

## I. Vorlage

- ☐ zur Beschlussfassung  
☒ als Bericht

Gremium

Sitzungsteil

Datum

|   | bisherige Beratungsfolge | Sitzungstermin | Abstimmungsergebnis |              |        |            |              |
|---|--------------------------|----------------|---------------------|--------------|--------|------------|--------------|
|   |                          |                | einst.              | mit Mehrheit |        | Ja-Stimmen | Nein-Stimmen |
|   |                          |                |                     | angen.       | abgel. |            |              |
| 1 |                          |                |                     |              |        |            |              |
| 2 |                          |                |                     |              |        |            |              |
| 3 |                          |                |                     |              |        |            |              |

### Betreff

**Kassenkredite Sondervermögen Klinikum**

Zum Schreiben/Zur Vorlage der Verwaltung vom

#### Anlagen

1. Anfragen der CSU-Stadtratsfraktion vom 09.11.2009
2. Übersicht über die an die Stadt (Stadtkasse) vom SV Klinikum ausgereichten Kassenkredite
3. Übersicht über die für das SV Klinikum aufgenommenen Kassenkredite

### Beschlussvorschlag

Entfällt, da Bericht.

### Sachverhalt

Die CSU-Stadtratsfraktion hat mit Schreiben vom 09.11.2009 Anfragen zur Gewährung von Kassenkrediten des Sondervermögens Klinikum an den städtischen Haushalt gestellt (siehe Anlage 1).

Die Anfragen wurden von der Verwaltung in der Sitzung des Finanz- und Verwaltungsausschusses am 18.11.2009 mündlich beantwortet. Sie sollten – entsprechend dem Wunsch des Ausschusses - noch schriftlich beantwortet werden:

Vorbemerkung:

Die Anfrage der CSU-Stadtratsfraktion vom 09.11.2009 bezieht sich auf Feststellungen im Bericht des Rechnungsprüfungsamtes über die örtliche Prüfung der Jahresrechnung 2007 zur Gewährung von Kassenkrediten des Sondervermögens Klinikum. Die Kassenkredite „dienen – so die Anfrage – „offenbar der Finanzierung des städtischen Haushalts.“. Hierzu ist anzumerken, dass Kassenkredite nicht der Haushaltsfinanzierung, sondern allein der Aufrechterhaltung der Liquidität und Zahlungsbereitschaft der Stadtkasse dienen. Mit Kassenkrediten werden keine zusätzlichen (z.B. nicht im Haushalt veranschlagten) Maßnahmen und Ausgaben finanziert.

Zu den Fragen:

Zu Nr. 1/2:

Auf die beigelegte Übersicht (Anlage 2) wird verwiesen.

Zu Nr. 3:

Die für das Sondervermögen Klinikum bei verschiedenen Banken aufgenommenen Kassenkredite und die jeweils geltenden Konditionen ergeben sich aus der beigelegten Übersicht (Anlage 3).

Zu Nr. 4:

Eine Verzinsung der vom Sondervermögen Klinikum der Stadtkasse gewährten Kassenkredite erfolgte in der Vergangenheit grundsätzlich nicht.

Eine Verzinsung hätte im Ergebnis weder für das Sondervermögen Klinikum noch für den Stadthaushalt Auswirkungen gehabt. Entsprechende Zinserträge des Sondervermögens Klinikum hätten zu einem niedrigeren Fehlbetrag geführt, mit der Folge, dass die Verlustausgleichszahlungen der Stadt an das Sondervermögen niedriger ausgefallen wären. Diesen Minderausgaben hätten entsprechende Mehrausgaben für die dann aus dem Stadthaushalt an das Sondervermögen zu erstattenden Zinsen gegenüber gestanden.

Das Rechnungsprüfungsamt hält in entsprechender Anwendung des § 7 der Eigenbetriebsverordnung (EBV) eine Erstattung der Zinsen für die vom Sondervermögen Klinikum der Stadtkasse zur Verfügung gestellten Liquidität für geboten. Nachdem, wie ausgeführt, eine Verzinsung keinerlei finanzielle Auswirkungen hat, hält Ref. II Erstattungen für einen unnötigen Verwaltungsaufwand. Gleichwohl wird das Ref. II die formalen Anforderungen des Rechnungsprüfungsamtes berücksichtigen und eine Verzinsung rückwirkend für das Jahr 2009 und für die Zukunft verrechnen.

Zu Nr. 5:

In dem zum 27.10.2006 festgestellten Betrag von 87 097 950 € ist der zu diesem Stichtag bestandene Kassenkredit des Sondervermögens Klinikums gegenüber der Stadtkasse in Höhe von 1 850 000 € mit enthalten.

|                                                      |                             |                               |                                                             |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Finanzielle Auswirkungen                             |                             | jährliche Folgekosten         |                                                             |
| <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja | Gesamtkosten                  | €                                                           |
|                                                      |                             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                 |
| Veranschlagung im Haushalt                           |                             |                               |                                                             |
| <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja | bei Hst.                      | Budget-Nr.                                                  |
|                                                      |                             | im                            | <input type="checkbox"/> Vwhh <input type="checkbox"/> Vmhh |
| wenn nein, Deckungsvorschlag:                        |                             |                               |                                                             |
| Zustimmung der Käm                                   |                             | Beteiligte Dienststellen:     |                                                             |
| liegt vor:                                           | <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> RpA  | <input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/>  |
| Beteiligung der Pflegerin/des Pflegers erforderlich: |                             | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                               |
| Falls ja: Pflegerin/Pfleger wurde beteiligt          |                             | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                               |

## II. POA/SD zur Versendung mit der Tagesordnung

## III. Ref. II/Käm

Fürth, 08.12.2009

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Referenten

Sachbearbeiter/in:  
Herr Reichardt

Tel.:  
1370