

Antrag

der Fraktion der CDU

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst

Innovationscampus Lebenswissenschaften, medizinische Forschung und klinische Versorgung in der Rhein-Neckar Region

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,

1. wie sie die Entwicklung des Innovationscampus Lebenswissenschaften beurteilt (Erfolge/Fortschritte, Planungen, etc.);
2. welche Herausforderungen sie sieht, damit Baden-Württemberg mit diesem Innovationscampus eine weltweit führende Position im Bereich der Lebenswissenschaften erreicht bzw. ausbaut;
3. wie viele Professorenstellen es an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg und der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg in Mannheim gibt und in welchen Bereichen internationale Spitzenstellungen der beiden Fakultäten liegen;
4. wie viel Haushaltsmittel die Fakultäten jeweils pro Jahr haben und wie sich die Herkunft der Mittel auf Land, Drittmittel staatlicher Ebenen oder weitere Drittmittel verteilen;
5. ob und gegebenenfalls wie die Zusammenarbeit der beiden Fakultäten aktuell koordiniert wird;
6. welchen Vorteil sie durch eine zukünftig engere Zusammenarbeit sieht, wie diese engere Zusammenarbeit realisiert werden kann und welche Voraussetzungen sie hierfür als notwendig erachtet;
7. wie die medizinische Versorgung mit Krankenhäusern in der Region Rhein-Neckar aktuell gewährleistet wird (bitte Krankenhäuser mit Bettenzahl, Träger und ggf. Spezialisierung aufführen);

8. woher aktuell die Patientenströme kommen, die in diesen Krankenhäusern versorgt werden (prozentuale Aufteilung nach Rhein-Neckar-Region in Baden-Württemberg, sonstiges Baden-Württemberg, Pfalz, Hessen und andere Herkunft);
9. welchen Investitionsbedarf sie in den nächsten Jahren für diese Krankenhäuser sieht (Aufteilung bitte nach Krankenhäusern) und welche dieser Investitionen bereits in der Mittelfristigen Finanzplanung (Mifrfi) oder anderen Planungen des Landes im Einzelplan 12 und/oder 14 bzw. aus Mitteln des Kommunalen Investitionsfonds (KIF) des Finanzausgleichsgesetzes (FAG) vorgesehen sind;
10. welche Einsparungen sich bei den laufenden Kosten durch die unter Ziffer 9 genannten Investitionen ergeben würden;
11. welche Einsparmöglichkeiten sie bei den laufenden Kosten (IT, Energie, Verwaltung, etc.) durch eine Fusion des Uniklinikums Heidelberg und des städtischen Krankenhauses Mannheim sieht;
12. welche Vorteile sich für die medizinische Versorgung und Forschung durch die gemeinsame Betrachtung der Patienten (z. B. durch gemeinsame Auswertung der Daten) ergeben und welche Voraussetzungen sie dafür als notwendig ansieht.

10.3.2022

Hagel, Dr. Schütte
und Fraktion

Begründung

Mit der Unterstützung der Health und Life Science Alliance in der Region Rhein-Neckar ergibt sich für das Land Baden-Württemberg die Möglichkeit, in diesem Zukunftsbereich international eine Spitzenstellung zu erreichen und so von dem wirtschaftlichen Nutzen und z. B. modernster Medizin zu profitieren. Um dieses Potenzial voll zu heben, ist eine Zusammenarbeit aller Akteure in der Region in diesem Bereich unabdingbar. Mit diesem Antrag soll geklärt werden, welche Fortschritte mit dem Innovationscampus Lebenswissenschaften bereits erreicht wurden und wie die Zusammenarbeit im Bereich Health und Life in der Rhein-Neckar-Region am besten gestaltet werden kann.

Stellungnahme

Mit Schreiben vom 4. April 2022 Nr. 34-7730.000/279/1 nimmt das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen sowie dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,*

*1. wie sie die Entwicklung des Innovationscampus Lebenswissenschaften beurteilt
(Erfolge/Fortschritte, Planungen, etc.);*

Mit dem Innovationscampus Health and Life Science Alliance fördert das Land disziplin- und einrichtungübergreifende Projekte der lebens- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung in der Rhein-Neckar Region aus vom Landtag beschlossenen Mitteln in zwei ersten Tranchen in den Jahren 2021 bis 2024 mit insgesamt 40 Mio. Euro. Ziel sind der Ausbau der Kooperation und die beschleunigte Überführung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die medizinische Anwendung. Der Innovationscampus soll die exzellenten Akteure der Lebens- und Gesundheitswissenschaften in der Region zusammenführen und im Zentrum eines international anerkannten und sichtbaren Innovationsökosystems stehen, das medizintechnische und pharmazeutische Firmen, Start-ups, Kapitalgeber und vorhandene wirtschaftliche Netzwerke mit einbezieht. Perspektivisch ergeben sich hieraus positive Effekte für Baden-Württemberg insgesamt: Die medizinische Versorgung wird verbessert und insbesondere durch die Universitätsklinik (UK) als Maximalversorger auch Patientinnen und Patienten anderer Regionen zugutekommen. Die Umsetzung neuer Erkenntnisse in die Anwendung mit Partnern aus der Wirtschaft stärkt die Gesundheitsindustrie des Landes im nationalen und internationalen Wettbewerb und führt so zu einer gesteigerten Wertschöpfung, zusätzlichen Investitionen im Land sowie weiteren hochqualifizierten Arbeitsplätzen in einem zukunftssicheren Wirtschaftszweig.

Vom Land gefördert werden die Universität Heidelberg, das UK Heidelberg, das UK Mannheim, das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ), das Europäische Laboratorium für Molekularbiologie, das Max-Planck-Institut für medizinische Forschung und das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Nach intensiven, in der Wissenschaft üblichen, mit externen Fachleuten durchgeführten und qualitätsgesicherten Begutachtungsprozessen wurden drei Forschungsschwerpunkte bewilligt. Diese beschäftigen sich mit Volkskrankheiten und dem Einsatz gemeinsam genutzter Plattformen (Fördervolumen: bis zu 19 Mio. Euro), gemeinsamen Datenräumen und Künstlicher Intelligenz (Fördervolumen: bis zu 15 Mio. Euro), sowie translationaler Forschung am Herz-Gefäß-System (Fördervolumen: bis zu 6 Mio. Euro).

Die Projekte befinden sich derzeit in der Etablierungsphase. Im Zuge dessen werden zahlreiche wissenschaftliche und administrative Positionen besetzt. Die Bewerbungen übersteigen die Anzahl angebotener Positionen um ein Vielfaches. Dies kann als klares Zeichen für die Attraktivität interdisziplinärer Arbeiten, wie sie im Zentrum des Innovationscampus stehen, gewertet werden.

Im Schwerpunkt zur Forschung am Herz-Gefäß-System konnten bereits alle Nachwuchsgruppenleitungen besetzt werden. Die hier Forschenden sind teilweise bereits aktiv bei der Einwerbung zusätzlicher Mittel und werden bei Erfolg zur gewünschten Hebelwirkung der Landesmittel für den Innovationscampus beitragen.

Die Gründung einer Rechtsform, in der alle Forschungseinrichtungen vertreten sind und die als Dachorganisation die Aktivitäten der „Health and Life Science Alliance“ koordinieren und unterstützen wird, steht kurz bevor. Hiermit wird der bereits bestehenden Kooperation eine rechtliche Struktur gegeben und die Sichtbarkeit der Initiative weiter erhöht.

Mit der 2021 gestarteten Förderung wissenschaftlicher Schwerpunkte hat sich der Innovationscampus ein Forschungsprofil gegeben, das die vorhandene Exzellenz, das Potenzial zur Kooperation sowie den drängenden Bedarf an neuen Lösungen in Diagnostik und Therapie berücksichtigt.

2. *welche Herausforderungen sie sieht, damit Baden-Württemberg mit diesem Innovationscampus eine weltweit führende Position im Bereich der Lebenswissenschaften erreicht bzw. ausbaut;*

Die Forschungseinrichtungen und Universitätsklinika der Rhein-Neckar-Region haben bereits national und international einen hervorragenden Ruf. Der Innovationscampus soll durch die gezielte Förderung der Kooperation zwischen diesen Einrichtungen einen Beitrag zum weiteren Ausbau der Exzellenz leisten. Gleichzeitig soll er durch das gemeinsame Agieren der individuellen Einrichtungen unter dem Dach der „Health and Life Science Alliance“ die Sichtbarkeit und den Zusammenschluss der Akteure in der Region befördern und dem Innovationsökosystem als Ganzem mehr Sichtbarkeit verleihen. Die Rhein-Neckar Region soll sich auf diese Weise mit anderen weltweit renommierten Regionen in den Lebenswissenschaften und der Gesundheitsforschung messen können.

Eine zentrale Herausforderung ist die Herstellung von Planungssicherheit für einen langfristigen Auf- und Ausbau.

3. *wie viele Professorenstellen es an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg und der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg in Mannheim gibt und in welchen Bereichen internationale Spitzenstellungen der beiden Fakultäten liegen;*

Die Anzahl der aktuell besetzten Professuren an den Medizinischen Fakultäten (MF) der Universität Heidelberg in Heidelberg und Mannheim ergibt sich aus Tabelle 1:

Tabelle 1: Übersicht über die aktuell besetzten Professuren beider Standorte

Professuren	MF Heidelberg	MF Mannheim
W3/C4 gesamt	121	58
– davon mit Leitungsfunktion	71	44
– davon ohne Leitungsfunktion	50	14
W2/C3	1	3
W1	4	1
Summe	126	62

Bereiche mit internationalen Spitzenstellungen der MF Heidelberg:

Als Kriterien wurden u. a. ERC Grants, Sprecherfunktionen in Sonderforschungsbereichen (SFB) und Forschungsgruppen (FOR) der DFG, Mitgliedschaften in den Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZIF, DKTK, DZHK, DZD, DZPG), Humboldt- und Heisenberg-Professuren und hochkarätige Preise zugrunde gelegt.

- Neuromedizinische Forschung (2 SFB in Sprecherschaft, 2 ERC Advanced Grants, je 1 ERC Consolidator Grant und ERC Starting Grant, mehrere „highly cited researchers“)
- Infektionsforschung (2 SFB in Sprecherschaft, Partner Site im DZIF, Koordination DFG Schwerpunktprogramm, ERC Starting Grant, „highly cited researcher“)
- Onkologie (2 SFB in Sprecherschaft, Partner Site im DKTK, hochkarätige Preise)

- Kardiologische Forschung (SFB in Begutachtung mit Sprecherschaft, Partner Site im DZHK, Heisenberg-Professur, EKFS Clinician Scientist Professur, hochkarätige Preise, „highly cited researcher“)
- Global Health/Public Health (2 Humboldt-Professuren, FOR in Sprecherschaft, hochkarätige Preise)

Als weitere profilierte Bereiche mit Entwicklungspotenzial sind zu nennen Metabolismusforschung (SFB in Sprecherschaft, Zentrum Seltene Erkrankungen, assoziierte Mitgliedschaft im DZD) sowie Psychiatrische Forschung (Mitgliedschaft im DZPG gemeinsam mit dem ZI Mannheim)

Bereiche mit internationalen Spitzenstellungen der MF Mannheim:

Als Kriterien wurden u. a. ERC Grants, Sprecherfunktionen in Sonderforschungsbereichen (SFB), Graduiertenkollegs (GRK) und Forschungsgruppen (FOR) der DFG, Sprecherfunktionen großer EU- und BMBF-Konsortien, Heisenberg-Professuren und hochkarätige Preise zugrunde gelegt.

- Translationale Neurowissenschaften (3 SFB in Sprecherschaft, 1 GRK in Sprecherschaft, 1 FOR in Sprecherschaft, 1 EU-Konsortium in Sprecherschaft, 1 ERC Starting Grant, 1 Heisenberg-Professur, mehrere „highly cited researchers“)
- Vaskuläre Biologie und Medizin (2 SFB in Sprecherschaft, 2 GRK in Sprecherschaft, 1 ERC Advanced Grant, je 1 ERC Consolidator Grant und ERC Starting Grant)
- Onkologie (1 SFB in Sprecherschaft, 1 EU-Konsortium in Sprecherschaft, je 1 ERC Synergy Grant und ERC Starting Grant)
- Medical Systems Technologies (1 BMBF-Konsortium in Sprecherschaft, 1 BMBF Forschungscampus in Sprecherschaft)

Weitere profilierte Bereiche sind Innate Immunity und Immuntherapie (1 GRK in Sprecherschaft) und Präventivmedizin (1 BW Kompetenznetzwerk in Sprecherschaft).

4. wie viel Haushaltsmittel die Fakultäten jeweils pro Jahr haben und wie sich die Herkunft der Mittel auf Land, Drittmittel staatlicher Ebenen oder weitere Drittmittel verteilen;

Die Haushaltsmittel der MF Heidelberg und der MF Mannheim für die Jahre 2020 und 2021 sowie die jeweilige Mittelherkunft sind den folgenden Tabellen 2 und 3 zu entnehmen.

Tabelle 2: Haushaltsmittel der MF Heidelberg

Mittelherkunft	2020	2021
Landeszuschuss	153,2 Mio. EUR	161,0 Mio. EUR
Drittmittel Land	4,7 Mio. EUR	8,8 Mio. EUR
Drittmittel Bund	33,5 Mio. EUR	35,1 Mio. EUR
Drittmittel EU	3,3 Mio. EUR	3,9 Mio. EUR
Drittmittel DFG	35,7 Mio. EUR	34,4 Mio. EUR
Sonstige Drittmittel	60,0 Mio. EUR	74,6 Mio. EUR
Summe	290,4 Mio. EUR	317,8 Mio. EUR

Tabelle 3: Haushaltsmittel der MF Mannheim

Mittelherkunft	2020	2021
Landeszuschuss	68,7 Mio. EUR	79,0 Mio. EUR
Drittmittel Land	9,7 Mio. EUR	12,9 Mio. EUR
Drittmittel Bund	6,0 Mio. EUR	7,0 Mio. EUR
Drittmittel EU	2,7 Mio. EUR	1,8 Mio. EUR
Drittmittel DFG	8,8 Mio. EUR	10,5 Mio. EUR
Sonstige Drittmittel	9,4 Mio. EUR	10,2 Mio. EUR
Summe	105,3 Mio. EUR	121,4 Mio. EUR

5. ob und gegebenenfalls wie die Zusammenarbeit der beiden Fakultäten aktuell koordiniert wird;

Die beiden Prodekanen für Forschung tauschen sich in regelmäßigen Jours Fixes alle zwei bis drei Monate aus, um beispielsweise große Verbundprojekte auszuloten. Ebenso treffen sich die Forschungsreferenten beider Standorte in regelmäßigen Abständen. Die erfolgreiche Zusammenarbeit zeigt sich u. a. auch in der Vielzahl der gemeinsamen Forschungsaktivitäten, von denen die DFG-geförderten Verbundvorhaben prominente Beispiele sind. So sind an folgenden Sonderforschungsbereichen (SFB) und Transregio-SFB (SFB-TRR) Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beider Fakultäten und teilweise auch des ZI Mannheim beteiligt (nicht genannt sind weitere SFB mit Beteiligung nur einer der Fakultäten). Benannt sind die SFB welche in Sprecherschaft einer der beiden Fakultäten geführt werden:

- SFB 1118 „Reaktive Metabolite als Ursache diabetischer Folgen“ (Sprecher HD)
- SFB 1158 „Von der Nozizeption zum chronischen Schmerz: Struktur-Funktions-Merkmale neuronaler Bahnen und deren Reorganisation“ (Sprecher HD)
- SFB 1324 „Mechanismen und Funktionen des Wnt-Signalweges“ (Sprecher MA)
- SFB 1389 „Überwindung der Therapieresistenz von Glioblastomen“ (Sprecher HD)
- SFB-TRR 156 „Die Haut als Sensor und Initiator von lokalen und systemischen Immunreaktionen“ (Sprecher HD)
- SFB-TRR 179 „Determinanten und Dynamik der Elimination versus Persistenz bei Hepatitis Virus Infektionen“ (Sprecher HD)
- SFB 1366 „Vaskuläre Kontrolle der Organfunktion“ (Sprecher MA)

Zusätzlich werden in Sprecherschaft einer der beiden Medizinfakultäten folgende Graduiertenkollegs (GRK) geführt:

- GRK 2350 Impact of Adverse Childhood Experiences on Psychosocial and Somatic Conditions Across the Lifespan
- GRK 2727 Innate Immune Checkpoints in Cancer and Tissue Damage
- GRK 2099 Hallmarks of Skin Cancer
- iGRK 1874 Diabetische Mikroangiopathie

Die Übersicht zeigt, dass beide Fakultäten nicht nur punktuell, sondern bei einer Vielzahl unterschiedlicher und breit gestreuter Forschungsthemen und in der Nachwuchsförderung eng kooperieren und gemeinsam Drittmittel einwerben.

Eine umfassende Absprache im Bereich der kardiovaskulären Forschung wurde im Februar vergangenen Jahres mit einem Memorandum of Understanding erreicht, mit dem sich die Fakultäten auf die weitere kohärente Entwicklung dieser Forschung verständigt haben. So wurde ein zwischen den beiden MFen abgestimmter Antrag auf ein Helmholtz-Institut (HI) für translationale AngioCardio-Science in Zusammenarbeit mit dem Max-Delbrück-Zentrum gestellt, bei welchem sich beide MFen gleichwertig beteiligen und im Erfolgsfall einen Institutsbau mit 75 Prozent der benötigten Fläche in Mannheim sowie einen Flächenanteil von 25 Prozent der benötigten Fläche in Heidelberg als integrierte HI-Unit in einem Forschungsgebäude anstreben.

Eine weitere enge Kooperation besteht in vom Wissenschaftsministerium geförderten Verbundvorhaben, wie beispielsweise dem Kompetenznetzwerk „Prävention“ an dem alle Medizinfakultäten des Landes beteiligt sind und für das die Federführung in Mannheim liegt. Auch gibt es über die Zusammenarbeit in Graduiertenkollegs hinaus weitere Kooperationen im Bereich der Karriereentwicklung von Clinician Scientists, Medical und Medical Data Scientists.

6. *welchen Vorteil sie durch eine zukünftig engere Zusammenarbeit sieht, wie diese engere Zusammenarbeit realisiert werden kann und welche Voraussetzungen sie hierfür als notwendig erachtet;*

Eine engere Zusammenarbeit der beiden MFen der Universität Heidelberg, wie sie insbesondere durch eine Zusammenlegung der Fakultäten zu erreichen wäre, würde eine abgestimmte Struktur- und Entwicklungsplanung der beiden Standorte ermöglichen. Dies würde neben einer gemeinsamen Schwerpunkt- und Profilbildung in Forschung und Lehre auch eine abgestimmte Berufungspolitik und eine gemeinsame Infrastrukturplanung beinhalten. Eine einheitliche Struktur des Fachbereichs Medizin der Universität Heidelberg wäre zudem von Vorteil für die Kommunikation und effiziente Zusammenarbeit mit den außeruniversitären Partnern innerhalb des Innovationscampus Heidelberg-Mannheim Health and Life Science Alliance sowie mit Ansprechpartnern in Wirtschaft und Politik. Schließlich würden sich mit einer sinnvollen Zusammenführung von Nachwuchsprogrammen, Forschungsplattformen, Datenbanken, Studienzentren, Core Facilities, bestimmten Verwaltungsbereichen u. a. zahlreiche Synergie- und Einsparungspotenziale verwirklichen lassen.

Eine Zusammenführung von Fakultäten ist eine originär inneruniversitäre Entscheidung.

7. *wie die medizinische Versorgung mit Krankenhäusern in der Region Rhein-Neckar aktuell gewährleistet wird (bitte Krankenhäuser mit Bettenzahl, Träger und ggf. Spezialisierung aufführen);*

Die beiden Stadtkreise Mannheim und Heidelberg bilden zusammen mit den beiden Landkreisen Rhein-Neckar-Kreis und Neckar-Odenwald-Kreis den baden-württembergischen Teil der Metropolregion Rhein-Neckar. Zu dieser Region zählen noch der Kreis Bergstraße in Hessen und weitere sechs Stadtkreise und vier Landkreise in Rheinland-Pfalz.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Plankrankenhäuser des baden-württembergischen Teils der Region Rhein-Neckar mit den derzeitigen Planbetten und Platz-Zahlen gemäß dem Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg dargestellt:

Tabelle 4: Planbetten und Platzzahlen der Plankrankenhäuser im baden-württembergischen Teil der Region Rhein-Neckar zum Stichtag 1. Oktober 2021

Land-/Stadtkreis	Standort, Krankenhaus	Betten	Plätze
Heidelberg	Heidelberg, Schmieder	135	
Heidelberg	Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg	105	
Heidelberg	Heidelberg, St. Vincentius-Krankenhaus	84	
Heidelberg	Heidelberg, St. Josefskrankenhaus	234	15
Heidelberg	Heidelberg, Krankenhaus Salem	238	
Heidelberg	Heidelberg, Klinik Sankt Elisabeth	40	
Heidelberg	Heidelberg, Thoraxklinik-Heidelberg	310	
Heidelberg	Heidelberg, Kurpfalzkrankenhaus	85	9
Heidelberg	Heidelberg, Reha-Zentr. f. Chr. Nierenkranke	35	18
Heidelberg	Heidelberg, Universitätsklinikum	1.777	214
Mannheim	Mannheim, Universitätsklinikum	1.291	61
Mannheim	Mannheim, Diakonissenkrankenhaus	407	
Mannheim	Mannheim, Theresienkrankenhaus	574	6
Mannheim	Mannheim, ZI für Seelische Gesundheit	296	84
Neckar-Odenwald-Kreis	Hardheim, Krankenhaus	51	
Neckar-Odenwald-Kreis	Mosbach, Neckar-Odenwald-Kliniken gGmbH	182	
Neckar-Odenwald-Kreis	Mosbach, Johannes-Diakonie	75	29
Neckar-Odenwald-Kreis	Buchen, Neckar-Odenwald-Kliniken gGmbH	195	
Rhein-Neckar-Kreis	Eberbach, GRN-Klinik	130	
Rhein-Neckar-Kreis	Wiesloch, Psych. Zentrum Nordbaden (PZN)	635	142
Rhein-Neckar-Kreis	Weinheim, GRN-Klinik	220	
Rhein-Neckar-Kreis	Sinsheim, GRN-Klinik	225	
Rhein-Neckar-Kreis	Schwetzingen, GRN-Klinik	277	

8. woher aktuell die Patientenströme kommen, die in diesen Krankenhäusern versorgt werden (prozentuale Aufteilung nach Rhein-Neckar Region in Baden-Württemberg, sonstiges Baden-Württemberg, Pfalz, Hessen und andere Herkunft);

Konkrete Zahlen zu den aktuellen Belegungs- und Herkunftsdaten liegen dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration derzeit noch nicht vor.

Durch die Folgen und Auswirkungen der Coronapandemie haben auch die Patientenströme und stationären Fallzahlen erheblich geschwankt. Es kommt hinzu, dass sich die statistische Erhebung und Auswertung der Daten ebenfalls verzögert hat.

Ein belastbares Datenmodell wird sich daher erst wieder nach Ende der Coronapandemie erstellen lassen. Die Belastung der Krankenhäuser durch die Coronapandemie war während der verschiedenen Pandemiewellen sehr unterschiedlich und wird erst im Nachgang differenziert bewertet werden können.

9. welchen Investitionsbedarf sie in den nächsten Jahren für diese Krankenhäuser sieht (Aufteilung bitte nach Krankenhäusern) und welche dieser Investitionen bereits in der Mittelfristigen Finanzplanung (Mifrfi) oder anderen Planungen des Landes im Einzelplan 12 und/oder 14 bzw. aus Mitteln des Kommunalen Investitionsfonds (KIF) des Finanzausgleichsgesetzes (FAG) vorgesehen sind;

10. welche Einsparungen sich bei den laufenden Kosten durch die unter Ziffer 9 genannten Investitionen ergeben würden;

Die Ziffern 9 und 10 werden gemeinsam beantwortet:

KHG-förderfähige Krankenhäuser:

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) regelt die wirtschaftliche Sicherung von Krankenhäusern. In den Bereich der Investitionsfinanzierung gehören sämtliche Kosten, die zum einen rein bauliche Maßnahmen beinhalten, aber auch Anschaffungskosten, die für kurzfristige Anlagegüter und Ausstattungselemente verausgabt werden. Für Letztere wird den KHG-förderfähigen Krankenhäusern in Baden-Württemberg jährlich eine Pauschalförderung von rund 160 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Jedes Krankenhaus entscheidet in seiner eigenen Verantwortung, welche Anschaffungen getätigt werden.

Die Einzel-Investitionsförderung orientiert sich an den krankenhauserischen Bedarfen der einzelnen Krankenhäuser. Der Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg sieht für die einzelnen Regionen jedoch keine konkreten oder vorgefertigten Maßnahmen vor. Es ist vielmehr das Interesse des Landes, mit den Beteiligten vor Ort entsprechende Lösungsansätze zu finden. Das Ziel der Konsolidierung und Zukunftssicherung kann nur gemeinsam, auch unter Einbeziehung weiterer Gesundheitssektoren, erreicht werden.

Die Kernpunkte „Konzentration“ und „flächendeckende Versorgung“ müssen in laufenden Entscheidungsprozessen miteinander abgewogen werden. Das Interesse des Landes ist es dabei, Strukturen zu schaffen, die dauerhaft betrieben und den Anforderungen und Bedürfnissen vor Ort entsprechend gestaltet werden können. Daher müssen die regionalen Versorgungsstrukturen insofern weiterentwickelt und sinnvoll optimiert werden. Dabei gilt es insbesondere, auch sektorenübergreifende und ambulante Versorgungsstrukturen mit in die Konzeptionen einzubinden, um zu einer regional vernetzten und bedarfsgerechten Versorgung zu gelangen. Mit Hilfe von Gutachten und strukturierten Dialogformen mit der Bürgerschaft haben zahlreiche Kreise und Gemeinden bereits Analysen zur regionalen Versorgung angestoßen und auch umgesetzt. Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen spielen hier perspektivisch eine noch wichtigere Rolle bei der Gestaltung der regionalen Versorgung und bei der Vernetzung der Versorgungsangebote. Das Förderprogramm Primärversorgungszentren des Landes unterstützt Landkreise in ihren Bestrebungen, die Koordination der Angebote und die Kooperation der Akteure in der Gesundheitsversorgung zu verbessern und auszubauen.

Die Investitionsförderung orientiert sich folgerichtig an den gesundheits- und krankenhauserischen Bedarfen und Aufgaben der Gesundheits- und Krankenhausstrukturen. Es werden letztlich nur Baumaßnahmen und somit Investitionen gefördert, die sich auf Basis einer zukunftsorientierten Strukturplanung entwickeln. In diesem Gesamtkontext ist es nicht zielführend, Einsparpotenzial in einem einzelnen Leistungssegment auszuloten. Ziel muss sein, dass im Zuge der Gesamtbetrachtung aller Sektoren ein gutes Gesamtergebnis entwickelt und umgesetzt wird. Dies kann letztlich auch zu Einsparpotenzialen in den einzelnen Gesundheitssektoren führen.

Universitätsklinik in der Trägerschaft des Landes:

Bei den Investitionen des UK Heidelberg ist wie bei allen UK in Gewährträgerschaft des Landes zu differenzieren zwischen baulichen Maßnahmen im Zuständigkeitsbereich der UK (Einzelplan 14 und Wirtschaftsplanmaßnahmen) und Bauvorhaben, die in die Zuständigkeit des Finanzministeriums (Einzelplan 12) fallen. Hintergrund dieser Differenzierung ist die in 1998 mit den UK getroffene Überlassungsvereinbarung. Das Land überlässt den UK unentgeltlich die von ihnen genutzten Gebäude/Gebäudeteile und Räume zur Erfüllung der den UK gemäß § 4 Universitätsklinik-Gesetz (UKG) wahrzunehmenden Aufgaben. Entsprechend wird darin auch geregelt, dass die UK für die Dauer der Überlassung alle Lasten und Gefahren tragen. Die UK sind somit Bauherr und tragen die Verantwortung für den baulichen Zustand und die technischen Anlagen sowie die Außenanlagen. In die Bauherrenzuständigkeit der UK fallen Bauunterhaltungsmaßnahmen (regelmäßiger Erhaltungsaufwand/Instandhaltung) ohne Wertgrenze sowie Neubaumaßnahmen bzw. bauliche Veränderungen mit Gesamtbaukosten bis zur Höhe von 4 Mio. Euro im Einzelfall.

Die vier UK in Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm haben einen hohen Sanierungsbedarf, der auf Grundlage eingeleiteter Planungen sukzessive abgebaut werden soll. Im Zuge der Aufstellung des Sonderprogramms „Sanierungsoffensive für die Universitätsklinika“ mit einem Gesamtvolumen von 500 Mio. Euro haben Wissenschaftsministerium, Finanzministerium und die UK 2018 u. a. gemeinsam vordringliche Bauvorhaben (sog. Schlüsselprojekte) definiert, für die eine Umsetzung in den kommenden Haushalten angestrebt wird. Den Einzelplan 12 betreffend ist dies in Heidelberg die Sanierung der Kopfklinik. Zur haushaltsreifen Vorbereitung dieses Großvorhabens sind im Einzelplan 12 (Bauhaushalt) bereits entsprechende Planungsmittel etatisiert. Die Veranschlagung und Ausfinanzierung der vorgenannten Schlüsselprojekte der Sanierungsoffensive soll im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten des Landeshaushalts im Einzelplan 12 erfolgen. Eine Kostenbeteiligung der UK ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Über die Finanzierung wird im Rahmen künftiger Haushaltsaufstellungsverfahren entschieden.

Neben der Finanzierung von Bau- und Sanierungsmaßnahmen stehen insbesondere die technische Infrastruktur in Forschung und Krankenversorgung (auch die Erstausrüstung von Neubauten) sowie moderne IT-Ausstattung im Zusammenhang mit der zwingend erforderlichen umfassenden Digitalisierung (Investitionen in Informationstechnik, Labor- und Medizintechnik) im Fokus. Dazu kommen Baumaßnahmen in eigener Bauherreneigenschaft der UK, welche die UK im Rahmen ihrer Wirtschaftspläne durchführen. Die Finanzierung dieser Maßnahmen erfolgt durch die im Einzelplan 14 etatisierten Investitionszuschüsse sowie Eigenmittel der UK. Die im Epl. 14 des StHPl. 2022 veranschlagten Investitionszuschüsse des UK Heidelberg betragen rund 30 Mio. Euro. Für den Zeitraum 2023 bis 2025 sind lt. Mifri 2021 bis 2025 für das UK Heidelberg Investitionsmittel aus dem Einzelplan 14 in Höhe von rund 90 Mio. Euro vorgesehen.

11. welche Einsparmöglichkeiten sie bei den laufenden Kosten (IT, Energie, Verwaltung, etc.) durch eine Fusion des Uniklinikums Heidelberg und des städtischen Krankenhauses Mannheim sieht;

Potenzielle Einsparmöglichkeiten eines etwaigen Klinikverbundes sind Gegenstand der laufenden Due Diligence Prüfungen. Mit den Ergebnissen der wirtschaftlichen Prüfungen ist Ende Mai 2022 zu rechnen. Bezüglich der Formen der Kooperation befindet sich die Landesregierung im Prüfungs- und Klärungsprozess. Da es um eine weitreichende Entscheidung geht, bedarf es insbesondere auch im Hinblick auf finanzielle Folgen und Risiken für den Landeshaushalt, Zeit für eine gründliche Prüfung und Entscheidungsfindung.

12. welche Vorteile sich für die medizinische Versorgung und Forschung durch die gemeinsame Betrachtung der Patienten (z. B. durch gemeinsame Auswertung der Daten) ergeben und welche Voraussetzungen sie dafür als notwendig ansieht.

Die Zusammenlegung und Vereinheitlichung der bislang getrennten und unterschiedlichen IT-Systeme der beiden UK und eine Harmonisierung der Datenformate lässt unter Berücksichtigung von Patienteneinwilligung, Datenschutz und Datensicherheit eine Zusammenführung der Patientendaten und die Generierung von großen Datensätzen (Big Data) erreichbar erscheinen. Big Data ermöglichen beispielsweise die Entwicklung und Verfeinerung von Auswertungsmethoden basierend auf Künstlicher Intelligenz (KI) sowie die Entwicklung digitaler Zwillinge. Die Anwendung von KI-Methoden ist sowohl für die moderne Krankenversorgung als auch für die Wissenschaft zukunftsweisend.

Die Bildung und Charakterisierung von Patientensubgruppen ist ein wesentliches Ziel der Personalisierten Medizin. Eine Folge der Patientenstratifizierung ist, dass zum Teil sehr kleine Patientengruppen entstehen, die nur mit unzureichender statistischer Aussagekraft ausgewertet werden können, ein Problem, welches auch von der Untersuchung seltener Erkrankungen her bekannt ist. Big Data können helfen, dieses Dilemma zu überwinden.

Bauer

Ministerin für Wissenschaft,
Forschung und Kunst