun, sondern das muss der Gesetzgeber leisten.

Sie müssen sich das so vor Augen führen – das ist heute auch in mehreren Beiträgen deutlich geworden –: Wenn Sie einen privaten Betreiber haben, wird der legitimerweise sein Krankenhaus so effizient wie möglich führen. Je stärker Sie ihm öffentliche Pflichten auferlegen, wie etwa die, dass er Forschung und Lehre, dass er Wissenschaft berücksichtigen muss, dass er mit Selbstverwaltung leben muss – es ist angesprochen worden, dass es bei Berufungen ein Mitspracherecht der Fakultät gibt –, desto mehr sind das für ihn Kosten, die den Wert des Unternehmens mindern.

Das ist möglich. Ich würde mir an Ihrer Stelle aber überlegen, ob Sie wirklich diesen Weg der vollständigen Privatisierung gehen, weil Sie dann das Gemeinwohl nur durch sehr einschneidende gesetzliche Regelungen verwirklichen können. Mir erscheint es näher liegend, durch Public-Private-Partnerships in verschiedenen Sektionen zu versuchen, das Ziel zu erreichen, einerseits effizienter zu werden, privates Kapital einzubeziehen, und andererseits Ihrer staatlichen Aufgabe, Forschung und Lehre zu sichern, Wissenschaftsfreiheit zu gewährleisten, gerecht zu werden.

Mein Anliegen ist nur, dass Sie sich schon an dieser Stelle, an der Sie über die Grundfrage entscheiden, von Verfassungen wegen der Pflicht bewusst sein müssen, Forschung und Lehre gesetzlich zu gewährleisten, dass Sie das nicht einfach abwälzen dürfen und dass Sie sich klar sein müssen – das kann ich als Verfassungsrechtler gewissermaßen nur nebenbei sagen –, dass, je mehr öffentlich-rechtliche Verpflichtungen, je mehr Gemeinwohlverpflichtungen Sie dem Betreiber auferlegen, Sie desto eher damit rechnen müssen, dass er sagt: Das ist mir aber ein bisschen teuer. Denn das kostet ihn natürlich etwas, das macht seine Abläufe schwierig.

Deshalb muss man versuchen, möglichst intelligente Lösungen zu finden. Herr Kollege Scriba hat es auch gesagt: Es fällt letztlich doch immer wieder an das Land zurück. Es kann nicht im Interesse des Landes Hessen sein, dass es an einem unbestimmten Tag auf einmal als Auffänger dasteht und dann die Verluste oder das fehlgeschlagene Unternehmen neu finanzieren muss. Dann sind Sie finanziell wesentlich schlechter dran, als hätten Sie es selber weitergeführt.

Abg. **Eva Kühne-Hörmann:** Ich habe eine Nachfrage zu dem, was Sie eben gesagt haben. Ich habe das in der vorigen Runde auch schon einmal angesprochen; deswegen will ich es jetzt auch tun. – Wenn man davon ausgeht, dass das Land Hessen in diesem Prozess Anteile behält und genau dieser Fall eintreten kann, dass die Verantwortung des Landes wieder auflebt, wenn irgendetwas passiert, hätte ich gern gewusst, wie Ihre Bewertung dazu aussieht.

Das zweite Thema ist für Landtagsabgeordnete, die auch Haushaltsgesetzgeber sind, dass genau die Bereiche, die für Forschung und Lehre im Landeshaushalt zur Verfügung gestellt werden, extra ausgewiesen sind und im klinischen Bereich zur Verfügung gestellt werden. Das ist also auch ein Auftrag, den man bedenken muss.

Zum Dritten will ich nur darauf hinweisen, dass es sich bei der Fusion zunächst einmal um ein Vorschaltgesetz handelt. Es gibt die Möglichkeit, eine Ermächtigung zu geben und das im Verordnungswege zu machen. Man kann darüber streiten, ob das ausreicht oder nicht; aber darüber gibt es auch unterschiedliche Auffassungen, sodass zumindest der Gesetzgeber über das Vorschaltgesetz die Ermächtigung für eine Verordnung mit dem, was hier vorgeschlagen wird, geben würde.

Zu den drei Punkten hätte ich gern Ihre Positionen gehört.

Prof. **Dr. Wieland:** Zum ersten Punkt: Das hinge sehr davon ab, wie weit das Land Hessen Anteile an einem privatisierten Unternehmen behielte – das ist Ihnen vorhin auch geantwortet worden –, dass es seiner Verantwortung gerecht werden kann. Es würde nicht ausreichen, ein Minderheitsgesellschafter zu bleiben, weil man als Minderheitsgesellschafter, wenn das nicht rechtlich abgesichert ist, praktisch seine öffentlich-rechtlichen Pflichten nicht durchsetzen kann.

Wenn Sie aber Mehrheitsgesellschafter bleiben wollen, dann hätte ich Zweifel, ob Sie Ihr eigentliches Ziel erreichen können. Denn ein privater Investor wird sich, vorsichtig gesagt, nach meiner juristischen Einschätzung überlegen, ob er einem anderen das Sagen überlässt. Das scheint mir ein Dilemma zu sein: In dem Augenblick, in dem Sie

privates Kapital einbinden wollen und sagen, es solle effizient gewirtschaftet werden, müssen Sie dem Betreiber auch Spielraum lassen. Wenn Sie ihm aber den Spielraum lassen, können Sie nicht mehr selber die Verantwortung dafür übernehmen, dass die öffentlichen Interessen, dass die Grundrechte, dass die Wissenschaftsfreiheit gesichert sind.

Beides zusammen kann man, wenn überhaupt, dann nur durch sehr ausgeklügelte, komplexe und wohlüberlegte rechtliche Konstruktionen schaffen. Und man muss jemanden finden, der bereit ist, sich auf dieses Unternehmen einzulassen. Denn das sind Kosten. Das habe ich vorhin gesagt.

Meines Erachtens reicht die Verordnungsermächtigung, wie sie im Entwurf steht, nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und, so denke ich, auch des Hessischen Staatsgerichtshofes nicht aus, weil immer gesagt wird: Das Wesentliche muss der Gesetzgeber regeln. Eine Verordnungsermächtigung muss Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung der Exekutive enthalten. Es reicht nicht aus, dass Sie sagen, die dürfen privatisieren, sondern es muss auch gesagt werden, wie in dieser Situation sichergestellt wird, dass die Wissenschaftsfreiheit erhalten bleibt, dass auch eine Krankenversorgung erhalten bleibt usw., also die wesentlichen Punkte. Das darf man nicht auseinander fallen lassen.

Das ist mein Ansatzpunkt. Ein Vorschaltgesetz ist dort, wo es um Grundrechte geht, ungeeignet, weil Sie den zweiten Schritt vor dem ersten tun. Sie haben noch nicht die Grundrechte gesichert, machen aber schon den entscheidenden Schritt in die neue Welt und sagen: Wir privatisieren erst einmal im Vertrauen darauf, dass sich das nachträglich machen lässt.

Ich verstehe, dass Ihnen das Problem irgendwie dringlich ist und dass Sie, wie vorhin gesagt wurde, dieses sportliche Ziel haben, das in sechs Monaten zu erreichen. Ich kann nur darauf hinweisen: Der Rechtsstaat hat Kosten, und zu diesen Kosten gehört auch, dass sich ein Parlament die Zeit nimmt, entsprechende Regelungen zu schaffen. Man kann das nicht dadurch umgehen, dass man sagt: Das Ergebnis nehmen wir jetzt vorweg, und alles Weitere wird sich dann schon regeln.

Abg. **Anne Oppermann:** Herr Wolf, an Sie habe ich zwei Fragen. – Sie sprachen davon, den Klinikumsvorstand zu verkleinern. Wie sollte er Ihrer Meinung nach dann aussehen, und wer sollte darin vertreten sein?

Die zweite Frage! In Ihrer schriftlichen Stellungnahme weisen Sie auf Seite 418 im letzten Absatz darauf hin, dass möglicherweise eine Trennung von Vorklinik und medizinischer Versorgung erfolge. Ist Ihnen denn aber klar, dass für uns eine Grundvoraussetzung ist, dass an beiden Standorten, Gießen und Marburg, ein Krankenhaus der Maximalversorgung erhalten bleiben muss?

Eine Frage an Prof. Scriba: Sie sagten, das Motiv für Private sei, Exzellenz herzustellen. Stimmen Sie dann mit mir darin überein, dass ein Privater nur mit der besten Versorgungsqualität auf Dauer erfolgreich sein kann und dass er in die bestmögliche Qualität von Personal investieren wird, also einen Teil seines Gewinnes darin investieren wird?



**Dr. Wolf:** Zu Ihrer ersten Frage! Natürlich ist es keine Verkleinerung des künftigen Klinikumsvorstands in dem Sinne, sondern es wäre letztlich ein Klinikumsvorstand, der einheitlich von jeweils einem Funktionsträger der jeweiligen Position vertreten wird. Sie vermeiden auf die Weise entsprechende Standortrivalitäten, die in der Vergangenheit auch in der Presse öffentlich ausgelebt wurden, und tragen zur weiteren Planungssicherheit bei. Genau dort ist auch der Punkt, den ich vorher schon ansprach: dass über die beiden Fachbereiche auch weiterhin eine Doppelbesetzung im Klinikumsvorstand vorgehalten wird, was der Sache so nicht dienlich sein kann.

Zu Ihrer zweiten Frage: Maximalversorgung an beiden Standorten. – Wenn es Einrichtungen der Maximalversorgung sind, wie wir sie heute an beiden Standorten als voneinander unabhängige Krankenversorgungseinrichtungen mit diesen bekannten Doppelpvorhaltungen haben, mit Maximalversorgung in jeder Fachabteilung an jedem Standort, dann sage ich: Das kann nicht Ziel der Fusion sein und ist es auch nicht. Ich denke, das ist auch von Ihnen so nicht beabsichtigt.

**Prof. Dr. Scriba:** Das ist völlig richtig. Für die beste Versorgungsqualität in dem US-amerikanischen Hospital-Ranking sind die Mortalitätsraten, von denen ich gesprochen habe, heute bereits ein klares Werbeargument. Die arbeiten damit. Dass die Zahlen stimmen, habe ich zu erläutern versucht. Das geht über den DRG-Code.

Das ist dann tatsächlich auch das Motiv für den intelligenten privaten Betreiber, Teile seines Gewinns in die Exzellenz seiner Leute zu investieren. Sonst kann das nicht funktionieren.

**Abg. Dr. Thomas Spies:** Ich habe fünf Fragen. – Herr Wolf, Sie waren, wenn ich das richtig verstanden habe, anderthalb Jahre lang als externer Gutachter mit diesen beiden Uniklinika Marburg und Gießen befasst. Sie sind also von denen, die von außen gucken, offenkundig der, der die Dinge am besten kennt, und zwar ohne innere Betroffenheit.

Sie haben gesagt, die 200 Millionen € Investitionsmittel braucht man gar nicht, wenn man die Fusion anders gestaltet, als es vorgesehen ist. Können Sie uns noch ein bisschen genauer sagen, wie man es denn machen könnte?

Den Ausschussvorsitzenden bitte ich, meine Frage und Bitte an die Landesregierung weiterzureichen, ob wir dieses Gutachten, das im Auftrag der Landesregierung erstellt wurde, bekommen können.

Zweite Frage, und zwar an Herrn Wieland. Sie haben, wie ich es mir aufgeschrieben habe, gesagt, wir sollten als Landesgesetzgeber ein ordentliches Gesetz machen. Ich frage ganz naiv, weil ich das nicht weiß. Als Landesgesetzgeber kommen wir regelmäßig in die Schwierigkeit, dass der Bund alles Mögliche bestimmt und unsere Verfassung uns dann auch nicht mehr weiterhilft, geschweige denn ein einfaches Gesetz. Können Sie sich vorstellen, dass wir in die Situation kommen könnten, dass die von Ihnen eingeforderte detaillierte landesrechtliche Regelung am Ende mit Rechten eines solchen

Unternehmens, die sich aus Bundesrecht, aus dem Handelsrecht und sonst etwas, ergeben, in Kollision gerät? Wie können wir uns davor schützen, dass uns das passiert, dass wir am Ende mühevoll Forschung und Lehre geschützt haben und ein Unternehmen uns sagt: Das ist uns egal; denn Bundesrecht bricht Landesrecht.

Dritte Frage! Herr Prof. Scriba, Sie haben zwei Punkte angesprochen; der letzte war: Qualität als Wettbewerbsparameter. Ich habe einmal Chirurgie bei einem Ordinarius der Chirurgie gelernt. Der sagte mir bei der ersten Blinddarmoperation: Machen Sie die Hautnaht ordentlich! Das ist das Einzige, was der Patient beurteilen kann.

(Heiterkeit)

Möglicherweise ist das mit dem Werbemerkmale Qualität ähnlich.

– Das Beispiel beschreibt sehr genau, inwieweit der Patient Qualität als Werbeinstrument beurteilen kann.

Sie sind im Aufsichtsrat eines privaten Unternehmens, das besonderen Wert auf Qualität legt. Sie haben uns in Ihrer schriftlichen Stellungnahme dargelegt, dass auch ein privates Unternehmen Qualitätssicherungsstudien betreiben kann. Das hätte zwei denkbare Konsequenzen: Das würde heißen, dass man sich wünschen müsste, dass nicht Herr Stoiber der Chef des Krankenhauses wäre, in dem Sie leitend tätig waren, sondern ein Privater, wenn das besser wäre.

Ich erkenne durchaus an, dass Helios Kliniken GmbH bei bestimmten Krankheiten Qualitätssicherungsprogramme macht. Aber wir hatten gerade die Heuschreckendebatte. Stellen Sie sich einmal vor, eine Krankenhauskette gehört einem solchen Hedgefonds, dessen wesentliches Interesse es ist, Geld herauszuholen. Sind Sie sicher, dass die über einen hinreichenden Zeitraum die hinreichende Qualität genauso sicherstellen? Können wir auch für den Fall sicher annehmen, dass die Qualität gesichert bleibt, und ist ausgeschlossen – das ist doch die Frage und nicht, ob das auch gut laufen kann –, dass ein privater Eigentümer andere Interessen vor die Qualität setzt? Ich glaube, das kann man nicht behaupten.

Frau Stebel hat uns auf das Problem VBL verwiesen. Dabei fiel eine ganz hässliche Zahl. Wir hatten vorhin schon 350 Millionen €. Das waren jetzt die nächsten 350 Millionen €, sodass wir schon bei 700 Millionen € Risiko für das Land sind. Sie haben von einem möglichen Schadensersatzanspruch von 350 Millionen € gesprochen. Es waren schon einmal 2,3 Millionen € im Gespräch, als 2001 alle drei Unikliniken aus der VBL austreten wollten. Das waren damals allerdings D-Mark.

Erstens: Wer wäre Ihnen gegenüber schadensersatzpflichtig? Wäre das das Land, und könnte sich das Land überhaupt davon befreien?

Zweite Frage an Sie! In Ihrer Stellungnahme haben Sie darauf verwiesen, dass, wenn ein privater Betreiber Mitglied der VBL sein wollte, Sie eine Sicherheit verlangen würden. In welcher Größenordnung würde sich die bewegen? Ich hätte nur gern eine Art Hausnummer, wie viel der Private mehr leisten muss bzw. wie viel weniger wir dann an Kaufpreis erzielen.

Eine letzte Frage habe ich an Herrn Kox. Sie haben uns sehr deutlich dargelegt, wie wichtig es ist, die Mitarbeiter mitzunehmen. Abgesehen davon, dass das Klima zwischen Marburg und Gießen nicht von reiner Eintracht geprägt ist und das das Verfahren möglicherweise nicht unbedingt erleichtert, gibt es den Vorschlag einer Mitarbeiterbeteiligung. Ich weiß nicht, ob Sie das im Sinne von Mitreden oder auch von materieller Beteiligung meinten. Es gibt aus Mittelhessen den Vorschlag eines geschlossenen Immobilienfonds, an dem sich insbesondere Mitarbeiter und auch jedermann beteiligen könnten. Die Leute kaufen also ihr Krankenhaus in der Region. Wäre das eine Konstruktion, an die Sie dabei denken, dass auch eine ökonomische Mitarbeiterbeteiligung im Rahmen einer PPP-Finanzierung des neuen Krankenhauses in Gießen eine Rolle spielen könnte?

**Dr. Wolf:** Herr Dr. Spies, vielen Dank für die Frage. In dem Zusammenhang lege ich doch Wert darauf, dass ich nicht gesagt habe, die 200 Millionen würden nicht gebraucht, zumal ich die Grundlage dieses 200-Millionen-Investitionsbedarfs nicht kenne. Ein diesbezügliches Urteil kann sich keiner erlauben, der noch gar nicht weiß, welches Leistungsportfolio an dem jeweiligen Standort vorzuhalten sein wird – aus dem Grund vorher auch mein Einwand hinsichtlich dieser Summe.

Was ich zum Abbau von Doppelvorhaltungen gesagt habe, ist, dass sich vor dem Hintergrund des Abbaus von Doppelvorhaltungen möglicherweise eine vergleichsweise geringere Investitionssumme, ein geringerer Investitionsbedarf ergibt. – So viel in dem Zusammenhang!

**Prof. Dr. Wieland:** Herr Abgeordneter, das Problem besteht natürlich, das Sie angesprochen haben. In dem Augenblick, in dem Sie ein Universitätsklinikum aus dem öffentlichen Bereich heraus in den gesellschaftsrechtlichen Bereich übernehmen, taucht die Frage auf: Wie grenzt man die Gesetzgebungszuständigkeiten des Bundes für Gesellschaftsrecht gegen die Gesetzgebungszuständigkeiten des Landes für Hochschulrecht ab? Das ist, so würde ich ganz offen sagen, früher im Grundgesetz nicht mit bedacht worden, weil man sich nicht vorgestellt hat, dass etwa Universitäten oder Universitätsklinika privat betrieben werden. Trotzdem kann man das juristisch lösen.

Deshalb scheint mir aber auch die richtige Zeitfolge so wichtig zu sein. Mir scheint im Vorschaltgesetz der Weg angelegt zu sein, dass aufgrund einer Verordnung der Landesregierung privatisiert werden kann. Möglicherweise kommt nachträglich der Landesgesetzgeber und sagt: Liebes Unternehmen, ich möchte aber, dass du dies und jenes beachtest. Dann kann sich der Unternehmer wesentlich besser auf das Aktiengesetz, das GmbH-Gesetz, auf das Handelsrecht berufen und sagen: Meine Ziele sind handelsrechtlich, sind wirtschaftsrechtlich. Ich will versuchen, ein Unternehmen möglichst effizient zu führen. Ich will Gewinn machen. Das ist bei uns absolut legitim. Dagegen ist nichts einzuwenden. Das kann natürlich ein Stück weit mit dem öffentlichen Interesse parallel laufen, muss es aber nicht. Denn es kann Situationen geben, in denen es für den privaten Gesellschafter einfach günstiger ist, jetzt Kasse zu machen, als langfristige Krankenversorgung oder Wissenschaft zu betreiben. Das muss nicht, kann aber so sein.

Deshalb ist es meiner Ansicht nach auch vor diesem kompetenzrechtlichen Hintergrund unerlässlich, dass Sie im Vorhinein den hochschulrechtlichen Rahmen festzurren und sagen: Wenn es eine Privatisierung gibt, ist aber unabdingbar, dass Forschung und Lehre in folgenden Punkten berücksichtigt werden: Berufung, wissenschaftliche Freiheit, Abdeckung auch von Bereichen, die möglicherweise nicht sehr rentabel sind, die für den Privaten nicht relevant sind. Das müssen Sie festzurren, sodass jemand, der sich in dieses Gebiet hineinbegibt, von vornherein weiß, auf was er sich einlässt, und nicht hinterher sagen kann: Jetzt, wo ich meine AG gegründet habe, könnt ihr nicht noch mehr von mir verlangen. Wesentlich ist, dass der hochschulrechtliche Rahmen rechtzeitig geschaffen wird, und zwar nicht nur aus Gründen der Wissenschaftsfreiheit, sondern auch, damit dem Betreiber rechtlich klar ist, auf was er sich einlässt.

**Prof. Dr. Scriba:** Herr Abgeordneter, die Stichworte, die Sie mir geliefert haben, waren: Hautnaht und Heuschrecken. Zum Thema Hautnaht: Der Patient kann tatsächlich die Hautnaht beurteilen. Was er nicht beurteilen kann, ist, ob er gestorben ist. Was ich vorgebracht habe, waren Todesraten, beispielsweise – wenn Sie Chirurg sind – bei der Kolonkarzinom-Operation: Wie viel Prozent dürfen dabei sterben?

Das Interessante an dieser Serie finde ich, dass sich das von 1999 bis 2004 deutlich und eindeutig hat bessern lassen. Das ist das, was man erreichen kann. Das ist doch eine tolle Geschichte!

Um es noch einmal zu sagen: Die sind in der Bemühung um Qualität im Augenblick besser als alle deutschen Universitätskliniken. Daran besteht kein Zweifel. Ihre Daten sind so, dass man sagen kann: Ich bin sehr gespannt, wie das aussieht, wenn man die übrigen AOK-Patienten damit vergleicht.

Ganz wichtig ist noch: Es kommt darauf an, dass die Gewichtung stimmt. Das Gegenargument ist immer: Wir hatten ja die schwereren Fälle. Das ist klar. Aber über das DRG-System kriegen Sie die Gewichtung hinein. Das ist dessen Charme, und deswegen mag ich das DRG auch so gern.

Zu den Heuschrecken! Natürlich ist es eine Katastrophe, wenn der private Erwerber eines Universitätsklinikums nach fünf Jahren sagt, er habe keine Lust mehr, und verscherbelt das. Für mein Gefühl greift da, wenn es wirklich ganz schlimm kommt, die Rückfallklausel, die in dem Vertrag mit Sicherheit enthalten sein muss. An diese Rückfallklausel könnte man – so sehe ich das jedenfalls – im Zweifelsfall auch Qualitätskriterien sowohl für die Krankenversorgung als auch für Forschung und Lehre binden und sagen: Wenn der und jener Standard nicht eingehalten wird, dann gibt es eine Rückfallklausel. Das wäre jedenfalls mein Wunsch.

Im Übrigen kann ich nur sagen: Ich bin nicht nur in dem Aufsichtsrat von Helios Kliniken GmbH, sondern ich bin auch der Aufsichtsratsvorsitzende von Herrn Albrecht, der neben uns gesessen hat. Ich sage das deswegen, weil ich der Meinung bin: Das System, wie es in Sachsen praktiziert wird, funktioniert in lockerer staatlicher Regie hervorragend. Wenn es anderswo so gut gemacht würde, wie es in Dresden der Fall ist, dann hätte ich überhaupt keinen Grund, über Privatisierung zu reden. Nachdem es aber aus verschiedenen Gründen – administrativen, politischen, aber auch finanziellen – offenbar im Augenblick in Hessen ein Problem gibt, bitte ich, ernsthaft zu überlegen, ob die Pri-

vatisierung nicht eine ganz gute Idee ist. Ich persönlich bin sehr gespannt, wie das Ergebnis sein wird.

**Abg. Dr. Thomas Spies:** Ich habe mir diese Studien sehr interessiert angesehen. Sagen Sie nur noch eines, weil das der entscheidende Streitpunkt ist: Ist die Tatsache, dass das Unternehmen Helios Kliniken GmbH diese Qualitätssicherungen durchführt, daran gebunden, dass es einem privaten Eigentümer gehört, oder könnte nicht genau das Gleiche mit dem gleichen Engagement von den gleichen Personen genauso durchgeführt werden, wenn die Aktien des Unternehmens in öffentlicher Hand wären? Das wäre also eine Form wie in Dresden.

**Prof. Dr. Scriba:** Im Interesse der Zeitersparnis: ja.

**Frau Stebel:** Herr Abgeordneter, Sie haben angesprochen, dass wir vor einigen Jahren schon einmal Schätzwerte ermittelt haben. Die Situation war damals anders: Da ging es um den Gesamtkomplex aller hessischen Universitätsklinika. Jetzt haben wir die Situation, dass zwei, Gießen und Marburg, zusammengeführt werden sollen und denen als neu gegründete Anstalt auch das Personal im nichtwissenschaftlichen Bereich, das bisher noch beim Land Hessen als Arbeitnehmer beschäftigt wird, übertragen werden soll. Der Personenkreis, um den es geht und der dann zum Auslösen dieser Ausgleichsforderung führt, ist also geringer als damals.

Es handelt sich nicht um Schadensersatzforderungen – das wollte ich gern noch in dem Zusammenhang bemerken –, sondern darum, dass die Versorgungslasten durch einen Einmalbetrag ausfinanziert werden müssen. Das ist im Sinne eines versicherungsmathematischen Barwertes zu verstehen, der wie bei einem Anwartschaftsdeckungsverfahren erforderlich ist: dass eine Summe vorhanden ist, aus der die entstandenen Renten und Anwartschaften bis zum Tode der Berechtigten voll bezahlt werden können.

Zur Klarstellung: Wir haben damals, bevor es an die Ausgliederung der Anstalten als Universitätsträger ging, ermittelt, wie es wäre, wenn der gesamte Personenkreis – seinerzeit wurden uns 20.000 pflichtversicherte Arbeitnehmer vom Land Hessen benannt – bis zu seinem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben weiter bei der VBL versichert würde. Es ging nicht um eine vollständige Schließung, sondern um die Durchführung des so genannten Zäsurmodells. Es wurde also angedacht, eine Zäsur zu machen und die Betroffenen, die schon pflichtversichert waren, weiter zu versichern, aber keine neuen mehr. Deswegen war die Summe relativ hoch, die wir damals für dieses Modell ermittelt hatten: 2,3 Milliarden DM. Das sind also, geteilt durch 2, 1,15 Milliarden €.

Jetzt aber haben wir von einer vollständigen Schließung des Bestandes und keiner Weiterversicherung der heute aktiv versicherten Arbeitnehmer gesprochen. Für dieses Modell hatten wir damals, bei dem größeren Kreis von Arbeitnehmern, rund 1 Milliarde DM ermittelt. Das wären also rund 500 Millionen €. Wir haben jetzt eine Gesamtsumme, die sich eigentlich aus 350 Millionen € Ausgleichsforderung gegen das Land und 30 Millionen € gegen die Anstalten selbst zusammensetzt – das also für zwei Universitätskliniken und deren Beschäftigte, während das damals umgerechnet 500 Millionen € für den Gesamtkomplex aller Universitätsklinika waren.

Zur zweiten Frage: Wie sähe die Sicherheitsleistung aus, die zu fordern wäre, wenn ein privater Betreiber z. B. eine in eine Aktiengesellschaft umgewandelte Trägereinrichtung übernimmt? – Wir haben nach unserer Satzung verschiedene Möglichkeiten. Diejenige, von der bisher am meisten in der Praxis Gebrauch gemacht wurde, ist eine Gewährleistungserklärung einer juristischen Person des öffentlichen Rechts, in der Regel einer Gebietskörperschaft. Das ist auch in den anderen Privatisierungsfällen von Krankenhausträgern so gewesen, dass dann die vorher dieses Krankenhaus betreibende, tragende Gebietskörperschaft – –

(Abg. Nicola Beer: Über welche Summe, über die 350 Millionen €?)

– Es wäre letztlich nur im Falle eines Ausscheidens zu beziffern. Aktuell müsste man natürlich von diesem Gesamtvolumen ausgehen.

Deswegen kommt aus meiner Sicht eine andere Form der Sicherheitsleistung, nämlich eine Bankbürgschaft, kaum in Betracht, weil die sehr teuer wäre. Nehmen Sie etwa die Illiquidität oder den Konkurs eines solchen privatisierten Krankenhausträgers, verbunden mit dem Ausscheiden aus der VBL. Was dann zu zahlen wäre, muss gesichert werden. Wenn man eine Bürgschaft über eine solche Summe beschaffen will, muss zunächst einmal der Betreiber bei einer derartigen Größenordnung das überhaupt bekommen. Was jährlich für eine solche Bürgschaft gezahlt werden müsste, kann ich nicht einschätzen. Darüber müsste man auch mit dem privaten Betreiber reden.

Eine Gewährleistungserklärung z. B. des Landes Hessen wäre etwas, was jetzt nichts kostet, was nur eine Sicherheit für alle Fälle wäre. Das machen andere Gebietskörperschaften auch.

Dann gibt es alternativ noch den Zuschlag von 15 % zur Umlage, also 15 % des jetzigen Umlagesatzes dazu.

Abg. **Sarah Sorge**: Ich habe zunächst eine Nachfrage an Herrn Trümner. Sie haben in Ihrer Stellungnahme und auch mündlich darauf hingewiesen, dass Sie eine privat-öffentliche Anstalt bzw. Holding analog der Wasserbetriebe in Berlin befürworten würden. Dazu hätte ich gern genauere Ausführungen, wie das aussieht.

Zu den personalrechtlichen Fragen, zu denen Sie Stellung genommen haben, würde mich interessieren, ob Sie erwarten, dass es seitens des Personals eine Klagewelle geben wird, wenn das so umgestellt wird, wie es hier vorgeschlagen ist, und wie hoch die Chancen des Personals auf Erfolg bei diesen Klagen wären. Was wäre Ihr Gegenvorschlag, wie man das Ganze besser in den Griff bekommen könnte?

Ich habe noch eine Frage an Herrn Wieland. Sie haben die Wesentlichkeitstheorie sehr genau dargestellt und teilweise auch schon dargestellt, was Ihrer Meinung nach darunter fällt. Könnten Sie bitte noch detaillierter darauf eingehen, was Ihrer Meinung nach alles im Gesetz geregelt werden könnte, also nicht über eine Rechtsverordnung regelbar wäre.

Vielleicht könnten Sie, da das von einigen Experten vorgeschlagen wurde, auch noch Stellung nehmen, ob in dem Fall, dass die beiden Fakultäten zusammengelegt würden, das nicht auch über ein Gesetz zu machen wäre.

Ich habe dann noch eine Frage an Herrn Tecklenburg und Herrn Scriba, weil Sie diejenigen sind, die sich bei den infrage kommenden Betreibern besser auskennen. Nach dem, was wir hier gehört haben, erwarten wir mindestens 200 Millionen € Investitionssumme. Wir haben jetzt die Riesensummen bei der VBL gehört. Wir haben gehört, dass es zumindest fraglich ist, ob die HFBG-Mittel zurückgezahlt werden müssen. An Sie die Frage, weil ich mir das nicht vorstellen kann, ob es Ihrer Meinung nach unter diesen Voraussetzungen überhaupt nach wie vor für einen privaten Betreiber interessant ist, sich hieran zu beteiligen.

**Herr Trümner:** Frau Abgeordnete, zunächst einmal zur privat-öffentlichen Anstalt: Ich favorisiere nicht gerade das Berliner Wasserbetriebe-Modell, weil es aufgrund seiner Komplexität ganz einfach zu viele Schnittstellen unterschiedlicher Beteiligter beinhaltet und deshalb auch relativ schwerfällig ist. Mir würde schon ein Einheitsunternehmen vorschweben, in dem die unternehmerische private Beteiligung unmittelbar angelegt ist, also nicht über eine Holding des Privaten, der dann im Wege der Betriebsführung unsere Anstalt leitet. Das hat zudem noch öffentlich-rechtliche Probleme, die man vermutlich nicht vernünftig lösen können, gerade auch vor dem Hintergrund, dass Wissenschaftsfreiheit in Rede steht.

Die Überlegungen, auf die ich mit den Stichworten Ehlers und Zeiß Bezug genommen habe, sahen Modelle vor, bei denen man eine unmittelbare Kapitalbeteiligung und entsprechend der Kapitalbeteiligung auch teilweise unternehmerische Mitverantwortung bis zur Größenordnung von 25 % Kapitalbesitz einräumen durfte. Damit würden die Probleme der personellen und sonstigen sachlichen Legitimation innerhalb der öffentlich-rechtlichen Anstalt nicht aufgeworfen werden.

Man kann vielleicht noch am Rande bemerken: Der Einfluss im privatrechtlichen Bereich könnte natürlich atypisch durch konsortialvertragliche Abrede dergestalt ausgebildet werden, dass bei einer privaten Rechtsform gar nicht mal so sehr der Mehrheitsanteilsbesitz als vielmehr ein überdominantes Stimmrecht in wesentlichen Sachangelegenheiten für den Landesminderheitsgesellschafter vorgesehen würde. Dann müsste man allerdings den Konsortialvertrag entsprechend langlebig ausgestalten und unabänderlich machen. Das wirft allerdings wieder andere zivilrechtliche Probleme auf. – Das zu dem ersten Komplex Ihrer Frage. Ist das aus Ihrer Sicht ausreichend?

(Abg. Sarah Sorge: Zu dem ersten ja!)

Die zweite Frage ist, ob ich eine Klagewelle erwarte. Wenn Sie mich so fragen, kann ich Ihnen erst einmal nur sagen: Ich bin in dieser Sache von niemandem mandatiert.

(Heiterkeit)

Aber Sie werden an den Ausführungen gemerkt haben, dass wir sehr unterschiedliche Ausgangssachverhalte haben. Ich vermute, dass die Gruppe derer, die noch mit einem

Arbeitsvertrag bis zum 31.12.2000 angefangen haben, doch eine relativ große personelle Gruppe in beiden Häusern darstellen wird.

Hierzu ist die Regelung in dem § 3 des Gesetzentwurfes doch mehr als aufklärungsbedürftig. Ich habe den Bemerkungen anderer hier im Raum entnommen, dass sie davon ausgehen, dass auch dieses Personal vertragsrechtlich auf die Fusionsanstalt und dann späterhin weitergereicht werden würde. Dies wird aus Gründen des europäischen Arbeitsrechts nicht möglich sein, um das ganz klar zu sagen. Eine zustimmungsfreie Durchreichung dieses Personals, das Sie im Jahre 2000/2001 haben stehen lassen, können Sie jetzt nicht mehr nachholen. Der Fehler ist vor fünf Jahren gemacht worden, wenn Sie darin einen Fehler sehen wollen.

Sie haben es mit einer Art Leiharbeitsverhältnis zu tun. Wenn bei einem Leiharbeitsverhältnis der Entleiher im Wege eines Betriebsüberganges ausgewechselt wird, dann kriegt er auch nur das Gläubigerrecht auf die Dienstleistung in die Hand, aber nicht das Vertragsrecht mitgeliefert. Wenn Sie meinen, mit der Versetzung plus Überleitungsanordnung in § 3 das alles nachholen zu können, so müssen Sie wohl damit rechnen, dass dort Klagen kommen, weil man die Leute um ihre Zustimmung hätte fragen müssen.

Insofern unterscheidet sich dieser Fall auch ganz gravierend von dem in Hamburg anlässlich des Landesbetriebes Krankenhäuser durch das Bundesarbeitsgericht im Mai 2001 entschiedenen Fall. Dort war auch der Sachverhalt so, dass eine landesgesetzliche Umbildung vorgenommen wurde und das Widerspruchsrecht einkassiert worden war. Das war aber nur dadurch zu rechtfertigen, dass – so das Bundesarbeitsgericht – der formale Arbeitgeber derselbe geblieben war. Vor allen Dingen gestützt auf die Gewährträgerhaftung ist dies begründet worden.

Wenn Sie aber bedenken, dass Sie die jetzt noch nicht einmal sechs Monate in der Anstaltsform durchlaufen lassen wollen, um dann sofort in Privatrechtsform zu kommen, dann möchte ich wissen, wie Sie den Sozialschutz der Arbeitnehmer – die dann keine Gewährträgerhaftung mehr auf ihrer Seite haben werden, wenn sie erst einmal formal privatisiert sind; denn da gibt es keine Gewährträgerhaftung, und eine Konzernhaftung greift hier auch nicht durch –, den das BAG letztlich in der Entscheidung Hamburg hat ausschlaggebend sein lassen, hierher transferieren wollen. Das wird Ihnen nicht gelingen. Damit werden Sie Schiffbruch erleiden. Dann hängt die ganze Geschichte heftig in der Luft.

Die einzige sichere Gruppe sind die, die ab dem 01.01.2001 mit der Anstalt in ein Arbeitsvertragsverhältnis eingewilligt haben. Denen kann man zwar formal sagen, sie hätten ein Widerspruchsrecht; es wirkt aber rechtlich wie eine arbeitnehmerseitige Kündigung. Insofern ist das „Steine statt Brot“, wie ich gesagt habe.

Bei den Beamten kriegen Sie das Problem mit der Zuweisung. Der Beamte schleppt ja die weitere Ungewissheit mit sich, was aus ihm denn unter der Privatägide werden könnte, zumal sich die Vor-Gesetzgeber offenbar herzlich wenig Gedanken gemacht haben, wie es denn damit klappen soll. Diese Beamten werden möglicherweise Sorge verspüren, dass es mit ihrem Schicksal irgendwann in dem Bereich der Krankenhausbeschäftigung sein Ende haben wird. Ich könnte mir durchaus vorstellen, dass auch die mehrfach die Neigung verspüren, eine Zuweisungsverfügung oder sogar das Gesetz im



Wege einstweiligen Rechtsschutzes anzugreifen. Denn der Landesgesetzgeber würde – ich hatte es vorhin gesagt – vorrangiges Bundesrecht mit seiner vorgesehenen Regelung über die Zuweisung verletzen, wenn sie in der Weise verstanden würde, dass eine gesetzlich angeordnete Zuweisung vorgenommen wird. Denn die Zuweisung kann nur aufgrund einer Einzelverfügung, natürlich als Seriengeschäft ausgefertigt, vorgenommen werden.

Hier steht also § 123a Abs. 2 Beamtenrechtsrahmengesetz im Raum und vor dem Landesrecht.

**Prof. Dr. Wieland:** Sie hatten mich danach gefragt, Frau Abgeordnete, was wesentlich sei und was geregelt werden müsse. Ich würde bei meiner Antwort von Art. 60 Abs. 1 der Landesverfassung ausgehen. Dort ist eine Schutzverpflichtung des Staates für die Universitäten und die Wissenschaft geregelt, die Aufsicht des Staates darüber und – dritter Punkt – die Selbstverwaltung.

Die Schutzverpflichtung bezieht sich darauf, dass die persönliche Freiheit des Wissenschaftlers gewährleistet sein muss. Er muss also entscheiden können, was er forscht, mit welchen Methoden er forscht. Da wird man irgendeinen Ausgleich zu den Interessen des privaten Betreibers finden müssen. Das ist eine äußerst heikle Frage: Wie weit kann man etwa einen MedizinProf., der jetzt an dem privatisierten Klinikum arbeitet, davor schützen, dass sein Arbeitgeber aus seinen legitimen Gewinninteressen heraus ihm praktisch seine Forschung vorgibt?

Das ist ein ganz wesentlicher Punkt, den der Gesetzgeber regeln müsste. Dazu gehört etwa auch die Freiheit in zeitlicher Hinsicht: Wie viel Zeit darf eigenbestimmt für Forschung verwendet werden, was ist an Krankenversorgung zu leisten? Das muss nicht im Gesetz detailliert geregelt werden, aber Sie müssen im Gesetz die Eckpunkte dafür vorgeben und Ihrer Schutzverpflichtung dadurch gerecht werden, dass Sie auch eine belastbare Position damit schaffen.

Außerdem: institutionelle Absicherung. Wissenschaftsfreiheit hat auch einen institutionellen Gehalt. Das ist die Frage der Selbstverwaltung, die hier angesprochen worden ist. Das ist vor allen Dingen wichtig bei Berufungsfragen. Es ist heute Nachmittag schon mehrfach angesprochen worden. Es muss auch von Verfassungs wegen einen maßgeblichen Einfluss der Wissenschaftler, die am Universitätsklinikum tätig sind, auf Berufungsentscheidungen geben. Auch da gibt es Gegeninteressen des Betreibers. Das ist sehr schwierig abzugrenzen. Man wird aber nicht einfach sagen können: Das entscheidet in Zukunft der Private; der ist schließlich Arbeitgeber. Vielmehr ist der Gesetzgeber verpflichtet, Selbstverwaltung unter Beteiligung der Studenten sicherzustellen. Insoweit muss ein Stück weit die Privatautonomie des Betreibers von Verfassungs wegen eingeschränkt werden.

Schließlich die Frage: Wie ist es, wenn Fakultäten zusammengelegt werden? Auch das unterliegt einem institutionellen Gesetzesvorbehalt. Der Gesetzgeber müsste das vom Grunde her regeln, und er müsste die Grundstrukturen regeln. Er müsste also etwa sagen: Wie wird die Leitung von beiden zusammengelegten Fakultäten organisiert, wo wird sie angesiedelt, wird doppelt besetzt, wird gestuft besetzt? Das sind Fragen, die vermutlich nicht ganz konfliktfrei zu regeln sind. Das müsste sich aber der Gesetzgeber,

wenn er diesen Weg gehen will, antun. Er müsste das demokratisch verantworten, auch vor dem Wähler als Souverän, welchen Weg er dort gehen will.

(Abg. Sarah Sorge: Frage, ob das bei der Zusammenlegung der Fakultäten geregelt werden muss!)

– Ja, bei der Zusammenlegung der Fakultäten. es wäre gerade dieser institutionelle Vorbehalt, wo man sagen muss: Das muss vom Grunde her vom Gesetzgeber geregelt werden, die Grundstrukturen, wie man sich das vorzustellen hat. Das hängt ein bisschen davon ab: Je weiter die Fakultäten in Ausübung ihres Selbstverwaltungsrechts sich selbst einigen, können sie das grundrechtlich geschützt tun. Aber wenn sie sich nicht einigen, kann nicht das Ministerium das allein entscheiden, sondern da muss der Gesetzgeber die Grundzüge regeln.

**Dr. Tecklenburg:** Ein privater Betreiber wird erst einmal, wie Herr Wolf das schon richtig gesagt hat, alle Pläne und Wunschlisten für Renovierungsbauten und Neubauten, die es gibt, kräftig unter die Lupe nehmen und wird sie in aller Regel erst einmal verwerfen, sich aus der Vogelperspektive Marburg und Gießen angucken und dann ein neues Konstrukt basteln und aus dieser Sicht heraus investieren. Dann sind das nicht mehr 200 Millionen € für Gießen, sondern vielleicht 300 Millionen € für das Gesamtunternehmen. Aber dann steht da auch eine exzellente Klinik. Sie sieht allerdings ganz anders aus als die beiden Kliniken, die heute dort stehen.

Die 300 Millionen €, so würde ich sagen, schrecken erst einmal gar nicht. Bei einem Umsatz beider Kliniken zusammen allein aus dem Krankenversorgungsbereich, den ich schätzen muss, von ungefähr 450 Millionen € wäre eine Investitionssumme von 300 Millionen € in Immobilien absolut machbar. Es gibt eine Zahl, dass man bei Unikliniken als Kontinuum damit rechnen muss, ungefähr 12 % des Umsatzes in Investitionen zu stecken. Das wäre durchaus machbar. Insofern ist diese Zahl realistisch.

Was den VBL-Anteil der Unikliniken angeht, so sind die 30 Millionen € nicht das Problem. Das ist ein rein finanzmathematisches Rechenbeispiel. Ob man aussteigt und ein alternatives Modell findet, das kapitalgedeckt ist – dafür gibt es Modelle –, oder ob man, wie das die meisten Projekte machen, erst einmal in der VBL bleibt und entweder die 15 % bezahlt oder aber das Land oder die Kommune eine Verpflichtung übernimmt – das ist alles gängige Praxis. Das ist schon mehrfach durchgespielt worden.

Insgesamt muss man sagen, dass das für jeden privaten Träger, der dazu überhaupt in der Lage ist – und es gibt überhaupt nur vier Unternehmen in Deutschland, die dafür infrage kommen –, so interessant ist, dass diese beiden Summen sie nicht abschrecken. Das war Ihre Frage. Aber der Kaufpreis ist dann null. Das muss Ihnen klar sein. Denn das addiert sich: Kaufpreis plus solche Verpflichtungen. Wenn dann noch komplizierte Rechtsgeschäfte dazukommen wie Einreden von dem und jenem – das hatte ich vorhin schon gesagt –, senkt das den Kaufpreis auch bis zu einem negativen Kaufpreis. Auch das hat es schon gegeben, dass ein Verkäufer dem Käufer mehrere Millionen mitgegeben hat, damit er das Objekt doch übernimmt.

Prof. **Dr. Scriba:** Die Geschäftsführung hat gesprochen. Zum Glück muss der Aufsichtsrat hinterher nur prüfen, ob das alles gestimmt hat, was die gesagt haben, und dann das Ganze absegnen.

Aber ich sehe auch das Ganze als im Prinzip wohl machbar. Es kommt halt nur darauf an, dass es gut gemacht wird. Das habe ich alles erklärt.

Abg. **Nicola Beer:** Wir wollen natürlich auch, dass es gut gemacht wird. Deswegen stellen wir auch so viele Fragen, weil wir Zweifel haben.

Die erste Frage richte ich an Herrn Prof. Wieland. Herr Prof. Wieland, ich bin Ihnen sehr dankbar dafür, dass Sie das so klar aufsortiert haben, warum ein Landesgesetz notwendig ist, um auch die weiteren Schritte zu verfolgen, warum man nicht sagen kann: Wir machen jetzt schnell ein Vorschaltgesetz, dann haben wir die meisten Probleme vom Hals, und alles andere – Stichwort: Privatisierung, wie weitgehend usw. – überlegen wir uns anschließend.

Das hat zum einen etwas mit der Absicherung von Grundrechten zu tun. Es hat aber sicher auch etwas mit dem Selbstverständnis von Abgeordneten zu tun, gerade im Hinblick darauf, dass ich meine, dass auch die mittelhessische Region einen Anspruch darauf hat, dass wir als Parlamentarier uns damit beschäftigen und das nicht in irgendein Hinterzimmer verschieben.

Sie haben angedeutet: Vielleicht kann man auch über den Weg der Gestaltung der Verordnungsermächtigung noch ein bisschen was machen, indem man das konkretisiert. Das bleibt ja in diesem Gesetzentwurf sehr vage. Gibt es denn Privatisierungen, die über eine detailliertere Verordnungsermächtigung abgewickelt worden sind und die Sie für stichfest halten?

Meine zweite Frage geht an Frau Stebel von der VBL, und diese Frage ist zweigeteilt. Zum einen ist die Frage von Ausstiegsmöglichkeiten – Stichwort: Kündigung der Beteiligung an der VBL – nach § 22 Ihrer Satzung unter anderem auch abhängig von der Frage der Wesentlichkeit des auszugliedernden Personalbestandes im Verhältnis zum gesamten bei der VBL vorhandenen Personalbestand.

Mich würde interessieren, denn das habe ich in Ihrer Satzung nicht gefunden: Wo ist bei Ihnen die Wesentlichkeitsgrenze? Was sind für Sie Kriterien: Ab wann wird es wesentlich, und bis wann ist es noch nicht wesentlich?

Ich setze einmal die drei denkbaren Handlungsalternativen nebeneinander: Ausstieg der jetzt noch getrennten Institutionen, Ausstieg einer fusionierten Anstalt des öffentlichen Rechts und späterer Ausstieg des Privaten. Wir müssen im Hinterkopf haben, dass der Gesetzentwurf vorsieht, das gesamte Landespersonal nicht wissenschaftlicher Art auf die neue Anstalt öffentlichen Rechts überzuleiten.

Habe ich Sie richtig verstanden, dass die dritte Version die teuerste ist? Der Private steigt mit dem gesamten Personal, das er übernimmt, aus, weil es ihm zu teuer ist. Das haben wir heute schon gehört: Kapitalgedeckt können wir das wesentlich preiswerter auch für die Arbeitnehmer mit günstigeren Anwartschaften und Renten anbieten. Ist die

dritte Version die teuerste? Das würde für mich bedeuten: Wir müssen jetzt darüber nachdenken, was wir mit der Personalüberleitung machen und wer wann was finanziert. Darf die neue Anstalt überhaupt in der VBL bleiben, oder muss sie schon hinaus?

Der dritte Bereich richtet sich an Herrn Tecklenburg. Sie haben eben so schön für die Grundstücke und Investitionsmaßnahmen aufgezeigt: Der externe private Interessent kommt von außen aus seiner Vogelperspektive, und dann wird er sich erst einmal überlegen, ob das alles bei den bisherigen Planungen überhaupt sinnvoll ist.

Das müsste doch an und für sich – und dann bin ich wieder bei der Zeitschiene – auch für sonstige Abteilungsverteilung, Schwerpunktbildung im klinischen Bereich gelten. Ich habe einfach etwas das Problem, dass es meiner Meinung nach zwei Modelle gibt und sich der Gesetzentwurf in der Mitte hält und keine der optimalen Geschichten davon erreicht.

Heute ist in der ersten Runde der Sachverständigen gesagt worden: Jetzt machen wir die Fusion, und dann schauen wir zwei bis drei Jahre, wie wir das mit der Privatisierung am sinnvollsten händeln. Das wäre das eine Modell. Das andere Modell ist: Es muss jetzt ganz schnell gehen. Dann frage ich mich aber, wenn es ganz schnell gehen muss, warum man in diesen sechs Monaten versucht, noch so viel wie möglich an Strukturvorgaben „reinzuhauen“, von denen ich Zweifel habe, dass ein Privater sie sonderlich interessant findet, es sei denn, man redet mit ihm darüber, dass man ihm die Braut so herrichtet, wie er sie nachher kaufen möchte.

Ich muss mich doch nun als Land Hessen, so denke ich, zwischen den beiden Varianten entscheiden. Das sehe ich momentan nicht. Man richtet irgendwie her, wie man sich denkt, dass vielleicht ein Privater das gut finden könnte. Aber ob die Zielsicherheit gegeben ist, das wirklich so hinzukriegen, dass es nachher noch einer kaufen will, da habe ich meine Zweifel.

Weil Sie so für die Medizinische Hochschule plädiert haben – mir ist das ja durchaus sympathisch –, frage ich Sie: Wie lösen Sie dann das Problem der Einbeziehung des Fachbereiches, wie sie momentan noch in der Universität besteht? Nehmen Sie z. B. Gießen: Da gibt es eine ganz große Profilbildung im Bereich der Lebenswissenschaften, die bedingt, dass der Fachbereich Medizin mit der Veterinärmedizin, mit der Biologie, mit der Chemie usw. zusammen ist. Jetzt muss ich natürlich, wenn Sie sagen, wir machen einen Fachbereich – das haben heute viele Sachverständige gesagt –, oder wir machen sogar eine Medizinische Hochschule, fragen: Wie stelle ich das weiter sicher, ohne die Universität wiederum so zu schwächen, dass sich diese ganze Zusammenlegung für uns als nicht sinnvoll erweist?

**Prof. Dr. Wieland:** Frau Abgeordnete, selbstverständlich wird man auch mit Verordnungsermächtigungen arbeiten können. Das will ich in keiner Weise ausschließen. Der wesentliche Punkt ist nur, dass alles Wichtige der Gesetzgeber regeln muss. Das ist die Reichweite des Parlamentsvorbehalts.

Ich weiß, dass diese Antwort für Sie, die Sie Gesetze schaffen müssen, vielleicht nicht sehr befriedigend ist; aber leider hat das Bundesverfassungsgericht auch immer nur gesagt: Das Wesentliche muss in diesem Grundrechtsbereich das Parlament regeln.

Ich habe bei meiner vorigen Antwort versucht zu skizzieren, wo ich den wesentlichen Bereich sehe. Das ist überall da, wo es um die Grundfragen der Wissenschaftsfreiheit geht. Das Nähere kann dann die Landesregierung auf der Grundlage einer entsprechenden Verordnung detaillierter regeln, gewissermaßen das Unwesentliche.

Selbstverständlich wird man hinterher auch mit dem privaten Betreiber Verträge schließen müssen. Dagegen ist von Verfassungs wegen auch nichts einzuwenden. Der entscheidende Punkt ist nur, dass das Parlament über alles Wichtige selbst vorab entscheiden muss. Das Wichtige ist tatsächlich vor allen Dingen die Gewährleistung der Wissenschaftsfreiheit und, wenn Sie das Sozialstaatsgebot ernst nehmen, natürlich auch die Gewährleistung einer angemessenen Krankenversicherung.

Man muss sich darüber im Klaren sein, wie man die Befugnisse des Privaten, der legitimerweise seine privat-autonomen Ziele verfolgt, der wirtschaftlich tätig sein will, auf der einen Seite gegen das öffentliche Interesse an Wissenschaftsfreiheit auf der anderen Seite abgrenzen will. Da gibt es auch nicht, von der Verfassung vorgegeben, nur eine Lösung, sondern es gibt Gestaltungsspielräume. Aber wie gestaltet wird, das muss das Parlament verantworten, und es muss klar sagen: So viel muten wir dem Betreiber wegen der erwähnten Kosten zu – das nehmen wir in Kauf –, und so viel wollen wir ihm aber auch sichern, damit es für ihn noch interessant bleibt. Man wird einen Kompromiss finden müssen; aber diesen Kompromiss muss das Parlament finden und nicht die Regierung.

Frau **Stebel**: Frau Abgeordnete, zur ersten Frage: Wo ist die Wesentlichkeitsgrenze angesiedelt, von der an die VBL Ausgleichsbeträge gegenüber Beteiligten, die ausgliedern und diesen Bestand an Versicherten nicht weiterversichern, geltend machen muss? – Es handelt sich in unserer Satzung um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Wir haben versucht, Kriterien anhand von anderen Gesetzesbestimmungen zu finden, womit man diesem unbestimmten Rechtsbegriff etwas konkretere Formen geben kann. Es gibt einen Vorstandsbeschluss vom letzten Jahr, in dem man gesagt hat: in der Regel bei 10 %.

Dieser Komplex der Arbeitnehmer des Landes Hessen, um die es geht, betrifft 4.600 von knapp 60.000. Das ist natürlich eine gewisse Größenordnung, mit der wir bisher noch nicht zu tun hatten. Man muss auch die Gesamtsituation betrachten. Das Land Hessen zahlt in 2004 insgesamt schon weniger, als es an Rentenleistungen fordert. Die VBL zahlt also mehr, als das Land Hessen insgesamt an die VBL zahlt.

Wenn jetzt noch ein Komplex von 4.600 Arbeitnehmern herausgenommen würde, dann können wir für die Renten, die für den Universitätsklinikbereich inzwischen gezahlt werden – das ist von 176 Millionen € im Jahre 2004 ein Anteil von rund 13,5 Millionen € – davon ausgehen, dass überhaupt keine Einnahmenumlagen mehr vorhanden sind. Dann übersteigen die Kosten, die das Land Hessen verursacht, für die VBL bei weitem die Einzahlungen. Das wird mit Sicherheit bei einer solchen Entscheidung, die durch unsere Organe getroffen werden muss, ob wir bei diesem Sachverhalt eine Ausgleichsforderung gegenüber dem Land geltend machen, mit erwogen werden.

Die zweite Frage bezog sich auf die Höhe der Barwertforderungen gegenüber den Anstalten. Ich muss dazu sagen: Es bedarf im Grunde keiner Kündigung; denn mit der Zusammenführung ist nach dem Gesetz eigentlich die Neuerrichtung einer Anstalt verbunden. Eine neue Rechtsperson entsteht, und die Verträge mit den beiden untergegangenen Anstalten würden dann eo ipso enden. Dann wären diese Beteiligungen beendet.

Ich weiß nicht, zu welchem Zeitpunkt Sie die neue Anstalt errichten wollen. Aber wenn das sehr bald wäre, dann würden nach unserer heutigen Schätzung die Gegenwertforderungen in der Summe für beide Anstalten rund 30 Millionen € betragen, unterschiedlich hoch, ich glaube, 14 und 16 Millionen € im Einzelnen.

Wenn nun die neue Anstalt weiter bei der VBL beteiligt wäre und die Arbeitnehmer weiter versichert würden, dann kämen durch die weiteren Monate auch neue Anwartschaften hinzu. Es würde unter Umständen auch aus diesem Bestand der Anstalt Gießen/Marburg als Träger der Universitätsklinik künftig neue Rentenfälle entstehen. Bisher ist es praktisch nur eine Hand voll von Renten, die seit der eigenen vertraglichen Beteiligung bei der VBL Mitte 2001 entstanden sind. Aber das Gros der Forderungen, also diese 30 Millionen €, entfallen auf die 2.600 versicherten Arbeitnehmer.

Es gibt nicht unbedingt den Schluss: Das eine ist eine teurere Lösung, und das andere ist eine billigere Lösung. Wenn man heute aus der VBL aussteigt, ist naturgemäß der Anspruch geringer, als wenn noch weitere Anwartschaften, und wenn es auch nur für wenige Monate ist, hinzukommen und eventuell weitere Rentenfälle entstehen.

Abg. **Nicola Beer:** Ich habe eine Nachfrage zum Verständnis. Sie haben die 4.600 – in Ihrer Stellungnahme waren es noch 5.000 – den 60.000 gegenübergestellt. Das ist genau mein Punkt. Diese 10 bis 15 % habe ich auch immer gehört. Das liegt aber darunter. Dann wäre also die ganze Geschichte nicht wesentlich. Denn wir sprechen im Grunde genommen von drei getrennten Töpfen: Wir haben nichtwissenschaftliches Personal in zwei Töpfen bei den jetzigen Anstalten. Die haben aber so wenige Anwartschaften, weil die erst zu 2001 frühestens eingestellt werden konnten. Wir haben momentan noch einen großen Topf beim Land, der zurzeit gestellt wird. Wenn ich diese Töpfe anfasse und transferiere, muss ich meines Erachtens sehr genau wissen, was ich tue. Das ist aus meiner Sicht der teure Topf, weil die darin Befindlichen schon länger als seit 2001 beschäftigt sind und deswegen die Anwartschaften entsprechend hoch sind.

Ihrer Meinung nach sind also diese 4.600/5.000 in diesem Topf nicht wesentlich?

Frau **Stebel:** Das kann ich jetzt nicht sagen; denn das muss einer Entscheidung unserer Organe vorbehalten bleiben.

Wir haben versucht, diesem unbestimmten Rechtsbegriff „Wesentlichkeit“ – in der Vorschrift heißt es: „wenn ein wesentlicher Teil der versicherten Arbeitnehmer ausgegliedert und auf einen anderen, nicht beteiligten Arbeitgeber übertragen würde“ – anhand von bestimmten Kriterien etwas mehr Genauigkeit zu verleihen. Aber es ist nichts, was ganz strikt in jedem Fall so gilt, sondern man muss die Gesamtumstände dabei bewerten. Es kommt natürlich ganz entscheidend auch auf die Größe des auszugliedernden

Bereiches an, also auf die Anzahl der Versicherten, die künftig nicht mehr weiter versichert werden, und die Ausfälle, die uns bei den Einnahmen dadurch entstehen.

**Dr. Tecklenburg:** Das Entscheidende wird das Konzept sein, das man verfolgt, und genau in dem Dilemma sind Sie auch. Das habe ich in meine Stellungnahme hineingeschrieben, genau so, wie Sie es gesagt haben. Entweder Sie machen die Braut jetzt hübsch. Dann müssen Sie aber die Verantwortung übernehmen, dann muss jetzt die gestaltende Kraft vorwärts getrieben werden. Ich denke, es sind genügend kluge Köpfe in Gießen und Marburg vorhanden, die eigentlich die richtige Idee schon im Kopf haben, wie es gehen könnte.

Aber dann brauchen sie auch die Perspektive, dass man ihnen die Chance gibt, dieses neue Gebilde gemeinsam vorwärts zu bringen, um zu einem späteren Zeitpunkt immer noch zu entscheiden: Nein, es hat nicht geklappt, wir verkaufen. Aber die Chance müsste erst einmal da sein. Denn Sie werden keine guten Führungskräfte dazu bekommen, jetzt – ich darf es einmal so ausdrücken – die „Drecksarbeit“ zu machen, nämlich die Umstrukturierung in dem Wissen durchzuführen, dass dann, wenn die Drecksarbeit gemacht ist, die hübsche Braut verkauft wird. Dafür finden Sie niemanden, es sei denn, er kriegt viel Geld dafür, dass er das tut.

Die Alternative dazu ist: Wenn Sie sich entscheiden zu privatisieren, dann haben Sie es relativ einfach. Denn dann können Sie den privaten Betreibern einen Wettbewerb auferlegen. Der ist aber nicht in sechs Monaten machbar, sondern für die Komplexität braucht man – das ist realistisch – ein Jahr. Sie machen dann einen Beauty-Contest und lassen diejenigen Bewerber, die ein gutes Konzept haben, das vorstellen. Wenn die eine reelle Chance sehen, dann wird auch sehr viel Geld investiert. Bei der Größenordnung werden die Unternehmen alle ungefähr 1 Million € gern für ein entsprechendes Konzept in die Hand nehmen.

Aber es muss dann auch verkauft werden. Denn sonst haben Sie Schadensersatzklagen am Hals. Das muss dann fair sein.

„Strukturvorgaben jetzt“ ist genau der Punkt. Das ist das Dilemma, das wir Ihnen meines Erachtens auch nicht abnehmen können. Wir können Ihnen nur das Pro und das Kontra aufzeigen.

Zur Medizinischen Hochschule! An zwei Punkten gibt es Schnittstellen: Entweder haben Sie die Schnittstelle Nr. 1 innerhalb der Universität zwischen Universität und der Medizinischen Fakultät, oder Sie haben Schnittstelle Nr. 2: innerhalb des Universitätsklinikums zur Fakultät.

Man muss sich nun fragen: Wo ist die Verflechtung höher? Ist sie innerhalb des Universitätsklinikums mit der Fakultät, oder ist sie zwischen Universität und Fakultät? Dazu sage ich Ihnen aus meiner Sicht, aber vor dem Hintergrund der Medizinischen Hochschule: Die Schnittstelle innerhalb der Klinik ist natürlich sehr viel größer zwischen der Medizin und den Theoretikern. Gerade weil Forschung und Lehre am Patienten stattfinden, soll an der Stelle nicht die Schnittstelle sein. Wir wollen gerade durch neue Ausbildungsgänge, durch Reformstudiengänge ein neues Medizinstudium installieren, bei dem wir diese Trennung zwischen Physikum und Klinik aufheben. Wir wollen doch eine

bessere Ausbildung machen. Deswegen brauchen wir an der Stelle die Zusammenarbeit der Theoretiker und der Praktiker.

Dann heißt es, die Schnittstelle geht hinüber in den universitären Bereich. Das heißt: Die Medizinische Fakultät wird aus der Universität herausgelöst und wird in die Medizinische Hochschule übertragen.

Gibt es Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit z. B. mit den Tierärzten oder den Biochemikern usw.? Nein, die gibt es nicht. Das ist heute internationaler Standard, dass viele Universitäten miteinander kooperieren, sei es auch mit nicht universitären Einrichtungen wie Max-Planck-Institut oder Fraunhofer-Institut etc. Da finden mittlerweile überall große interdisziplinäre Forschungsvorhaben statt, auch in der Medizin, sodass man das sehr gut organisieren kann.

Es gibt sogar einen Vorteil, der sich aus der Trennung ergibt. Das ist der Wettbewerb um die Mittel. Wenn es innerhalb einer Universität Forschungsvorhaben gibt, habe ich einen gemeinsamen Wettbewerb um einen einzigen Topf. Wir haben in Hannover die Universität, die Tierärztliche Hochschule, die Medizinische Hochschule, wir haben die Fachhochschule, und wir haben die GBF, eine Großforschungseinrichtung, die Helmholtz-Einrichtung, und die Max-Planck-Gesellschaft. Alle machen gemeinsam Forschungseinrichtungen. Die Kommunikation ist sehr viel unbelasteter und einfacher, weil sie rein von den Sachthemen bestimmt ist und nicht vielleicht von Zwischentönen, die sich aus einer Fakultätssitzung oder einem Fakultätsrat ergeben. Man streitet nicht um einen gemeinsamen Topf, sondern jeder hat seinen Topf für sich. Inhaltlich lässt sich also mindestens genauso gut Forschung in einem getrennten System machen.

Was ich auch im Hinblick auf eine moderne Ausbildung der Lehre nicht machen würde, ist die Trennung: reines Klinikum auf der einen Seite und reine Forschung auf der anderen Seite. Da kommen ganz viele Dinge, die in verschiedenen Stellungnahmen stehen: Das Mehrwertsteuerproblem tritt dann nämlich tatsächlich bei den Dienstleistungen in einer sehr großen Höhe auf. Da entstehen riesige Probleme.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Wir wären damit am Ende der ersten Runde unserer Anhörung. Die Regierungsfractionen haben ihre Fragezeit überzogen. Daher ist es nur fair, zu fragen, ob auch die Oppositionsfractionen noch Zeit zum Fragen brauchen.

Abg. **Priska Hinz:** Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Wolf. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme darauf hingewiesen, dass es ein Problem geben könnte, wenn sich ein privater Betreiber vor allen Dingen auf ertragreiche Felder der Krankenversorgung zurückzieht – oder spezialisiert, je nachdem, wie man es nennen will. Haben Sie Vorstellungen darüber, wie sich dies zum einen auf die Frage des jeweiligen Standortes als Krankenhaus der Maximalversorgung, aber auch auf das Thema der Abteilungsverteilung auswirken kann?

Es ist vorgesehen, dass sich die beiden Kliniken im Rahmen der Fusion schon einmal darauf verständigen, welche Abteilung künftig wo weitergeführt wird. Aber es kann auch sein, dass ein privater Betreiber mit der Außensicht auf die Investitionen, die notwendig sind, andere Schwerpunktbildungen setzt, als diejenigen, die im Fusionsprozess abge-



sprochen wurden. Ist das möglich, oder wie könnte man so etwas verhindern? Wie könnte sich dies auf die regionale Krankenversorgung auswirken? – Ich weiß aber nicht, ob Sie dazu überhaupt etwas sagen können und ob Sie damals in Ihrem Planungsauftrag so etwas überhaupt diskutiert haben.

Meine zweite Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Dr. Wolf, aber vor allen Dingen auch an Herrn Trümner, Herrn Dr. Tecklenburg und Herrn Prof. Dr. Wieland. Wenn man aus den beiden Fachbereichen eine medizinische Fakultät bilden will, wann tut man dies am cleversten? Sollte man das mit der Fusion oder vor der Privatisierung entscheiden, weil es möglicherweise auch Auswirkungen auf die Frage hat, wo hinterher Schwerpunktbildungen stattfinden, und damit auch Auswirkungen auf die Verhandlungen mit dem privaten Betreiber haben muss? Oder hat diese Entscheidung Zeit bis nach einem Verkauf des fusionierten Klinikums? Wann muss der Landesgesetzgeber die Entscheidung treffen, beide Fakultäten zu fusionieren?

**Dr. Wolf:** Frau Abgeordnete, die Frage, welches Leistungsportfolio künftig von einem privaten Betreiber angeboten wird, würde ich Ihnen gern beantworten. Aber mangels seherischer Fähigkeiten kann ich das nicht. Ich kann Ihnen die Frage nicht beantworten, was ein künftiger privater Betreiber an beiden Standorten in welchem Umfang und in welcher Art vorhalten wird. Das tut mir leid, aber dazu kann ich nichts sagen.

(Abg. Priska Hinz: Das wird er selbst noch entscheiden!)

Dazu sind entsprechende Konzeptionen erforderlich, die ohnehin entwickelt werden müssen, unabhängig davon, ob ein privater Betreiber mit ins Spiel kommt oder nicht. Aber das sind Hausaufgaben, die noch erledigt werden müssen. Es tut mir Leid, aber ich kann Ihnen dazu nicht mehr sagen, so gern ich es täte.

(Abg. Priska Hinz: Okay! Die Frage ist damit beantwortet!)

**Dr. Tecklenburg:** Im Grunde genommen müssen Sie so schnell wie möglich entscheiden, da Sie das Problem haben, dass beide Universitätskliniken wahrscheinlich schon heute darunter leiden, dass im Moment keine großen Drittmittelgeber zu investieren bereit sind. Des Weiteren stehen wir international in einem Wettbewerb um Talente. Das heißt, wir haben keine besonderen attraktiven Arbeitsbedingungen für junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in Deutschland. Man muss schon gute Arbeitsbedingungen anbieten, damit sie auch kommen. Mit dieser unsicheren Situation, in der Sie momentan in Gießen und Marburg sind, können Sie doch nicht im Ernst erwarten, dass jemand, der talentiert ist und Karriere machen will und vielleicht zwei oder drei Angebote hat, nach Gießen oder Marburg kommt. Wenn er ein Alternativangebot von einer mindestens gleichwertigen Universität im In- oder Ausland hat, geht er woanders hin, weil er nicht weiß, was aus Gießen oder Marburg wird. Egal, was Sie tun, aber Sie müssen so schnell wie möglich zu einem Konzept kommen.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Wird eine zweite Runde gewünscht?

Abg. **Nicola Beer:** Herr Dr. Tecklenburg, Sie haben die beiden Handlungsmöglichkeiten erläutert: Entweder Hübschmachen oder Privatisierung auf jeden Fall, aber dann möglichst schnell, damit die Perspektiven klar sind. Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie aber bei der ersten Handlungsalternative, nämlich Hübschmachen, meinten, dass aus dem Hübschmachen auch die Möglichkeit resultieren können muss, wir machen es so gut, dass wir so bleiben, wie wir uns jetzt hübsch gemacht haben?

Sie haben gesagt, erst später entscheiden hat nicht geklappt, also müssen wir doch verkaufen. Wäre also das Mitnehmen der Belegschaft für das Hübschmachen der Anreiz dafür, dass wir später doch nicht verkauft werden?

**Dr. Tecklenburg:** Ich denke, Sie haben im Land und in den beiden Universitäten genügend kluge Köpfe, dass man ihnen die Chance geben kann, selbst ein gutes Modell zu entwickeln.

Zwei wichtige Voraussetzungen sind dafür erforderlich: Sie müssen zum einen eine klare Führungsstruktur haben, eine klare Abgrenzung zur Universität. Und Sie brauchen entweder einen direkten Zugang zum Kapitalmarkt oder aber über PPP-Modelle einen indirekten Zugang zum Kapitalmarkt, indem man Prozesse outsourct bzw. Kooperationsmodelle entwickelt.

Ich glaube, dies ist nach meinem Gefühl und von der Diskussion her das Erfolg versprechendere Modell; denn das kann man machen, das kann man verkaufen, und damit können Sie morgen anfangen. Die Privatisierung ist nach allem, was wir heute gehört haben, noch sehr unausgegoren. Es ergeben sich noch große Fragezeichen. Sie ist machbar, wird aber bestimmt einen langen Zeitraum in Anspruch nehmen. Dieser lange Zeitraum wird für beide Standorte sehr schädlich sein.

Wenn Sie mich so fragen, ist es klar: Sie sollten zunächst versuchen, es selbst hinzubekommen, aber mit einer Begleitung eines Expertenrates – wegen der Partikularinteressen von Einzelpersonen, deren Einflussmöglichkeit auf die beiden Kliniken durch biologische Gründe endlich ist.

(Heiterkeit – Zuruf von der SPD: Sehr nett formuliert!)

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Ich würde gern an dieser Stelle die Frage des Fusionsprozesses noch einmal vertiefen. Ich habe sowohl aus der Stellungnahme von Herrn Dr. Wolf als auch insbesondere von Herrn Prof. Kox herausgelesen, es sei eigentlich völlig einsichtig, dass die Frage der Beteiligung der Mitarbeiter auf allen Ebenen eine große Rolle spielt. Ich glaube, ich verrate kein Geheimnis – ich habe das vorhin schon einmal etwas scherzhaft angedeutet –, wenn ich sage, das Klima zwischen Gießen und Marburg erinnert einen manchmal an das Verhältnis zwischen Deutschland und Frankreich 1872, aber gelegentlich mit verteilten Rollen.

Abg. **Hartmut Holzapfel:** Zwischen Frankfurt und Offenbach!

(Abg. Nicola Beer: Das ist gar nicht mehr so schlimm, wie es einmal war!)

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Das Verhältnis zwischen Frankfurt und Offenbach ist sehr harmlos gegen so manchen Eindruck, den man beim Verhältnis zwischen Gießen und Marburg gewinnt.

Halten Sie unter diesen Bedingungen den Fusionsprozess für schaffbar? Welche Anforderungen muss man erfüllen, um dies hinzubekommen, ohne dass klimatische Probleme dauerhafte Hindernisse bedeuten? Haben Sie eine Vorstellung davon, welchen Zeitrahmen wir veranschlagen müssen, bis dieser Betrieb überhaupt in sich funktionieren kann, bevor man sich der nächsten Frage zuwendet? Ist die Frage einer ökonomischen Mitarbeiterbeteiligung ein sinnvoller Weg, um produktiven Beteiligungswillen zu befördern?

**Prof. Dr. Kox:** Bevor ich Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums in Münster wurde, war ich zwölf Jahre lang Ordinarius an der Charité in Berlin. Ich bin also sozusagen dreifach fusionsgeschädigt: einmal direkt nach der Wende mit unseren östlichen Kollegen, dann durch die Fusion mit dem Virchow-Klinikum und vor eineinhalb oder zwei Jahren durch die Fusion mit dem Benjamin-Franklin-Hospital. Dass diese Fusion gelungen ist, kann keiner der Beteiligten in Berlin behaupten. Aus diesem Grunde hatten wir unter meiner Leitung vor etwa fünf oder sechs Jahren eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich genau mit dem von Ihnen erwähnten Mitarbeiterbeteiligungsmodell, also einem so genannten Management-Buy-out oder – wenn Sie so wollen – Management-Buy-in, beschäftigt hat. Wir haben in dieser Arbeitsgruppe ein fertiges Konzept entwickelt. Genau das ist eigentlich das Modell, unter dem eine Fusion arbeiten kann oder effektiv vollzogen werden kann. Dabei beteiligen sich die einzelnen Mitarbeiter in einem Krankenhaus als Koinvestoren zu einem größeren Investor an dem Betreiben dieses Krankenhauses.

Ich möchte noch einen Gedanken vorbringen: Wenn in dem Vorschaltgesetz steht, dass zwei Häuser der Maximalversorgung erhalten bleiben sollen, kann ich davor nur warnen, weil das ein Modell ist, das sicherlich nicht zu Synergien führen wird. Die beste Lösung, um eine Fusion zum Arbeiten zu bringen, ist sicherlich das neue Haus auf der grünen Wiese, das wahrscheinlich auch jeder private Investor favorisieren wird. Wir sprechen heutzutage auch oft über Portalkrankenhäuser. Dann könnten die beiden noch bestehenden Kliniken zu Portalkrankenhäusern des neuen Klinikums werden. Wenn Sie neue bauliche Strukturen haben, können Sie auch neue interne Strukturen verfestigen oder einführen, um ein solches Fusionsmodell zum Arbeiten zu bringen. Das Management-Buy-in würde ich also voll begrüßen und würde sagen, dass dies ein Modell der Zukunft ist.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Vielen Dank! Ich darf mich bei denjenigen, die bis jetzt ausgeharrt haben, herzlich bedanken und darf diejenigen entschuldigen, die schon vorher gehen mussten, weil sie andere Termine wahrnehmen mussten. Ich danke Ihnen noch einmal für die angeregte Diskussion. Wir unterbrechen nun die Sitzung für eine kurze Pause und gehen danach über zur Anhörung der kommunalen Familie.

(Unterbrechung von 20.13 Uhr bis 20.24 Uhr)

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Meine Damen und Herren, ich darf nun den letzten Teil der heutigen Anhörung aufrufen.

Folgende Stellungnahmen liegen vor: eine Stellungnahme des Hessischen Landkreistages, Nr. 99; eine Stellungnahme des Hessischen Städte- und Gemeindebundes, Nr. 100; eine Stellungnahme des Landkreises Gießen, Nr. 59; eine Stellungnahme des Landkreises Marburg-Biedenkopf, Nr. 22; eine Stellungnahme des Magistrats der Universitätsstadt Marburg, Nr. 58; eine Stellungnahme des Oberbürgermeisters der Stadt Gießen, Nr. 76; eine Stellungnahme des Oberbürgermeisters der Stadt Marburg, Nr. 11 und je eine Stellungnahme der Stadtverordnetenversammlung der Universitätsstadt Gießen – Nr. 12 – und der Universitätsstadt Marburg, Nr. 42. Nach meinen Unterlagen liegt keine Stellungnahme des Hessischen Städtetages vor.

(OB Haumann: Den vertrete ich mit!)

– Gut. Die Krankenhauskonferenz Gießen-Marburg hat sich nicht geäußert.

(Herr Hofmann: Sie ist aber durch mich heute vertreten!)

Wir hatten für diesen Teil der Anhörung verabredet, dass wir auf eine Wiederholung der schriftlichen Stellungnahmen verzichten, zumal sie alle schon hinreichend lange vorliegen und gelesen werden konnten. Wenn es Ihnen Recht ist, können wir somit direkt in Rückfragen und Ergänzungen einsteigen. Ich glaube, dies ist auch im Interesse derjenigen, die hier hergekommen sind.

Abg. **Anne Oppermann**: Herr Oberbürgermeister Möller, das Klinikum in Marburg ist der größte Arbeitgeber. Sehen Sie durch die Fusion und die anschließende vorgesehene Privatisierung positive Auswirkungen auf den heimischen Arbeitsmarkt?

OB **Möller**: Frau Oppermann, danach war bisher nicht gefragt. Aber gefragt wurde danach, welche Auswirkungen dies auf die Region hat. Ich habe vorhin zugehört. Vorhin wurden Europafragen, Rechtsfragen und Arbeitnehmerfragen diskutiert. Dazu haben wir uns auch nicht geäußert.

Uns geht es darum, dass die Vollversorgung weiterhin garantiert wird, dass die Schwerpunktbildung – abgesprochen mit Gießen – funktioniert, dass auch bei einer Privatisierung die Arbeitsplätze weitestgehend erhalten bleiben und dass Forschung und Lehre nicht untergehen, sondern einen eigenen Stellenwert in der Landesverantwortung behalten. Das ist eine Forderung aus der Region. Ich glaube, so ist auch meine schriftliche Stellungnahme, die sehr kurz, aber doch präzise ist, zu verstehen.

Dasselbe gilt übrigens auch für den Magistrat der Stadt Marburg, der die Stellungnahme der Stadtverordnetenversammlung der Universitätsstadt Marburg übernommen hat. Es war gut, zu hören, dass man sehr stark differenziert zwischen denjenigen, die sich an einer Privatisierung unter der Überschrift beteiligen, all die Forderungen, die gestellt wurden, zu erfüllen und dabei auch Gewinn zu erzielen, und denjenigen, die vielleicht

als Gewinnmaximierer bezeichnet werden können und die auf fünf Jahre abschreiben. Das ist genau das, was Marburg nicht will.

**Abg. Dr. Thomas Spies:** Ich glaube, der Erhalt von Forschung und Lehre steht außer Frage. Wir haben vorhin gehört, dass uns die Verfassung ohnehin dazu zwingt. Aber bedeutet der Erhalt der Arbeitsplätze in der Region konkret, dass das Land den Erhalt der Arbeitsplätze tatsächlich sicherstellen soll, also dass das vertraglich zu regeln ist? – Der fromme Wunsch an einen privaten Betreiber, er möge die gleiche Zahl von Arbeitsplätzen behalten wie vorher, mag zwar vorgetragen werden, aber dies wird ihn nicht wirklich beeindrucken, es sei denn, es ist verbunden mit der Forderung, dass das Land dies vertraglich festlegt.

Des Weiteren habe ich eine Frage an beide Landkreise. Gesetzt den Fall, das Krisenszenario eines wie auch immer gearteten Ausfalls privater Betreiber tritt ein: Gibt es denn Überlegungen, was Sie tun, wenn Sie in die Verlegenheit kommen, den Sicherstellungsauftrag der Krankenversorgung erfüllen zu müssen, der bislang durch die Universitätsklinik hinreichend abgedeckt war?

**OB Möller:** Herr Kollege Dr. Spies, die Sicherung von Arbeitsplätzen in der Region dürfte Ihnen aus Marburg bekannt sein. Auch unsere Umstrukturierungen sind immer mit Überleitungsverträgen für Mitarbeiter verbunden gewesen, in denen alle rechtlichen Dinge geregelt worden sind. Dies ist etwas schwieriger, weil es unterschiedliche Vorgänge sind. Bei uns ist in solchen Situationen mit den privaten Investoren und mit den GmbHs immer eine Regelung gefunden worden, die bedeutet, dass Arbeitsplätze erhalten werden.

Dass es andere Arbeitsplätze sein müssen, weil umstrukturiert wird, ist kein Geheimnis. Sie wissen auch, wie viele Menschen im Klinikum keine unbefristeten Lebensarbeitsplätze, sondern Zeitverträge haben. Umstrukturierung muss sein, aber wie man Überleitungsverträge gestaltet, ist kein Geheimnis. Das kann man nachrechnen. Wenn man die Gewerkschaften als Partner hinzunimmt, hat man kein Problem mehr damit.

**Landrat Marx:** Meine Damen und Herren, ich möchte heute noch die schriftliche Stellungnahme zu den Unterlagen des Ausschusses nachreichen, die der Landkreis Gießen aufgrund einstimmiger Beschlusslage vom Dezember 2003 und vom Februar 2004 im Kreistag zur Position des Uniklinikums getroffen hat. Das Wesentliche in der Stellungnahme ist, dass sich die politischen Gremien darüber einig sind, dass die Landesregierung die isolierten Pläne – so im Schriftsatz vom 11. Februar 2004 – zur Fusion der Universitätsklinik Gießen und Marburg aufzugeben hat und ein Gesamtkonzept „Hochschulmedizin in Hessen“ gemeinsam mit allen Betroffenen aufzustellen hat. Das war die einstimmige Position des Kreistages.

Herr Dr. Spies, für den Fall X, der hoffentlich nie eintreten möge, habe ich in meiner Stellungnahme vom 28. April deutlich zum Ausdruck gemacht, dass das Land Hessen im Falle einer Insolvenz eines privaten Betreibers – – Ich habe seinerzeit noch von einer Ausfallbürgschaft gesprochen. Ich gehe heute so weit, dass ich sage, es reicht nicht aus, eine Ausfallbürgschaft vonseiten des Landes als bisherigem Gewährträger sicher-

zustellen. Um die Fortsetzung der Institute sicherzustellen, müsste aus meiner Sicht eine Gewährleistungsbürgschaft hinzukommen, weil die Landkreise und Städte einen solchen Auftrag von dieser Wertigkeit nicht sicherstellen können.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel:** Dürfte ich Sie bitten, Ihre schriftliche Stellungnahme nach vorn zu bringen, damit wir sie der Ausschussvorlage anfügen können?

**Dr. Werner:** Ich möchte für den Landkreis Marburg-Biedenkopf antworten. Wenn der private Betreiber die Krankenversorgung nicht mehr sicherstellen könnte – Sie nannten es Krisenszenarium –, so wäre dies tatsächlich der absolute Gau. Es geht nicht nur um Ausfallbürgschaften – eine Ausfallbürgschaft ist etwas Wirtschaftliches –, es geht auch um die fachliche und die medizinische Weiterversorgung. Für diesen Gau gibt es keine Planung. Ich möchte es präzisieren: Die Kommunen können diesen Ausfall nicht auffangen.

Abg. **Priska Hinz:** Ich habe zunächst einmal eine Frage an den Vorsitzenden der Krankenhauskonferenz Gießen-Marburg, Herrn Hofmann, im Hinblick auf die Auswirkungen auf die regionale Patientenversorgung. Ist bei der Planung in der Krankenhauskonferenz die Konsequenz einer Fusion und Privatisierung der Unikliniken schon Gegenstand der Verhandlungen gewesen? Wie war die Krankenhauskonferenz bislang in die Verhandlungen der Landesregierung über die Frage einer Fusion und Privatisierung eingebunden, und welchen Einfluss müssten Sie für diesen Bereich haben? Welche Konsequenzen und Auswirkungen eines privatisierten Klinikums erwarten Sie?

Des Weiteren habe ich eine Frage an die beteiligten kommunalen Gebietskörperschaften, und zwar an die Stadt Gießen, den Landkreis Gießen, die Stadt Marburg und den Landkreis Marburg-Biedenkopf. Wir haben vorhin gehört, dass es wahrscheinlich ist, dass bei einer Fusion und einem Verkauf an einen privaten Betreiber nicht zwei Häuser der Maximalversorgung übrig bleiben, sondern dass sich Änderungen ergeben werden. Ist bei Ihnen schon einmal im Hinblick auf die Konsequenzen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung diskutiert worden, dass das Krankenhaus, das derzeit Uniklinik ist, dann nicht mehr Krankenhaus der Maximalversorgung sein wird?

Herr **Hofmann:** Als Vorsitzender der Krankenhauskonferenz Gießen-Marburg bin ich seit kurzem in die Projektgruppe Krankenversorgung einbezogen. Vor diesem Hintergrund fühle ich mich durchaus informiert.

Die Krankenhauskonferenz selbst hat sich in ihrer letzten Sitzung in der vergangenen Woche im Grunde genommen erstmals damit befasst. Wir sind dabei auch durch einen Vertreter des Ministeriums, Herrn Weber, informiert worden. Konkrete Auswirkungen waren aber noch nicht bzw. noch zu wenig erkennbar, um darauf angemessen reagieren zu können. Deswegen ist das Bild im Moment noch ziemlich diffus. Das hängt allerdings vor allem damit zusammen, dass die Interessen der Mitglieder der Krankenhauskonferenz sehr unterschiedlich sind. Sie wissen, in der Krankenhauskonferenz sind die Krankenkassen und die Krankenhausträger vertreten. Deswegen ist auch bislang eine

Vielzahl unterschiedlicher Stellungnahmen eingegangen, und fast alle Vertreter sind bislang auch gehört worden.

Für die Krankenhauskonferenz insgesamt habe ich die Hoffnung und die Erwartung, auch in den weiteren Prozess einbezogen zu sein. Das ist notwendig, weil zumindest die Krankenhausversorgung wesentlich betroffen sein wird.

Ich darf an dieser Stelle eine Befürchtung äußern. Einerseits wird davon ausgegangen, dass von dem neuen Gebilde – einmal salopp formuliert – alles andere platt gemacht wird. Das heißt also, dass es eine massive Konzentration durch die Arbeitsplatzgarantie und die erwartete Kapitalzuführung gibt mit dem Ergebnis, dass die Nachbarn darunter erheblich zu leiden haben. Andererseits besteht aber auch die gegenteilige Befürchtung, die in die Richtung geht, dass eine Art Rosinenpickerei, eine Konzentration stattfinden wird mit dem Ergebnis, dass die angemessene Versorgung der Kranken nicht mehr in den beiden Universitätskliniken stattfinden kann und die übrigen Häuser mit der damit gegebenen Notwendigkeit der Versorgung nicht fertig werden. In diesem Spektrum bewegt sich das Ganze. Um beispielsweise durch eine entsprechende Planung, für die eine Krankenhauskonferenz zuständig ist, konkret darauf reagieren zu können, ist es derzeit verfrüht. Das heißt, es ist noch zu wenig erkennbar.

**OB Haumann:** Wir haben sowohl in unserer schriftlichen Stellungnahme als auch in unserem Schreiben vom 13. Dezember 2004 im zweiten Spiegelstrich des Kriterienkataloges darauf hingewiesen, dass die Krankenversorgung in Gießen auf dem Niveau der Spitzenmedizin zu erhalten ist. Ich möchte mich auch nicht im spekulativen Bereich bewegen nach dem Motto: „Was könnte sein, wenn?“

Die Frage ist doch: Was passiert, wenn die Landesregierung jetzt nicht handelt? – Ich stelle jetzt schon Tendenzen fest – ich möchte dies nicht allzu negativ formulieren –, dass die Maximalversorgung nicht nur abgebaut wird, sondern dass Kooperationen und teilweise auch Konzentrationen in unterschiedlichen Fachbereichen, nicht nur zwischen Marburg und Gießen, sondern auch ganz konkret zwischen Mittelhessen und Frankfurt stattfinden. Das kann in dem einen oder anderen Fachbereich durchaus sinnvoll und richtungsweisend sein, aber in anderen Bereichen, was zumindest die Grundversorgung angeht – ich möchte in diesem Punkt gar nicht bis zur Maximalversorgung gehen –, würde ich den Landesgesetzgeber und damit auch das Land Hessen bitten, diese Regionalbetrachtung, die Herr Kollege Möller vorhin schon von Marburg aus zitiert hat, auf jeden Fall im Auge behalten und die maximale und regionale Versorgung im Rahmen der Krankenversicherung auf jeden Fall unabhängig vom gewählten Modell sicherstellen, auch bei einem Modell, das unter Umständen eine Privatisierung bedeuten könnte.

Landrat **Marx:** Auch zur Maximalversorgung hat der Kreistag eine klare, einstimmige Position aufgestellt, die dem Ministerpräsidenten bereits seit Dezember 2003 vorliegt. Darin steht ausdrücklich, dass sich die Vertreter des Kreises Gießen dafür einzusetzen haben, den Versorgungsauftrag des Klinikums Gießen als Krankenhaus der Maximalversorgung sicherzustellen. Dies war ein einstimmiger Beschluss aller Fraktionen im Kreistag.

Ich lege besonders Wert auf die Feststellung: Aus meiner Sicht war das immer eine Frage der Investitionsgewichtung und wird es auch immer eine Frage der Investitionsgewichtung bleiben, weil es unzweifelhaft die struktur- und wirtschaftspolitische Entscheidung für Mittelhessen der nächsten Jahre sein wird. Der anwesende Oberbürgermeister der Stadt Gießen hat in der öffentlichen Anhörung in der Aula der Universität seinerzeit einen wirksamen Satz geprägt, den ich voll unterschreibe: Was für Rüsselsheim Opel ist, ist für uns die Universität Gießen. Das ist klar in der Gewichtung. Darin unterscheiden wir uns auch nicht parteipolitisch. Das ist der zentrale Satz, und dafür müssen wir gemeinsam kämpfen.

Ich habe in meiner Stellungnahme klar zum Ausdruck gebracht: Das ist nicht nur die Stadt Gießen oder der Landkreis Gießen. Herr Kollege Möller, ich spreche Marburg nicht an, ich spreche Marburg auch nichts ab. Aber ich möchte ganz klar feststellen, es ist von einem Versorgungsauftrag die Rede, der vom Vogelsbergkreis mit 120.000 Einwohnern über den Landkreis Gießen mit 255.000 Einwohnern und den Lahn-Dill-Kreis mit 260.000 Einwohnern, über Teile des Kreises Limburg-Weilburg und des Wetterau-Kreises in seiner patientenmäßigen Maximalversorgung reicht. Das sind so viele Einwohner wie Rhein-Main, sprich, die Universität Frankfurt beinhaltet.

**OB Möller:** Ich kann mich kurz fassen. Es ist mehr als ein Jahrzehnt her, dass ich in diesem Raum genau diese Fragen in anderen Runden, mit anderen Vorgaben und unter anderer politischer Verantwortung schon einmal diskutiert habe. Es ist eineinhalb Jahre her, dass ich mich an dieser Diskussion beteilige. Ich habe gelernt, dass es einen Versorgungsauftrag gibt, dass es die Vollversorgung gibt und dass es die Maximalversorgung gibt. Die Maximalversorgung wünschen wir uns, aber Maximalversorgung bedeutet: alle Disziplinen mit allen Höchstqualifizierten an einem Ort. Deswegen bin ich der Meinung, es wird so enden, dass es eine Vollversorgung geben wird.

Herr Kollege Marx hat bereits deutlich gemacht, es bezieht sich nicht nur auf die beiden Städte, sondern auf das ganze Umfeld. In meiner Stellungnahme spreche ich immer von Region, und damit meine ich sie alle. Es wird eine Vollversorgung und Schwerpunktbildungen nach der Qualifikation an beiden Standorten geben. Dies habe ich in meiner Stellungnahme geschrieben, und so habe ich es auch gemeint.

Stadtverordnetenvorsteher **Löwer:** Die Stadtverordnetenversammlung der Universitätsstadt Marburg hat sich im Dezember und auch noch einmal im April mit dieser Angelegenheit beschäftigt und beschlossen:

Stattdessen bitten wir den Landtag, ein Kooperationsmodell zu beschließen, welches die beiden traditionsreichen Klinika Gießen und Marburg im Kern erhält, den Krankenversorgungsauftrag gegenüber der Bevölkerung auf höchstem Niveau sicherstellt und in besonderem Maße die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags zur Forschung und Lehre nach globalen Maximalstandards nachhaltig gewährleistet.

Dies wurde auch einstimmig beschlossen.



Ich habe auch einen Konsens in der Bürgerinitiative „Rettet die Klinika“ erlebt, in der ich aktiv mitwirke. Der Konsens war zu Beginn nicht leicht herzustellen, aber er besteht inzwischen so weit, dass alle die Notwendigkeit einer Fusion oder einer Zusammenarbeit sehen, diese Zusammenarbeit aber nicht die Maximalversorgung gefährden darf. Dabei ist klar, dass es Schwerpunktbildungen in beiden Klinika geben kann, aber sie liegen so nah beieinander, dass die Maximalversorgung an beiden Standorten gewährleistet sein kann.

Unsere Befürchtung ist eine Privatisierung, gegen die sich unser Beschluss ebenfalls wendet und die – dies hat die heutige Diskussion nach meinem Empfinden bestätigt – die Summe der Risiken auf jeden Fall in sich vereinigt. Es ist durchaus möglich, dass es bessere private Modelle geben kann, aber wir sehen große Risiken dabei. Die Befürchtung, die wir haben, besteht in einer schleichenden Interessensverlagerung hin zu privaten Interessen, aber in kleinen Schritten. Dabei zieht das Argument nicht, dass das Land es übernehmen muss, wenn ein Konkurs eintritt. Es sind die vielen kleinen Schritte und die vielen kleinen Beeinflussungsmöglichkeiten, die der private Investor in vielen Bereichen hat, sowohl in der Forschung und in der Lehre als auch in anderen Bereichen, die Dinge in seine Richtung zu beeinflussen, wo das Land partout nicht bei den kleinen Schritten die große Privatisierung infrage stellen wird, sondern immer gezwungen ist, in gewisser Weise diesen Weg mitzugehen. Daher befürchten wir einen schleichenden Prozess weg von den Interessen der Allgemeinbevölkerung und hin zu Privatinteressen. Genau das ist das, was wir nicht wollen und wogegen wir uns in erheblichem Maße wenden.

**Dr. Werner:** Ich möchte noch für den Landkreis Marburg-Biedenkopf antworten. Er hat sich ebenfalls in seinem Kreistag mit dieser Thematik befasst. Der Beschluss ist fast gleich lautend mit dem Beschluss der Stadt Marburg:

Der Erhalt der notwendigen medizinischen Versorgung für Mittelhessen muss auf hohem Qualitätsstandard gewährleistet werden. Der Versorgungsauftrag für alle Bürgerinnen und Bürger der Region muss erhalten bleiben. Die Krankenversorgung auf hohem Niveau muss ebenso sichergestellt werden wie die Spitzenstellung in Lehre und Forschung.

Damit könnten wir uns vorstellen, dass das Universitätsklinikum in Marburg, egal, wie die Gesellschaftsform in der Zukunft aussieht, ein Krankenhaus der Maximalversorgung bleiben wird, wobei aber Schwerpunktbildungen erfolgen.

Ich möchte Ihren Blick noch auf eine andere Situation lenken. Wir haben als Landkreise auch Absprachen für Krisen- und Katastrophensituationen sowie für Notfälle. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die Pockendiskussion mit den Universitätskliniken in Marburg und in Gießen. Wir wissen nicht, wie das werden soll, wenn die Universitätskliniken in privater Trägerschaft sind.

Abg. **Sarah Sorge:** Ich habe eine Frage an Herrn Möller. Sie sind in Ihrer Stellungnahme explizit darauf eingegangen, dass Sie unter den gegebenen Voraussetzungen noch gar keine endgültige Stellungnahme abgeben können. Ist Ihnen bewusst, dass Sie – wenn dieses Gesetz so verabschiedet wird und die weiteren Schritte über Rechtsver-

ordnungen, wenn auch rechtlich strittig, eventuell möglich werden – wahrscheinlich gar nicht mehr in die Lage kommen, zu diesem Gesetz eine Stellungnahme abgeben zu können?

Meine zweite Frage richtet sich an alle Anzuhörenden. Ist Ihnen bewusst, dass von allen Oppositionsfraktionen immer wieder fast wortgleiche Anträge mit Forderungen, die Sie in Ihren Kommunalparlamenten verabschiedet haben, in den Hessischen Landtag eingebracht wurden und diese Anträge mit der CDU-Mehrheit immer wieder abgelehnt wurden? – Daher möchte ich gern wissen, woher Sie das Vertrauen nehmen, dass Ihre Stadtverordnetenbeschlüsse bzw. Kreistagsbeschlüsse von der CDU ernst genommen werden.

Des Weiteren habe ich noch eine Frage, die eher die ökonomischen Auswirkungen betrifft. Wir haben im Laufe des Tages mehrfach gehört, dass die Betreiber nicht nur ein ökonomisches Interesse an der Übernahme der Universitätskliniken haben, sondern dass sich damit auch die Gefahr verbindet, dass die Klinika wiederum Reha- oder andere Spezialbehandlungen in ihre eigenen Kliniken weiterleiten. Dies bedeutet natürlich für die jeweiligen Einrichtungen vor Ort, dass sie weniger Patienten zugeführt bekommen, was natürlich wiederum wirtschaftliche Auswirkungen auf diese Kliniken hat. Haben Sie sich darüber schon Gedanken gemacht, insbesondere für die Krankenhäuser, die sich in kommunaler Trägerschaft befinden, und wie bewerten Sie das?

Sie haben selbst gesagt, dass die Arbeitsmarktsituation in Mittelhessen sehr wichtig für Sie ist. Sie haben Analogien zwischen Rüsselsheim und Opel sowie den beiden Städten und ihren Universitätskliniken aufgestellt. Mich würde interessieren, ob die Landesregierung mit einem Konzept oder einer Idee an Sie herangetreten ist, wie sie im Zweifel den Verlust an Arbeitsplätzen in Mittelhessen – der für all diejenigen, die nicht sehr naiv an diese Problematik herangehen, relativ wahrscheinlich ist – auffangen werden?

**OB Möller:** Sie werden sehen, dass in meiner Stellungnahme ein Absatz enthalten ist, der auch in der Stellungnahme der Stadtverordnetenversammlung enthalten ist. Er ist nämlich durch Parlamentsbeschluss übernommen worden. Darin steht, eine endgültige Stellungnahme hierzu – das war die Rechtsform – wird jedoch erst dann möglich sein, wenn entschieden ist, welche Rechtsform gewählt wird. Sie haben heute noch darüber diskutiert: Wird es verkauft? Wird es halbprivatisiert? Wird es mit Beteiligung privatisiert? Wird es im Erbbaurecht vergeben? – Das ist noch offen. Deswegen kann man noch keine Stellungnahme dazu abgeben.

Zweiter Punkt ist: Ich habe geschrieben, dass die rechtlichen, steuerlichen und sonstigen Bereiche nicht von mir bewertet werden können, weil ich davon nichts verstehe. Wenn ich von etwas nichts verstehe, sage ich auch nichts dazu. Das ist der Hintergrund, weshalb wir diese Stellungnahme in dieser Form abgegeben haben. Aber wenn Sie den Text, den ich als Oberbürgermeister geschrieben habe, zugrunde legen, werden Sie sehen, dass ich der Meinung bin, dass die Rechtsgrundlage und die Grundlagen dieses Gesetzentwurfs richtig sind. Was die Verfassungsrechtler dazu sagen, möchte ich nicht beurteilen. Das muss im Weiteren geklärt werden. Andere Dinge hinsichtlich Forschung und Lehre, Klinikstandorte, klinische Versorgung, Schwerpunktbildung, Führungsaufgaben und wirtschaftliche Entscheidungen, die im Entwurf stehen, müssen im Einzelnen ausgestaltet werden. Ich habe sehr bewundert, dass der Herr, der

über Verfassungsfragen diskutiert hat, seine Meinung während der eineinhalb Stunden, in denen ich zugehört habe, gelegentlich gewechselt hat.

Landrat **Marx**: Wie kommen solche Stellungnahmen oder Beschlüsse zustande, obwohl unterschiedliche Fraktionen auf der jeweiligen regionalen Ebene oder im Landtag vertreten sind? – Für den Landkreis Gießen kann ich zu den beiden Stellungnahmen, die ich zum Schluss zu Protokoll gegeben habe und die einstimmig zustande gekommen sind, sagen: So etwas kommt nicht aus der hohlen Hand. Dabei haben sich Fraktionsvorsitzende oder gesundheitspolitische Sprecher vorher zusammengesetzt, im Interesse des Kreistages und der Region.

Man kann das nicht nur für die Stadt Gießen sehen, sondern für die Region und den Landkreis Gießen insgesamt und darüber hinaus. Eine Verständigung, bevor es zu parlamentarischen Beschlusslagen kommt, muss vorweg in sehr sachlicher Atmosphäre zustande kommen. Nur so können Sie bei diesem sehr schwierigen Thema einstimmige Beschlusslagen herbeiführen.

Abg. **Sarah Sorge**: Nein, meine Frage war, woher Sie das Vertrauen nehmen, dass Ihre Stadtverordnetenbeschlüsse von der Landesregierung ernst genommen werden, wenn unsere Anträge von der CDU abgelehnt werden.

Landrat **Marx**: Es gilt das demokratische Prinzip. Wir wissen, dass Mehrheiten entscheiden, egal, auf welcher Ebene. Wir müssen solche Mehrheiten respektieren. Ich denke aber, dass diese Ausschusssrunde doch auch den Anspruch für sich erhebt, eventuell neue Erkenntnisse in die Prüfung einzubeziehen. Wenn man nicht vorher schon sagt, wie man es machen will, unabhängig davon, was die Anhörung ergibt, meine ich, sollte auch diese Anhörung ernst genommen werden. Sonst hätten wir uns die Fahrt nach Wiesbaden sparen können.

Ich möchte etwas zu den Reha-Maßnahmen sagen. In der Stadt Gießen gibt es Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, zum Beispiel das Katholische Krankenhaus, das Balserische Stift und das Evangelische Krankenhaus, und es gibt im Landkreis das Krankenhaus in Lich. Das Krankenhaus in Lich ist als wissenschaftliches Lehrkrankenhaus noch angebunden an die Universität Gießen. Davon profitiert dieses Krankenhaus, das den östlichen Landkreis bis in die Wetterau und bis in den Vogelsberg abdeckt. Wir hoffen, dass das so bleibt. Es wäre ein Verlust, wenn wir von diesem wissenschaftlichen Band abgekoppelt würden. Davon hätten wir nur Nachteile.

Meine Damen und Herren, in Hessen gibt es drei Regionen – das können Sie monatlich in den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit nachlesen –, die landesweit überdurchschnittliche Arbeitslosenzahlen aufweisen. Das sind die Region Kassel, die Region Werra-Meißner-Kreis und die Region Gießen. Es verwundert mich aber, dass die Zuweisungen des Landes in den letzten Jahren trotz anhaltender Arbeitslosigkeit im Haushalt zurückgefahren worden sind und wir nicht mehr Geld vom Land bekommen.

Stadtverordnetenvorsteher **Löwer**: Frau Abgeordnete, ich möchte mit einem Satz darauf antworten. Die Macht des Faktischen, die große Zahl der ungelösten Probleme wird nach unserer Hoffnung die Landesregierung dazu zwingen, Ihre Anträge und auch unsere Stellungnahmen irgendwann einmal ernst zu nehmen. Dies ist das Konzept, das wir im Hinterkopf haben und das dazu führen wird, dass auch Alternativkonzepte ernst genommen werden.

OB **Haumann**: Ich möchte an die letzten Ausführungen des Kollegen Landrat Marx anknüpfen. In der Stadt Gießen beträgt die aktuelle Quote der Arbeitslosen 17,6 %. In der Region und im Landkreis sieht es etwas günstiger aus. Ich glaube, dies ist eine Größenordnung, die alle, sowohl die Landespolitik als auch die Kommunalpolitik, immer wieder dazu veranlassen muss, bei einer solchen Frage ernsthaft darüber nachzudenken, wie man mit diesem Problem umgeht. Von daher schiebe ich die erste Frage in den Bereich der Polemik.

Wir können in der Region weder durch die kommunalen Haushalte noch durch das Angebot, das im Augenblick von privater Seite gemacht wird, die Menge der von der Universitätsklinik angebotenen Arbeitsplätze kompensieren. Das ist eindeutig. Deswegen ist es so wichtig, sich sehr sachlich – bislang geschah dies zumindest in den Kommunalparlamenten auch immer in großer Übereinstimmung – neben allen Kriterien der medizinischen Versorgung und der Lehrmöglichkeiten auch um die wichtige, strukturpolitisch entscheidende Frage der Arbeitsplätze zu kümmern. Deswegen kommt mir bei all dieser Bedenkenträgeri, die ich heute Nachmittag vielfach gehört habe, ein bisschen zu kurz, dass möglicherweise in einer Veränderung auch eine Chance liegen kann. Möglicherweise besteht die Chance darin, mit einem neuen Modell – sei es verfassungsrechtlich oder auch landesrechtlich noch so kompliziert – in Hessen oder sogar in Mittelhessen neue Wege gehen zu können. Ich glaube, im 21. Jahrhundert bekommen wir es mit unseren Juristen durchaus hin, zwischen öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Dreiecksgeschäften ein vernünftiges Konstrukt zu entwerfen. Wenn die neuen Wege gut dafür sind, dass wir nicht nur die Fachkriterien, sondern auch die strukturpolitischen Kriterien und Überlegungen zur Sicherung der Arbeitsplätze vereinigen können, sollte es eigentlich eine Anstrengung in Richtung Chance sein, statt nur zu überlegen: „Was könnte passieren, wenn?“

Sie wissen genauso gut wie ich: Wenn wir gar nichts machen, einfach nur zusehen und das Thema wieder kaputtreden – ich habe vorhin einen Zeitraum von drei Jahren gehört –, finden wir uns ziemlich sicher in irgendwelchen Anhörungsrunden zum Thema wieder, was wir gegen die hohe Arbeitslosigkeit in Mittelhessen tun können. Das ist auch eine regionale Frage, von Marburg bis weit über Gießen, Wetzlar und darüber hinaus. Ich möchte eigentlich vermeiden, dass wir uns in der Zukunft wieder treffen und über Strukturen- oder Unterstützungsfragen vonseiten der Landesregierung diskutieren. Deswegen möchte ich es nicht nur negativ und aus der Sicht der Bedenkenträger betrachten. Sehen Sie es auch als eine Chance, die angepackt werden kann, natürlich mit allen neuen Fragen und allen Risiken, die in einem solchen Konstrukt bestehen. Aber wenn wir ein wenig mutiger in die Zukunft sehen und etwas Neues anpacken, könnte dies eine echte Chance für Mittelhessen sein.

(Abg. Kordula Schulz-Asche: Wir sind doch hier nicht auf dem Abenteuerspielplatz!)

Abg. **Eva Kühne-Hörmann:** Frau Kollegin, ich finde es nicht in Ordnung, Anzuhörende in dieser Form zu beleidigen und weise dies für dieses Parlament und unsere CDU-Fraktion zurück. Es gehört sich in einer Anhörung nicht, Anzuhörende so zu titulieren.

(Abg. Kordula Schulz-Asche: Aber wir haben ja konkrete Fragen gestellt, und die können konkret beantwortet werden! – Sie haben überhaupt kein Interesse an dieser Anhörung! – Weitere Zurufe)

Das haben wir den ganzen Nachmittag über nicht getan, und das gehört sich auch nicht. Je später der Abend, desto ungezogener wird es auf Ihrer Seite. Das muss doch wirklich nicht sein!

Herr Hofmann hat sich in der Krankenhauskonferenz mit Themen beschäftigt, die neue Strukturen in der Krankenversorgung betreffen. Wir haben heute Nachmittag mit Experten darüber diskutiert, wie sich die Auswirkungen von DRG und insbesondere von gesetzlichen Regelungen auf Bundesebene, was Universitätsklinika betrifft, im Versorgungsbereich darstellen. Wir haben von Experten gehört, dass es im Bereich der Universitätsklinika aufgrund der Strukturen durchaus große Probleme der Finanzierung gibt. Das betrifft alle Klinika in Deutschland, sodass dies zunächst einmal keine Besonderheit von Marburg und Gießen ist.

Ich möchte von Ihnen wissen, ob sich die Krankenhauskonferenz aufgrund der bundesgesetzlichen Vorgaben einmal damit beschäftigt hat, was das für den Bereich Mittelhessen bedeutet und welche Auswirkungen es hat, ohne dass eine sonstige Struktur vorgenommen worden wäre.

Was die Regionen angeht, so möchte ich zunächst darauf hinweisen – das haben auch alle übereinstimmend gesagt –, die Klinika sind der größte Arbeitgeber und stellen einen absoluten Faktor in der Region dar. Das ist unbestritten. Dies ist genau der Punkt, der vor Ort am meisten Aufregung und am meisten Angst hervorruft, was die Arbeitsplatzsituation angeht.

Wenn man sich die Rahmenbedingungen ansieht, so haben wir heute Nachmittag ebenfalls gehört, dass eine schwierige Lage für beide Klinika besteht, weil sie nicht die Größe haben, die international tätige Klinika in dem Bereich aufweisen. Es ist auch dargestellt worden, wenn die Situation so weitergehe wie bisher, bestehe die Gefahr, dass ohnehin ein massiver Arbeitsplatzabbau stattfinden müsse.

Ich gehe einmal so weit zu sagen, wir haben einen Investitionsstau von über 200 Millionen € in Gießen. Sie vor Ort wissen viel besser, wie dies über die Jahre hinweg zustande gekommen ist: eine Investition, die dort bewusst nicht getätigt worden ist, mit der logischen Folge, dass man irgendwann sagen muss, wir müssen Gießen schließen.

Es ist heute mehrmals von Fachleuten gesagt worden, wenn die Situation so bleibt, wie sie derzeit ist, ist ein massiver Arbeitsplatzabbau in der Region, den Sie sich alle nicht leisten können, von vornherein gegeben. Das stelle ich einmal in den Raum. Meine Frage in diesem Zusammenhang lautet: Ist dieses Risiko in der Region diskutiert worden? Könnte es nicht sein – der Oberbürgermeister von Gießen hat dies soeben kurz

angerissen –, dass mit einer Neuregelung, mit einer Fusion und einer Privatisierung, zugegebenermaßen mit den Risiken auch eine Chance einhergehen könnte, Arbeitsplätze in die Region zu bringen, indem bei aller rechtlichen Handhabe für Forschung und Lehre dafür gesorgt werden könnte, dass bei einem privaten Betreiber Patientenströme in die Region kommen? – Ich rede nun davon, dass man nicht nur geringfügige, sondern sehr große Patientenströme in die Region lenken könnte, wenn man mit privaten Betreibern zusammenarbeiten würde, was wiederum Auswirkungen auf die Wirtschaft hätte.

Ich stelle dies so dar: Auf der einen Seite besteht die Angst, auf der anderen Seite aber eine Chance. Ich hätte gern von Ihnen vor Ort gewusst, ob Sie über diese Chancen diskutiert haben. Wie sehen Sie es, wenn die rechtlichen Rahmenbedingungen so wären, dass man die Risiken, die Sie derzeit sehen, rechtlich absichern würde?

**OB Haumann:** Frau Kühne-Hörmann, natürlich haben wir genau über diese Möglichkeiten nicht nur im Magistrat, sondern auch in öffentlichen Runden in der Universitätsklinik und im Stadtparlament miteinander diskutiert. Aus dem Magistrat wird in aller Regel nicht berichtet, aber es verlief in ähnlicher Form wie heute Nachmittag die Expertenanhörung und hatte zumindest einen teilöffentlichen Charakter. Von daher kann ich dazu stehen, was seinerzeit miteinander besprochen wurde. Es war gerade der Leitende Medizinische Direktor, Herr Prof. Dr. Weidner von der Universitätsklinik Gießen, der in der Möglichkeit einer Neustrukturierung und Veränderung des Universitätsklinikums Gießen in bisheriger Form die Chancen skizziert hat, dass insbesondere private Investoren nicht auf dem Jetzt-Stand weiterdenken, sondern investieren, damit sie Möglichkeiten für die Zukunft für sich und für ihr Haus abschöpfen können. Dies wäre eine tatsächliche Chance für die Region sowie für die Universität Gießen, neue Überlegungen anzustellen und sich neue Bereiche zu erschließen.

Sie sprachen vorhin von neuen Strömen von Klienten oder Patienten, die möglicherweise ins Klinikum kommen. So weit sind wir gar nicht gegangen. Aber dass sich von zusätzlichen Fachbereichen an einem privaten Uniklinikum neue Möglichkeiten erschließen würden, würde sich allein aus der Sache heraus ergeben, dass es etwas Neues und etwas Einmaliges wäre, das sich am Markt beweisen muss. Dies ist eine Möglichkeit, die im Magistrat ernsthaft besprochen wurde.

Die Alternative bestand darin, dass es in der jetzigen Form mit Sicherheit keine so positiven Aussichten gäbe. Wenn mir jemand aus dieser Runde heute bestätigen kann, dass der Investitionsstau, von dem wir mehrfach gehört haben, auf andere Weise geregelt werden kann, bin ich gern bereit, mich mit dem Thema erneut zu befassen bzw. die Gremien damit zu befassen. Diese Alternative ist uns aber bisher nicht eröffnet worden. Von daher sind wir an der Überlegung, die auch von der medizinischen Leitung der Universitätsklinik befürwortet wird, interessiert und würden auch gern weiter mitdiskutieren.

**Herr Hofmann:** Die Krankenhauskonferenz hat sich in den letzten Monaten sehr intensiv und schwerpunktmäßig mit der Umsetzung der Krankenhausrahmenplanung des Landes Hessen befasst. In diesem Zusammenhang hat natürlich auch eine Rolle gespielt, wie sich die veränderten Bedingungen, die durch die Bundesgesetzgebung vorgegeben sind, die sich aber auch aus den ökonomischen Rahmenbedingungen erge-

ben, auf unser Konferenzgebiet auswirken. Dazu gehört eindeutig die Einschätzung, dass die Konkurrenzsituation unter und zwischen den Krankenhäusern zunimmt. Das ist unverkennbar und ist wohl auch durch die Einführung der Fallpauschalen so gewollt.

Ich sagte vorhin schon, dass die konkreten Auswirkungen dessen, was sich mit der bevorstehenden Konzentration und Privatisierung der Universitätsklinika Gießen und Marburg ergibt, noch nicht berücksichtigt werden konnte. Dazu fehlt noch Datenmaterial und auch die Phantasie. Dass die Notwendigkeit der Reaktion vorhanden ist und sich alle Krankenhausträger auf die neue Situation einstellen müssen, dass sie sich optimieren und ihre Strukturen verändern müssen, ist unbestritten. Daran wird gearbeitet, und dabei sind auch durchaus Fortschritte zu erkennen.

Ich persönlich halte eine Aufgabe für besonders wichtig: die zukünftige Investitionsfinanzierung. Es ist allgemein bekannt, dass insbesondere am Standort in Gießen ein großes Investitionsdefizit herrscht. Ich halte es nicht für angemessen, dass derzeit die Krankenhauskonferenz zwar nicht selbst bestimmt, sich aber dazu äußert, wie sich die Investitionen, soweit sie aus Landesmitteln erfolgen, auf die Krankenhäuser auswirken, die nicht Universitätskliniken sind, während die Investitionsfinanzierung für die Universitätskliniken aus einem anderen Topf erfolgt. Dazu gibt es leider keine Stellungnahme der Krankenhauskonferenz. Das ist derzeit Gesetzeslage, die ich aber vor dem Hintergrund der aus dem Wettbewerb resultierenden Interessenlage nicht für richtig halte. Die beiden Vertreter der Universitätskliniken in der Krankenhauskonferenz reden darüber mit, wie bei den anderen die Investitionen erfolgen, aber die anderen reden nicht mit, welche Investitionen an welchem Universitätsstandort erfolgen sollen. Das halte ich unter dem Gesichtspunkt, dass bei aller Konkurrenz auch Vernetzungen und Kooperationen stattfinden sollen, nicht für angemessen und nicht für in Ordnung.

Stadtverordnetenvorsteher **Löwer**: Selbstverständlich hat sich die Stadtverordnetenversammlung mit diesen Fragen beschäftigt. Herr Haumann, es ist uns völlig klar, dass wir nicht beim Status quo verharren können. Das ist völlig selbstverständlich. Deswegen verweise ich schlicht und ergreifend auf die Seiten 170 ff. des Papiers, das auch zu dem Beschluss der Stadtverordnetenversammlung Marburg sowie zu dem Konzept der Bürgerinitiative „Rettet die Klinika“ dazugehört. Darin steht ganz eindeutig unter Punkt 1: Die Bürgerinitiative unterstützt die Absicht der hessischen Landesregierung, die beiden Universitätsklinika in der Rechtsform einer Anstalt des öffentlichen Rechts zusammenzuführen. Die Bürgerinitiative sieht in der Bildung der wirtschaftlichen Einheit einen ersten Schritt. Das ist uns völlig klar.

Für uns ist aber der Verkauf das Problem. Es gibt auch viele andere Formen, in denen man das regeln könnte. Das ist es, was wir wollen.

Landrat **Marx**: Größer muss nicht gleich besser, Masse muss nicht gleich Klasse sein. Hintergrund Ihrer Frage war, im deutschen und im europäischen Wettbewerb müssten wir größer werden. Meine Position dazu habe ich aus meiner Erfahrung heraus dargestellt.

Zu dem Bereich Investitionen, Engagement des Landes Hessen bin ich einer der Wenigen, der eine grundsätzlich andere Position vertritt. Wenn man dem „Gießener Anzei-

ger“ und den mittelhessischen Medien Glauben schenken darf – ich habe jedenfalls eine Gegendarstellung des Landes Hessen bis heute nicht gelesen –, so investierte die Landesregierung in der Zeit von 1998 bis 2003 fast 160 Millionen € in die Frankfurter Hochschulmedizin, und sie investiert bis ins Jahr 2008 Landesgelder in Höhe von 245 Millionen € in den Ausbau des Medizinstandortes Frankfurt. Das meine ich mit der Sicherstellung annähernd gleicher Lebensverhältnisse in den drei Regionen Hessens: Rhein-Main-Ballungsraum, Mittelhessen und Nordhessen.

Ich bin nach wie vor der festen Überzeugung, dass man in drei vereinbarten Jahresraten die rund 200 Millionen € aus dem Landeshaushalt genauso hätte finanzieren können, wenn man die Investitionsgewichtung etwas weiter als über die Wetterau hinaus gerichtet hätte. Ich gönne der nordhessischen Region absolut die Museumslandschaft, aber auch dort sind bereits 230 Millionen € aus dem Landeshaushalt zugesichert worden. Für die mittelhessische Region bedeutet dies, für die Medizinstandorte Gießen und Marburg haben wir kein Landesgeld.

(Abg. Eva Kühne-Hörmann: Bestreiten Sie, dass in den letzten 15 Jahren Investitionen unter anderer Regierungsverantwortung auch ungerecht verteilt worden sind und dass nichts geflossen ist?)

– Ich habe doch eben mit keinem Wort die CDU-Fraktion gemeint. Ich kann Ihnen die Summen nennen: Von 1975 bis heute sind in Gießen 177 Millionen €, in Marburg 300 Millionen € und in Frankfurt 305 Millionen € investiert worden.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Herr Möller, wollten Sie etwas zur Sicherung des Standortes Marburg beitragen?

OB **Möller**: Ich habe vorhin schon einmal gesagt, vor mehr als einem Jahrzehnt ist in diesem Raum im Sozialpolitischen Ausschuss darüber diskutiert worden, wie die Landschaft in Zukunft aussehen soll. Damals ist entschieden worden: Gießen lassen wir eingehen. Das war so. Deswegen ist in Marburg investiert worden, und zwar erheblich mehr als 300 Millionen €. In den letzten zwei Jahren ist nicht nur in die Kliniken, sondern auch in die Bereiche Hygieneinstitut, Virologie oder Bibliothek investiert worden. Davon sollte man wegkommen. Daran ist auch der Streit in der Region entstanden. Wir müssen nun versuchen, dies wieder in Ordnung zu bringen. Deswegen sollte sich keiner benachteiligt fühlen. Dies war eine politische Entscheidung, die nun repariert werden soll.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Obwohl ich sehe, dass sich dieser Teil der Anhörung dadurch unterscheidet, dass sowohl die Anzuhörenden als auch die Anhörenden Politiker sind, wäre ich Ihnen dankbar, wenn wir dennoch auf den Versuch verzichten würden, uns wechselseitig politisch von unseren jeweiligen Standpunkten zu überzeugen, und dies als Anhörung weiterführen würden.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Ich habe mit großem Interesse in Ihren Stellungnahmen das Vertrauen gehört, dass die Patientenströme füllhornartig nach Mittelhessen fließen. Ich



erlaube mir nun die ketzerische Anmerkung, dass der einzige Experte, der sich heute zu dem Thema Patientenströme geäußert hat, auch die Befürchtung geäußert hat, dass sie wegfließen und nicht hinfließen. Das hat eine gewisse Logik, weil man bestimmte Krankheiten außerhalb von Uniklinika viel billiger behandeln kann als darin. Insofern schließe ich aus der Äußerung von Herrn Haumann, dass wir doch darauf drängen sollten, dass im Falle einer Privatisierung in den Verträgen auch die zukünftigen Patientenzahlen vertraglich vereinbart werden. Die Patientenströme, die nach Mittelhessen fließen sollen, sollten vertraglich festgelegt werden, damit wir nicht nur auf die Hoffnung, sondern auf Fakten zurückgreifen können.

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf existieren AHB-Kliniken oder Reha-Einrichtungen, die auch in der Region insgesamt vorhanden sind. Sehen Sie das Risiko – und wenn ja, wie muss man ihm begegnen? –, dass ein privater Betreiber, der in der Regel über eigene solche Einrichtungen verfügt, die bestehenden Kooperationen in der Region in andere Bereiche umleitet? In Gladenbach sind die AHB-Kliniken das Einzige, was es an Unternehmen gibt. Sehen Sie das Risiko, dass für den Bereich Reha/AHB Patientenströme aus Mittelhessen weggeleitet werden, und wie muss man ihm Ihrer Meinung nach begegnen?

Meine zweite Frage richtet sich an die Regionale Krankenhauskonferenz. Würde es aus Ihrer Sicht nicht sehr viel Sinn machen, die regionale Krankenhausstruktur insgesamt in ein möglichst eng kooperierendes oder gar wirtschaftlich miteinander verbundenes Konzept zu bringen, das das Problem der wettbewerblichen Organisation zu einer eng kooperativen Struktur aufhebt, weil auf diesem für die Krankenhausstruktur engen Raum Mittelhessen möglicherweise eine geordnete kooperative Struktur sinnvoller wäre als eine Struktur, in der sich Krankenhäuser, selbst Kreiskrankenhäuser, im Wettbewerb miteinander befinden?

Die Uniklinika sind zentral in Katastrophenschutzkonzepten eingebunden. Gibt es schon Überlegungen oder Planungen, wie solche Fragen mit privaten Betreibern zu lösen wären? Hat sich schon jemand von Ihnen erkundigt, wie das geht? – Woanders muss es das Problem schließlich auch geben. Was kostet dies die Kreise?

Herr **Hofmann**: Herr Dr. Spies, Ihre erste Frage zielte darauf ab, ob es Risiken gibt, die sich für die Reha-Kliniken insbesondere im Landkreis Marburg-Biedenkopf durch die bevorstehende Fusion bzw. Privatisierung ergeben. Ich kann nur sagen: eindeutig ja. Die Möglichkeiten, Patientenströme umzulenken, gibt es. Die Frage, ob und wie man dem Problem begegnen kann, kann ich momentan aus dem Ärmel heraus nicht beantworten. Dies hängt sehr stark mit ökonomischen Interessen zusammen, wobei man natürlich auch wissen muss, dass gerade dabei auch die Krankenkassen ein deutliches Wort mitzureden haben. Die notwendige Rationalisierung – so möchte ich es einmal ausdrücken – wird nicht an den Reha-Einrichtungen vorbeigehen.

Ich komme zu der Frage nach der Kooperation anstatt einer Konzentration und Fusion.

(Abg. Dr. Thomas Spies: Die Frage war anders gemeint!)

– So kam sie zumindest bei mir an. – Ich kann nur sagen, als Vorsitzender der Krankenhauskonferenz bin ich Fürsprecher jedweder Kooperation, weil ich dies als notwen-

dige Möglichkeit ansehe, um auch die Interessen der Träger und der Krankenhäuser gegenüber den in letzter Zeit immer deutlicher und geballter auftretenden Interessen der Kostenträger, sprich der Krankenkassen, wahrzunehmen. Im Detail ist es sehr schwierig, unterschiedliche Träger mit jeweils eigenen Interessen zusammenzubringen. Dies funktioniert in der Praxis regelmäßig nur in Einzelgesprächen, wobei die jeweiligen Sonderinteressen ausgelotet werden müssen.

Einen Punkt sehe ich dabei auf Anhieb als etwas schwieriger an. Durch eine vorgesehene Privatisierung wird die Möglichkeit der Kooperation mit anderen nicht privatisierten Einrichtungen schwieriger.

**Dr. Werner:** Dass ein Großklinikum in der Hand einer Kapitalgesellschaft bei AHB- und Reha-Kliniken, die von einem Universitätsklinikum abhängig sind, Befürchtungen weckt, ist nachvollziehbar. Diese Kliniken – das Krankenhaus in Bad Endbach und das Diakoniekrankenhaus in Wehrda – stehen in wirtschaftlicher Abhängigkeit von den Universitätskliniken. In Bad Endbach ist die Hessische Berglandklinik, eine Nachsorgeklinik, die 30 % bis 40 %, vielleicht sogar bis zu 50 %, ihrer Patienten aus den Universitätskliniken Marburg und Gießen überwiesen bekommt.

Die Rheumaklinik ist ein Spezialhaus für Rheumaerkrankungen und bekommt ungefähr 15 % bis 20 % ihrer Patienten aus der Universitätsklinik zugewiesen. Das Diakoniekrankenhaus in Wehrda unterhält eine Abteilung Geriatrie und bekommt ungefähr 15 % bis 20 % der Patienten aus der Universitätsklinik Marburg zugewiesen. Vor diesem Hintergrund sind also die Befürchtungen, dass Patientenströme in der Hand einer Kapitalgesellschaft anders gelenkt werden, nachvollziehbar.

Wie kann man dem begegnen? – Wir haben in die Anhörungen in anderen Ausschüssen schon ein Schreiben eingebracht, bei Übernahmeverhandlungen Rahmenbedingungen zu schaffen, die der Gefahr einer Monopolisierung in Marburg und Gießen vorbeugen.

Wie wirkt sich das alles auf die Notfallversorgung und auf die Katastrophenschutzplanungen aus? – Es hat in der Vergangenheit zwei Erlasse des Hessischen Sozialministeriums über Abwehrmaßnahmen bei hochkontaktiösen Erkrankungen gegeben. Das ist einmal der Erlass über hochkontaktiöse, lebensgefährliche Erkrankungen. In einem anderen Erlass werden diese Maßnahmen präzisiert. Die beiden Erlasse präzisieren diese Maßnahmen insoweit, als die Landkreise mit den örtlichen Kliniken zusammenarbeiten und Vorsorgeplanungen treffen. Für Marburg und auch für Gießen kann ich sagen, das ist in der Vergangenheit geschehen. Dort bestehen gewachsene Strukturen und gewachsene Verbindungen, und in diesem Bereich sind auch Absprachen getroffen.

Unsere Frage, auf die wir noch keine Antwort haben und über die wir beraten müssen, lautet: Wie werden diese Absprachen eingehalten, oder wie sind weitere Planungen zu führen, wenn die beiden Kliniken in einer anderen Gesellschaftsform geführt werden?

Landrat **Marx:** Ich möchte ergänzend zu Ihrer dritten Frage noch einmal den Rettungsdienst ansprechen: Die Landkreise sind zuständig für den bodengebundenen Rettungsdienst. Dazu sind wir nach wie vor auf ein Universitätsklinikum mit Spezialbetten ange-

wiesen. Für das Universitätsklinikum Gießen ist die derzeitige Zahl der Spezialbetten aus meiner Sicht jetzt schon zu gering; denn wir haben in besonderen Schadenslagen – bei schwersten Verkehrsunfällen, bei denen mehr als zwei oder drei Personen betroffen sind – jetzt schon Schwierigkeiten, insbesondere an Wochenenden diese auf dem schnellsten und kürzesten Wege zu versorgen. Wir stehen dazu im Dialog mit der Universität. Das heißt, wir dürfen nicht in eine Situation wie vor Jahren in der Bodenseeregion geraten, wo ein Hubschrauber mehrere Stationen angefliegen ist und kein Spezialbett vorhanden war.

Abg. **Florian Rentsch:** Herr Hofmann, ich habe eine Frage an Sie. Wir haben vorhin das Thema Einzugsgebiet der verschiedenen Uniklinika behandelt. Dafür ist die Regionale Krankenhauskonferenz der richtige Ansprechpartner. Können Sie etwas dazu sagen, woher genau die Patienten kommen und wie weit sich die beiden Einzugsgebiete der Universitätsklinika Gießen und Marburg erstrecken?

Sie hatten vorhin zwei Szenarien aufgemalt: Entweder es wird so sein, dass dieses neue Gebilde quasi alles an sich heranzieht und nichts mehr um sich herum übrig lässt – das ist die eine Variante –, oder es gibt möglicherweise unprofitable Bereiche an andere Krankenhäuser ab. Ich habe aber bei Ihnen keine Lösung gehört. Was halten Sie für wahrscheinlicher? Können Sie sich Kooperationen zwischen einer privaten Rechtsform oder einem privaten Betreiber und öffentlichen Krankenhäusern vorstellen? Sicherlich wird dieses neue Gebilde allein nicht alles stemmen können, oder es wird möglicherweise aus wirtschaftlichen Gründen gar kein Interesse daran haben. Können Sie sich aus dieser Situation heraus eine Kooperation mit den kommunalen Krankenhäusern vorstellen?

Herr **Hofmann:** Die Einzugsbereiche sind mir im Detail nicht bekannt. Völlig klar ist, dass sie in jedem Fall das Versorgungsgebiet erfassen, aber auch darüber hinausgehen. Marburg hat ein Hinterland im Regierungsbezirk Kassel, das über die Kreisgrenzen hinausgeht, und für Gießen geht das Einzugsgebiet deutlicher in den Bereich Vogelsberg, Wetterau und Lahn-Dill-Kreis sowie in den Bereich Limburg-Weilburg hinein.

Es stellt sich immer die Frage, was sich durch die vorgesehene Konzentration verändern kann und inwieweit die Leistungsfähigkeit, um die es letztendlich dabei geht, ausgedehnt wird und sich damit das Einzugsgebiet oder – unabhängig vom Einzugsgebiet – die Fallzahl vergrößert.

Sie haben die beiden Szenarien angesprochen, die derzeit als Befürchtungen geäußert werden. Ich sage Ihnen, so schnell wird es weder das eine noch das andere geben. Die Wahrscheinlichkeit liegt eher in der Mitte, wobei die Bandbreite recht groß ist, sodass ich überhaupt nicht einschätzen kann, wie sich das auswirkt. Das ist die Unsicherheit, die natürlich bei den anderen vorhanden ist.

Als dritten Punkt hatten Sie die Frage nach einer Kooperation gestellt. Eine Kooperation ist über Trägergrenzen und Trägerinteressen hinweg möglich. Ich habe selbst Verantwortung in einem kommunalen Haus und weiß, dass es gute Kooperationen mit anderen freigemeinnützigen Häusern und ohnehin mit den Universitätskliniken – und zwar aufgrund der räumlichen Nähe stärker mit Gießen als mit Marburg – gibt. Ich weiß aber

auch, dass es beispielsweise mit privatisierten Kliniken – dazu gehört auch das Krankenhaus in Lich im Nachbarkreis – eine Kooperation gibt.

Die Frage ist immer, inwieweit man längerfristig starke Verbindungen und Vernetzungen herbeiführen kann. Dies geht eindeutig und erfahrungsgemäß leichter mit Krankenhausträgern, die eine ähnliche Grundstruktur haben. Dies trifft beispielsweise für kirchliche und für gemeinnützige Einrichtungen zu. Mit kommunalen Trägern lässt es sich derzeit noch etwas schwerer an. Es ist ein Prozess im Gange, und meine Vermutung ist, dass privatisierte Kliniken wiederum den Verbund in erster Linie mit Ihregleichen suchen. Dahinter steckt eine andere Philosophie, und deswegen muss man realistisch sehen, dass Verbünde über die jeweiligen Grenzen hinweg schwieriger sind.

**Abg. Kordula Schulz-Asche:** Ich habe eine Frage an die Regionale Krankenhauskonferenz. Es wurde viel über Chancen geredet. Die Regionalkonferenz hat aufgrund der Krankenhausrahmenplanung bestimmte Planungen festgelegt – wir reden über die Umsetzung des Gesetzentwurfs im Zeitraum bis zum Ende des Jahres. Das heißt, das ist eine relativ kurzfristige Umsetzungsplanung. Deswegen möchte ich eine ganz konkrete Frage zur Planungssicherheit der anderen Krankenhausträger in den Regionen stellen. Bisher ist aufgrund der jetzigen Planung eine relative Sicherheit für die anderen Träger vorhanden, sowohl für die privaten und für die gemeinnützigen als auch für die öffentlichen Krankenhäuser in diesem Bereich. Welche Gespräche sind Ihrerseits mit den unterschiedlichen Trägern in Ihrer Region oder in Ihren Städten über die Sicherstellung oder auch die Durchführung notwendiger Investitionen geführt worden vor dem Hintergrund der Unsicherheiten, die sowohl mit der Fusion als auch mit der Privatisierung und unter Umständen auch mit der Monopolstellung eines privaten Betreibers in der Region zu tun haben? Wie haben diese unterschiedlichen Träger reagiert?

An die Vertreter der Landkreise habe ich die Frage, was sich im Moment im ambulanten Versorgungsbereich in Ihren Landkreisen abspielt. Wenn wir von der Patientenversorgung ausgehen, gehen wir im Moment zunehmend davon aus, ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote miteinander zu verquicken. Wir haben überall im ländlichen Bereich strukturelle Probleme, die ambulante Versorgung in guter Qualität aufrechtzuerhalten. Wir haben überall und nicht nur in Hessen eine Konzentrationsbewegung – auch im ländlichen Bereich – im ambulanten Versorgungsbereich. Von daher meine Frage: Haben Sie beobachtet, ob es in Ihren Landkreisen in der Tendenz zu einer Fusion im kleinen Bereich zwischen Arztpraxen kommt? Wenn ja, sind dort private Investoren aufgetreten, die unter Umständen als Träger der fusionierten Unikliniken infrage kämen, sodass sich somit für den gesamten Landkreis oder auch für die Städte eine Monopolstellung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ergeben könnte?

**OB Haumann:** Ich antworte zunächst für Gießen. Gespräche unsererseits in dieser Situation, in der es Veränderungen gibt, sind in Bezug auf die Eventualitäten des jeweiligen Endergebnisses noch nicht geführt worden. Aber ich darf Ihnen sagen, das Katholische Krankenhaus in Gießen ist aktuell im letzten Jahr um zwei neue OP-Bereiche erweitert worden. Es wird im Jahr 2005/2006 um ein zusätzliches Ärztehaus in unmittelbarer Nähe erweitern. Das Evangelische Krankenhaus hat in Übereinstimmung mit dem Krankenhausentwicklungsplan des Landkreises einen zusätzlichen Bereich der Geriat-

riabteilung neu erschlossen, die zusätzlichen Bauanträge bereits eingereicht und wird höchstwahrscheinlich in diesem Jahr, spätestens aber 2006 neu bauen. Das sind die momentanen Absichten bzw. die festgelegten Geschäftspolitiken dieser Häuser, über die aber nicht unmittelbar eine Absprache mit der Kommune stattgefunden hat. Soweit mir bekannt ist, wollen sie an dieser Linie festhalten, trotz oder gerade wegen der Entwicklung am Universitätsklinikum.

**OB Möller:** Unser Diakoniekrankenhaus in Wehrda baut in Abstimmung mit dem Klinikum bestimmte Bereiche weiter aus. In letzter Zeit haben sich in der Stadt ungefähr ein halbes Dutzend Arztgemeinschaftspraxen zusammengetan, um mit gemeinsamen Laboreinrichtungen die ambulante Versorgung sicherzustellen. Diese Entwicklung gibt es überall. Dies sind Kooperationen von drei oder vier Ärzten, die sich zusammenschließen. In unserem Fitness-Center „Villa Vita“ sind drei Ärzte des Klinikums, die gemeinsam Reha-Maßnahmen anbieten und die Patienten nicht mehr nach Bad Endbach schicken. Das macht aber die Philipps-Universität mit ihrem Klinikum schon jetzt und nicht erst dann, wenn das Klinikum privatisiert ist.

**Herr Hofmann:** Sie haben das Thema der Planungssicherheit aufgrund der Krankenhausrahmenplanung und die Umsetzung angesprochen. Das ist zu relativieren. Die Realität hat meistens die Eigenschaft, sich an die Pläne nicht zu halten. Deswegen gibt es Planungssicherheit nur bedingt. Dies hat auch sehr konkrete Auswirkungen für Gespräche, die geführt werden, auf der einen Seite gemeinsam in der Runde der Krankenhauskonferenzen, auf der anderen Seite meistens bilateral.

Meine Einschätzung ist, dass egoistische Interessen – das ist jetzt nicht so negativ zu verstehen, wie es sich möglicherweise anhört – eines jeweiligen Trägers und eines jeweiligen Hauses sehr im Vordergrund stehen und zu dem Bemühen beitragen, die Probleme, die man am Haus hat, selbst oder im engen Verbund dort zu lösen, wo man nachbarschaftliche Beziehungen hat oder wo es Interessen gibt, die sich über den Verbund, dem man angehört oder dem man nahe steht, lösen lassen. Dass sich die beiden Universitätsklinika zusammenschließen, hat erkennbar damit zu tun, dass das Land Hessen der gemeinsame Träger ist. Es wird aber sehr viel schwieriger, wenn so etwas über verschiedene Trägergruppen hinweg geschehen soll. Dies beginnt schon zwischen den Kliniken des Landeswohlfahrtsverbandes und den kommunalen Kliniken, obwohl es dabei eigentlich eine gemeinsame Verwandtschaft gibt. Dies sind Prozesse, die derzeit noch im Gang sind und deren Ergebnisse erst in nächster Zukunft zu erwarten sind, wenn – wie ich prophezeie – der Druck, den wir derzeit schon verspüren, noch stärker wird.

**Landrat Marx:** Herr Oberbürgermeister Möller hat für die Kliniken der Grund- und Regelversorgung in der Stadt Marburg gesprochen. Ich kann für das Krankenhaus in Lich mit ca. 230 Betten berichten: Es gibt bereits Kooperationen im Bereich der ambulanten Versorgung, insbesondere im Bereich der Orthopädie und der Inneren Medizin. Das Krankenhaus in Lich erweitert derzeit mit einem Investitionsvolumen von ca. 22 Millionen € und befindet sich mitten im Bau. Es geht dabei nicht um zusätzliche Bettenkapazitäten, sondern – ich sage es einmal als Nichtmediziner – um die Verbesse-

zung der Ablauforganisation innerhalb des Hauses im Bereich der Operationssäle, der Hygiene etc.

(Herr Haumann: Das Haus ist schon privatisiert!)

– Teilprivatisiert, Herr Kollege Haumann.

**Dr. Werner:** Zu Marburg-Biedenkopf. Es sind in der Vergangenheit Gespräche mit den Krankenhäusern in unserem Landkreis geführt worden. Die generelle Meinung lautete: Fusion, ja, warum nicht? – Bei der Privatisierung in der Hand einer Kapitalgesellschaft bestanden Befürchtungen bis hin zu Existenzängsten. Dem DRK-Krankenhaus in Biedenkopf, ein reines Belegkrankenhaus, scheint das relativ egal zu sein. Das Diakoniekrankenhaus erscheint stark genug, um das durchzustehen. Die beiden Kliniken in Bad Endbach und insbesondere die Berglandklinik haben Existenzängste geäußert. Von daher wiederhole ich unsere Forderung, die entsprechenden Rahmenbedingungen bei Übernahmeverhandlungen zu schaffen.

Beim ambulanten Versorgungsbereich geht der Trend hin zu Gemeinschaftspraxen. Das ist aber nicht ganz kreisspezifisch. Das ist ein Trend, den wir generell feststellen. Es gibt größere Praxiszusammenschlüsse, zum Beispiel beim ambulanten Operieren, was auch sinnvoll ist.

**Abg. Dr. Thomas Spies:** Ich darf an dieser Stelle eine Bitte äußern, die am ehesten die Landesregierung, namentlich das Sozialministerium erfüllen kann. Die Kassenärztliche Vereinigung hat sich in ihrer Stellungnahme sehr zurückhaltend verhalten, indem sie darauf hingewiesen hat, sie habe mit ambulanter Medizin nichts zu tun. Die Frage, die Frau Schulz-Asche aufgeworfen hat, ist nicht so sehr, ob sich Praxen zusammenschließen, sondern ob Praxen von Krankenversorgungsunternehmen aufgekauft werden. Es gibt zumindest Gerüchte, dass einzelne Ketten Kassenarztsitze aufkaufen. Vielleicht könnte dies die Landesregierung einmal bei der Kassenärztlichen Vereinigung klären und sich danach erkundigen.

Die Frage ist nicht völlig unsinnig, weil nach der Stellungnahme des Kartellamtes, die wir bereits haben, die Frage einer regionalen Monopolstellung noch ein völlig neues Gewicht gewinnen könnte, wenn derjenige, der es kauft, derjenige ist, dem auch noch alle oder die Hälfte aller Kassenarztsitze in der Region gehören. Insofern ist die Frage tatsächlich nicht völlig uninteressant, ob es diese Tendenzen gibt. Die KV muss es wissen, weil sie die Kontrolle darüber hat.

Herr Hofmann, ich wollte meine Frage von vorhin noch einmal etwas präzisieren, weil das möglicherweise missverständlich angekommen ist. Sie haben vorhin sehr richtig ausgeführt, dass Kooperationen zwischen Krankenhäusern kein einfaches Geschäft ist. Dabei befinden sich nicht nur die Krankenhausträger, sondern auch die Krankenhausleitungen, die abteilungsleitenden Ärzte und andere in der Notwendigkeit, sich darauf zu einigen, was zu tun und was zu lassen ist. Dies ist aber völlig unabhängig von der Frage der Privatisierung, ob nun die Uniklinika privatisiert werden und die anderen Krankenhäuser mit ihnen kooperieren sollen.

Dies macht es nahe liegend, sich die Frage zu stellen, ob nicht ein regionales wirtschaftliches Verbundsystem – also nicht nur die wirtschaftliche Zusammenführung der beiden Uniklinika, sondern die zusätzliche Zusammenführung mit einer Reihe von kreis- und zumindest kommunalen Krankenhäusern in der Umgebung – eine sinnvolle Struktur wäre, die die Konzentration der Maximalversorgung in der Zentrale und die flächendeckende Versorgung darum herum sicherstellen kann und die in einem gemeinsamen wirtschaftlichen Interesse gewährleistet, dass weder der eine dem anderen etwas wegnimmt noch die teuren Patienten in die Peripherie verlegt werden. Die Sorgen, die man aus der Fusion heraus haben kann, dass die einen den anderen alles wegnehmen oder die teuren Patienten nur einigen zugeschoben werden, würden in einem ökonomischen Verbund der Region nicht mehr auftreten. Ist also ein mittelhessischer Krankenhausverbund eine diskutierte oder sehr ernsthaft zu diskutierende Alternative, der durchaus im Sinne einer wirtschaftlichen Verbindung ist?

Herr **Hofmann**: Die Frage, ob und inwieweit schon über ein Kartell diskutiert wurde, kann ich eindeutig mit nein beantworten. Es gibt Bestrebungen der kommunalen Krankenhäuser oder Krankenhausträger, die sich zu einem derzeit noch sehr losen Verbund zusammengeschlossen haben, die Informationen austauschen und eine gemeinsame Dienstleistungsgesellschaft gegründet haben, die aber noch keine Schlagkraft entwickelt haben. So muss man das sehen. Dieser Verbund reicht fast hessenweit, reicht also über das Versorgungsgebiet Gießen/Marburg deutlich hinaus.

Die Frage wird immer dann spannend, wenn besondere Investitionsentscheidungen getroffen werden müssen, weil die eigenartige Konstellation immer dergestalt besteht: Jeder möchte etwas dazubekommen, aber um Gottes Willen nichts verlieren. Das ist genau der Knackpunkt, der derzeit noch nicht überwunden ist – dies sehe ich zumindest noch nicht – wenn nicht die Not so groß ist, dass man nicht anders handeln kann.

Vors. Abg. **Hartmut Holzapfel**: Meine Damen und Herren, wir sind nun am Ende der Anhörung der Vertreter der kommunalen Ebene angelangt. Ich danke Ihnen allen, dass Sie so lange ausgeharrt haben. Ich danke auch den Vertretern der Landesregierung und Frau Ministerin Lautenschläger, dass sie während dieser ganzen Zeit anwesend waren. Ich weise die Mitglieder des Ausschusses darauf hin, dass der Punkt Verschiedenes noch ansteht. Ich wäre daher dankbar, wenn die Kolleginnen und Kollegen, die angehört wurden, nun den Raum verlassen würden.

(Unterbrechung der öffentlichen Sitzung um 21.51 Uhr –  
Fortsetzung mit der nicht öffentlichen Sitzung)