

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
mit Antwort der Landesregierung
- Drucksache 17/8404 -**

Ist der Landesregierung bekannt, welche Leistungen und Beiträge die Beschäftigten und das ärztliche Personal in der MHH zur Verbesserung des Jahresergebnisses in 2015 erbracht haben?

Anfrage der Abgeordneten Dr. Stephan Siemer und Horst Schiesgeries (CDU) an die Landesregierung,
eingegangen am 30.06.2017, an die Staatskanzlei übersandt am 06.07.2017

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur namens der Landesregierung vom 02.08.2017,
gezeichnet

In Vertretung

Andrea Hoops

Vorbemerkung der Abgeordneten

Der Landtag hat in seiner Plenarsitzung am 6. April 2017 die folgende Dringliche Anfrage der CDU-Landtagsfraktion zum Umgang der Landesregierung mit Problemen bei Bauvorhaben an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) behandelt: „Wie kann das passieren?“ (HAZ 16. Februar 2017), „Prüfer greifen bei MHH ein“ (HAZ 20. Februar 2017), „MHH: Schaden täglich größer“ (NP 27. Februar 2017): Kommt Wissenschaftsministerin Heinen-Kljajić (Bündnis 90/Grüne) ihrer Verantwortung für den größten Landesbetrieb Niedersachsens (MHH) nach?“

In ihrer Antwort führt die Ministerin aus, die Landesregierung habe sich „in konsequenter und umfangreicher Weise mit der wirtschaftlichen Situation der MHH befasst, wodurch sich die Ergebnissituation der MHH grundlegend verbessert hat“. Ferner heißt es in der Antwort, das Ministerium für Wissenschaft und Kultur (MWK) „forderte die MHH auf, einen umfassenden Katalog mit konkreten Maßnahmen und Zeitpunkten zu erstellen, um die wirtschaftliche Situation der MHH zu konsolidieren. Die MHH erstellte daraufhin einen Aktionsplan mit umfangreichen Einsparmaßnahmen, der alle Bereiche der MHH in Forschung, Lehre, Krankenversorgung und Verwaltung umfasste. Begründet in den unzureichenden Ergebnisauswirkungen des Aktionsplans erging Ende 2015 erneut eine Aufforderung des MWK an die MHH, den Aktionsplan zu überarbeiten und zu aktualisieren. Im Ergebnis stand Anfang 2016 das Strukturkonzept MHH 2020.“

Zudem habe die Landesregierung der Antwort auf die genannte Dringliche Anfrage zufolge eine bessere Finanzierung der Universitätskliniken erreichen können.

In ihren Ausführungen verweist die Landesregierung darauf, dass die besonderen Aufgaben und Leistungen der Universitätskliniken in dem DRG-Fallpauschalensystem nicht ausreichend vergütet würden. Dies betreffe z. B. die „Hochschulambulanzen, seltene Erkrankungen sowie Extremkostenfälle“.

In einem in der *Hannoverschen Allgemeinen Zeitung* am 19. Juni 2017 erschienenen Leserbrief mit der Überschrift „Finanzierung muss angepasst werden“ schreiben zwei Leiter von Kliniken an der MHH: Wenn es der Fall sei, dass die MHH in 2016 wieder schwarze Zahlen geschrieben habe, dann sei diese Ergebnisverbesserung „auf eine kaum noch verantwortbare Mehrleistung von Mitarbeiterinnen aller Berufsgruppen in der klinischen Versorgung zurückzuführen“.

Ausweislich der Jahresabschlüsse der MHH hat sich der Jahresfehlbetrag der MHH von 27,5 Millionen Euro für das Geschäftsjahr 2014 auf 1,5 Millionen Euro für das Geschäftsjahr 2015 verringert.

Es wurde also eine Ergebnisverbesserung von 26 Millionen Euro erzielt. Von 2014 auf 2015 haben sich wichtige Kennwerte der MHH wie folgt verändert:

- Der Basisfallwert Land Niedersachsen hat sich von 3 117 Euro auf 3.191 Euro, also um 2,4 % erhöht.
- Die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle an der MHH hat sich von 421 742 auf 439 839, also um 4,3 % erhöht.
- Die Erträge aus stationären Krankenhausleistungen sind um 12,5 Millionen Euro gestiegen (+3 %).
- Die Erträge aus ambulanten Leistungen sind um 4 Millionen Euro gestiegen (+8,5 %).
- Der Erfolgsplanzuschuss des Landes Niedersachsen ist um 14,7 Millionen Euro gestiegen (+8,2 %).

Die Summe der zusätzlichen Erlöse der MHH aus Krankenhausleistungen, ambulanten Leistungen und Erfolgsplanzuschuss belaufen sich somit auf 31,2 Millionen Euro und übertreffen damit die Ergebnisverbesserung um 5,2 Millionen Euro.

Der Jahresabschluss der MHH weist unter den sonstigen Rückstellungen folgende Einzelpositionen aus:

- 12,2 Millionen Euro für etwaige Risiken aus laufenden Verfahren zur Umsatzsteuer bei der Abgabe von Zytostatika,
- 6,5 Millionen Euro für ausstehende Rechnungen,
- 1,1 Millionen Euro für unterlassene Instandhaltungen.

Unter Bezugnahme auf die Urteile des Niedersächsischen Staatsgerichtshofs vom 29.01.2016, Az. StGH 1, 2 und 3/15, Rn. 46, und vom 22.08.2012, Az. StGH 1/12, Rn. 54-56, weisen wir darauf hin, dass wir ein hohes Interesse an einer vollständigen Beantwortung unserer Fragen haben, die das Wissen und den Kenntnis-/Informationsstand der Ministerien, der ihnen nachgeordneten Landesbehörden und, soweit die Einzelfrage dazu Anlass gibt, der Behörden der mittelbaren Staatsverwaltung aus Akten und nicht aktenförmigen Quellen vollständig wiedergibt.

1. Um welchen Betrag (absolut und in Prozent) hat sich der Landesbasisfallwert für das Bundesland Bayern von 2014 auf 2015 erhöht?

Der Landesbasisfallwert in Bayern belief sich in 2015 auf 3 257,00 Euro und hat sich im Vergleich zum Jahr 2014 um 69,00 Euro (2,2 %) erhöht.

2. Wie stellt sich die Veränderung des Landesbasisfallwertes für Bayern von 2014 auf 2015 im Vergleich zur Veränderung für Niedersachsen dar?

Wie unter 1. ausgeführt erhöhte sich der Landesbasisfallwert Bayern um 69,00 Euro auf 3 257,00 Euro. In Niedersachsen erhöhte sich der Landesbasisfallwert von 2014 auf 2015 um 73,45 Euro auf 3 190,81 Euro.

3. Welche Bundesländer hatten für 2015 einen in absoluten Zahlen niedrigeren Landesbasisfallwert als Niedersachsen (bitte einzeln nennen)?

Kein Bundesland hatte in 2015 einen niedrigeren Landesbasisfallwert als Niedersachsen, da der Landesbasisfallwert in Höhe von 3 190,81 Euro die untere Korridorgrenze zum Bundesbasisfallwert abbildet und somit dem bundesdurchschnittlichen Minimalpreis entspricht.

4. Welche Bundesländer hatten für 2015 einen in absoluten Zahlen höheren Landesbasisfallwert als Niedersachsen (bitte einzeln nennen)?

Sechs Bundesländer wiesen für 2015 einen höheren Landesbasisfallwert aus als Niedersachsen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland.

5. Welche Bundesländer hatten für 2016 einen in absoluten Zahlen niedrigeren Landesbasisfallwert als Niedersachsen (bitte einzeln nennen)?

Kein Bundesland hatte in 2016 einen niedrigeren Landesbasisfallwert als Niedersachsen, da der Landesbasisfallwert in Höhe von 3 278,19 Euro die untere Korridorgrenze zum Bundesbasisfallwert abbildet und somit dem bundesdurchschnittlichen Minimalpreis entspricht.

6. Welche Bundesländer hatten für 2016 einen in absoluten Zahlen höheren Landesbasisfallwert als Niedersachsen (bitte einzeln nennen)?

Fünf Bundesländer wiesen für 2016 einen höheren Landesbasisfallwert aus als Niedersachsen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Rheinland-Pfalz, Saarland.

7. Für welche Behandlungsfälle, die in der Hochschulambulanz der MHH von 2014 bis 2016 vorgekommen sind, haben sich die Vergütungen gemäß DRG-System signifikant, d. h. um mehr als 10 Prozentpunkte, von 2014 auf 2015 und/oder von 2015 auf 2016 geändert?

Die Behandlungsfälle der Hochschulambulanzen werden nicht durch das DRG-System finanziert, da dieses ausschließlich für vollstationäre, somatische Behandlungsfälle zur Anwendung kommt. Die Vergütung für die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten in den Hochschulambulanzen ist im Hochschulambulanzvertrag zwischen den Kostenträgern und der MHH geregelt. Die Vergütung des Jahres 2015 ist im Vergleich zu der des Jahres 2014 um 2,53 % erhöht worden. Im Jahr 2016 erfolgte eine Vergütungssteigerung in Höhe von 2,95 % gegenüber 2015.

8. Für welche Behandlungsfälle, die unter dem von der Landesregierung in der Antwort auf die o. g. Dringliche Anfrage genannten Stichwort „seltene Erkrankungen“ subsumiert werden können, haben sich die Vergütungen gemäß DRG-System signifikant, d. h. um mehr als 10 Prozentpunkte, von 2014 auf 2015 und/oder von 2015 auf 2016 geändert?

Es gibt weltweit keine einheitliche Definition für Seltene Erkrankungen. Die Europäische Union spricht aktuell von einer Seltenen Erkrankung, wenn nicht mehr als fünf von 10 000 Personen betroffen sind.

Aus epidemiologischer Sicht sind Seltene Erkrankungen kaum sichtbar, und nur wenige dieser Erkrankungen sind aktuell mit der ICD-10 (Diagnoseschlüssel) spezifisch kodierbar. Die meisten sind als sogenannte Inklusiva einem unspezifischen Schlüssel der ICD-10 zugeordnet und können daher anhand des ICD-10-Schlüssels nicht mehr identifiziert werden.

Mit der derzeitigen Kodierungssystematik ist eine Identifizierung der seltenen Erkrankungen in einzelnen DRGs nur eingeschränkt möglich. Eine Vergütungsverbesserung von mehr als 10 %, der DRGs, welche eine ICD-10-Hauptdiagnose aufweisen, welche eindeutig als seltene Erkrankung (gemäß Orphanet) identifizierbar ist, konnte bei folgenden DRGs eindeutig festgestellt werden:

2014 zu 2015

A01C, A05A, C02B, G02A, I08G, I15B, I20F, I65A, K09B, K38Z, K64A, P06B, R07B.

2015 zu 2016

A04C, A05A, B17D, B68A, B85B, D12A, I08G, I10F, J08C, K15B, P60C, Q02A, R60D.

Insgesamt führte die Erhöhung dieser DRGs zu rund 112 TEuro Mehreinnahmen. Gleichzeitig ist aber auch festzustellen, dass bei einer Vielzahl der übrigen DRGs, welche eine Hauptdiagnose aus dem Bereich der seltenen Erkrankung aufweisen, ein negativer Vergütungseffekt festzustellen war.

Dabei ist nochmals ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass begründet in der Kodierungssystematik des DRG-Systems oben dargestellte Aufzählung der DRGs auf Grundlage der ICD-10-Hauptdiagnose entstanden ist. Eventuelle Nebendiagnosen, welche gegebenenfalls auch als seltene Erkrankungen definiert sind, wurden nicht berücksichtigt. Somit kann diese spezifische Auswertung nicht als abschließend vollständig verstanden werden.

9. Für welche von der Landesregierung in der Antwort auf die o. g. Dringliche Anfrage genannten Extremkostenfälle haben sich die Vergütungen gemäß DRG-System signifikant, d. h. um mehr als 10 Prozentpunkte, von 2014 auf 2015 und/oder von 2015 auf 2016 geändert?

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene mit § 17 b Abs. 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) aufgefordert, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit der systematischen Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern zu beauftragen. Erstmals auf Grundlage des Datenjahres 2013 hat das InEK den sogenannten Extremkostenbericht vorgelegt, in dem die Ermittlung und Analyse von Extremkostenfällen aufgearbeitet wurde. Die Erkenntnisse aus den Extremkostenanalysen fließen in die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein und leisten einen erheblichen Beitrag zur verbesserten Abbildung der Extremkostenfälle.

2014/2015

Der größte systematische Umbau im G-DRG-System 2015 (Datenjahr 2013) betraf den Bereich Intensivmedizin. So wurde einerseits zwar die Vergütung für intensivmedizinische Komplexbehandlungen verbessert, gleichzeitig wurden an die Erbringung dieser Leistungen Anforderungen gestellt durch die Definition von Strukturqualitätskriterien (Medizin, Pflege, Physiotherapie), die dazu führten, dass parallel auch die Kosten in diesen Bereichen deutlich steigen. Für das Jahr 2015 resultierte keine Ergebnisverbesserung.

Positive Effekte des Umbaus führten im Jahr 2016 zu einer Verbesserung des Ergebnisses in der Sparte Krankenversicherung.

2015/2016

Die Ausdifferenzierung des Schweregradsystems führt zu einer verbesserten Abbildbarkeit von Fällen mit schwersten Komplikationen und/oder Komorbiditäten und ermöglicht damit eine bessere Vergütung von Fällen mit schwersten Begleiterkrankungen. Im DRG-System 2016 findet sich die Ausdifferenzierung zunächst an einigen wenigen Stellen. Dadurch konnte die Vergütungssituation für einige sehr teure Fälle deutlich verbessert werden (Extremkostenfälle).

Die beschriebenen Systementwicklungen haben die Abbildung und die Vergütungssituation der Extremkostenfälle verbessert, aber auch zu einer Kostensteigerung aufgrund von Strukturqualitätsanforderungen geführt. Signifikante Vergütungsverbesserungen von mehr als 10 % sind somit auf MHH-Ebene nicht zu verzeichnen.

10. Welche Gespräche mit Entscheidungsträgern haben Vertreter der Landesregierung in Bezug auf die den Antworten auf die Fragen 7 bis 9 genannten DRG-Erhöhungen geführt? Bitte Termine und Gesprächspartner nennen.

Gemäß § 17 b Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Darüber hinaus vereinbart die Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherungen und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gemäß § 17 b Abs. 3 KHEntgG auf Bundesebene die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der bundeseinheitlichen Fallpauschalen. Insbesondere betrifft dies die zugrunde zu legenden Fallgruppen sowie die Grundzüge des Verfahrens zur laufenden Pflege

und Weiterentwicklung des Vergütungssystems auf Bundesebene. Die jährliche Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems basiert auf den Kosten- und Leistungsdaten einer Stichprobe deutscher Krankenhäuser. Die Kostendaten werden dabei im Rahmen eines Ist-Kosten-Ansatzes auf Vollkostenbasis anhand der Vorschriften des entsprechenden Kalkulationshandbuchs in den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern einheitlich ermittelt. Folglich haben weder das Ministerium für Wissenschaft und Kultur (MWK) noch die niedersächsischen Hochschulkliniken einen direkten Einfluss auf die Fallpauschalen und deren Ausgestaltung.

Zudem wird auf die Antwort auf die Dringliche Anfrage in der Drucksache 17/7706 im Rahmen der 126. Plenarsitzung am 06.04.2017 verwiesen. Dort hatte die Wissenschaftsministerin ausgeführt:

„Die Niedersächsische Landesregierung setzt sich daher auf Bundesebene kontinuierlich und erfolgreich für die Universitätskliniken ein. So hat es im Zusammenhang mit der Verabschiedung der Bundesgesetze - GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und Krankenhausstrukturgesetz - intensive Verhandlungen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Oktober auch direkte Gespräche zwischen dem Bundesgesundheitsminister und meiner Wenigkeit als eine der Vertreterinnen der KMK gegeben. Hier konnten wichtige Elemente zur besseren Finanzierung der Universitätskliniken erreicht werden. Ministerpräsident Weil brachte das Thema Finanzausstattung der Universitätskliniken in der Ministerpräsidentenkonferenz ein, in der es ausführlich erörtert wurde.“

Frau Sozialministerin Rundt war zudem Mitglied der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum Krankenhausstrukturgesetz und hat an den Sitzungen regelmäßig teilgenommen. In dieser Bund-Länder-AG wurden diverse Themen erörtert und beschlossen, z. B. Sicherstellungszuschläge, Konvergenz des Landesbasisfallwertes. Konkrete Beschlüsse zu DRGs - diese werden von der Selbstverwaltung kalkuliert - gab es nicht. Das Thema „Zuschläge für Unikliniken“ wurde nur am Rande erörtert. Des Weiteren führen Ministerin Rundt und Staatssekretär Röhmann regelmäßige Jour Fixe mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen und weiteren Akteuren aus dem Gesundheitswesen durch, in denen u. a. auch die Auswirkungen der in den Fragen 7 bis 9 angesprochenen Themen aufgegriffen werden.

11. In welchem Umfang führt eine Erhöhung des Erfolgsplanzuschusses des Landes Niedersachsen an die MHH zu einem positiven Beitrag zum Jahresergebnis der MHH?

Die Erhöhung des Erfolgsplanzuschusses im Jahr 2015 führte in Höhe von 14,6 Millionen Euro zu einer Verbesserung des Ergebnisses der Sparte Forschung und Lehre der MHH.

Im Durchschnitt der Jahre 2011 bis 2016 stieg der Erfolgsplanzuschuss gemäß Jahresabschlussberichten der MHH p. a. um 2,7 % (im Wesentlichen Tarifsteigerungen).

Der Unterschied zwischen dem jeweiligen Ansatz im Landeshaushaltsplan (Erfolgsplanzuschuss) und dem Wert gemäß Jahresabschluss ist Folge der Differenz zwischen Haushaltsrecht und kaufmännischer doppelter Buchführung (periodengerechte Zuordnung).

12. Um welchen Betrag wäre das Jahresergebnis 2015 niedriger ausgefallen, wenn das Land Niedersachsen den Erfolgsplanzuschuss für 2015 gegenüber 2014 unverändert gelassen hätte?

Das Jahresergebnis 2015 der MHH wäre ohne die deutliche Erhöhung des Erfolgsplanzuschusses um ca. 10 Millionen Euro niedriger ausgefallen.

13. In welchen Krankenhausbereichen (Kliniken) konnte die MHH ihre Erträge aus stationären Krankenhausleistungen überdurchschnittlich, d. h. um mehr als 3 %, steigern?

Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Landesbasisfallwertsteigerung von 2,36 % im Jahr 2015 sind für das Jahr 2015 folgende Abteilungen mit deutlichen Leistungssteigerungen und infolge Erlössteigerungen zu nennen: Abteilungen des Zentrums Kinderheilkunde, Kardiologie, Augenheilkunde, Pneumologie und Gynäkologie/Geburtshilfe.

14. Welche Leistungserhöhungen im ambulanten Bereich haben zu dem deutlichen Umsatzzuwachs (+8,5 %) geführt?

Bei einer Betrachtung der Umsatzentwicklung des ambulanten Bereiches ohne die Erlössteigerung ambulant gegebener Blutgerinnungsfaktoren (+2,6 Millionen Euro), bei denen Sachkosten in ähnlicher Größenordnung anfallen, sind folgende positive Effekte zu nennen:

Fallzahlsteigerung im Bereich der Polikliniken u. a. durch Leistungssteigerung in der Augenklinik; Ausbau des Versorgungsschwerpunktes „Arrhythmie“ in der Kardiologie; Umzug und Etablierungsphase der dermatologischen Klinik auf dem Campus der MHH.

Fallzahlsteigerung im Bereich der Notfallmedizinischen Versorgung.

Fallzahlsteigerung im Bereich der § 116 b-Fälle (Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung) insbesondere im Bereich der Onkologie.

15. Wie bewertet die Landesregierung vor dem Hintergrund der erzielten Umsatzerhöhungen bei Krankenhausleistungen und im ambulanten Bereich die in dem Leserbrief vom 19. Juni 2017 zitierte Feststellung, dass die Ergebnisverbesserung „auf eine kaum noch verantwortbare Mehrleistung von Mitarbeiterinnen aller Berufsgruppen in der klinischen Versorgung zurückzuführen“ sei?

Die MHH hat in den vergangenen Jahren - trotz Konsolidierungsphase - nicht nur Leitungsausweitungen vornehmen können, sondern parallel auch Personal aufgebaut. Die Leistungssteigerungen der MHH liegen im bundesweiten Vergleich im Rahmen bzw. leicht unter denjenigen aller deutschen Kliniken.

Durch Leistungssteigerungen findet in deutschen Universitätskliniken eine Arbeitsverdichtung statt. Diese Situation ist bei den Universitätskliniken in Deutschland auch dadurch begründet, dass das DRG-Finanzierungssystem die besonderen Leistungen und Vorhaltungen nur unzureichend berücksichtigt und refinanziert. Darüber hinaus ist diese Arbeitsverdichtung bei den Universitätskliniken auch eine Folge der Vergütungsregelungen des KHEntgG. In den Jahren 2014 bis 2016 musste die MHH z. B. für die erbrachten Mehrleistungen einen sogenannten Mehrleistungsabschlag von insgesamt rund 8,7 Millionen Euro an die Kostenträger zahlen. Dieser Mehrleistungsabschlag kann ausschließlich durch Produktivitätssteigerungen kompensiert werden. Daher ist die Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der MHH besonders herauszustellen.

16. Welches Ergebnisverbesserungspotential (in Millionen Euro) hat der von der Landesregierung in der Antwort auf die o. g. Dringliche Anfrage genannten Aktionsplan von 2015 prognostiziert?

Der Aktionsplan prognostizierte ursprünglich eine Ergebnisverbesserung für das Jahr 2015 von rund 11 Millionen Euro, welche durch die MHH im Laufe des Jahres 2014 auf 6,4 Millionen Euro abgesenkt wurde.

17. Inwieweit geht das Strukturkonzept MHH 2020 über den Aktionsplan 2015 hinaus?

Im Aktionsplan sind einzelne Maßnahmen zur Ergebnisverbesserung für die Bereiche Krankenversorgung, Forschung und Lehre sowie Infrastruktur aufgeführt. Für jede Maßnahme wurde definiert, ob es sich um Erlössteigerungen, Sachkostenreduzierungen oder Personalkostenreduzierungen handelt.

Das Strukturkonzept MHH2020 beinhaltet eine mehrdimensionale Aufgabenstellung. Dazu zählen u. a.:

- Profilbildung durch Schaffung von Freiräumen in Forschung und Lehre,
- Umsatz- und Qualitätssicherung in der Krankenversorgung sowie Abbau defizitärer Bereiche,

- Erfüllung der Zielvereinbarung 2014 bis 2018 zwischen MWK und MHH: Ermächtigungsrahmen und Stellenplan der Professuren,
- Sicherung und faire Verteilung der Aufgaben in Aus- und Weiterbildung,
- Weiterentwicklung strategisch wichtiger Forschungsstrukturen (CRC, NIFE, TWINCORE, u. a.),
- Integration profilbildender Maßnahmen der Exzellenzförderung und weiterer Strukturprogramme.

Das Strukturkonzept MHH2020 konkretisiert und aktualisiert die Ziele aus dem Aktionsplan 2015 für 2016 ff. Unter Berücksichtigung der Zielsetzungen des Strukturkonzepts werden die Budgets in den Bereichen Forschung und Lehre, Krankenversorgung sowie Wirtschaftsführung und Administration erstellt.

18. Sind alle im Aktionsplan 2015 definierten Maßnahmen Teil des Strukturkonzepts MHH 2020? Wenn nein, welche Maßnahmen sind entfallen, welche sind hinzugekommen?

Die im Aktionsplan 2015 definierten Maßnahmen wurden teilweise in 2015 umgesetzt. Sowohl geplante und umgesetzte Erlössteigerungen (z. B. bessere Auslastung vorhandener Bettenkapazitäten in unterschiedlichen Abteilungen) als auch Sachkostenreduzierungen (z. B. Materialkosteneinsparungen) wurden in 2014 umgesetzt und sind in 2016 ff. weiterhin wirksam.

Zudem wird auf die Antwort zu Frage 17 verwiesen.

19. Hat der Aktionsplan 2015, wie bei Unternehmensoptimierungsprojekten üblich, zwischen Erlös-, Personalkosten- und Sachkostenprojekten unterschieden?

Ja. In 2015 sollten über Erlössteigerungen rund 3,4 Millionen Euro erzielt werden. Zudem sollten Kosteneinsparungen von rund 1,6 Millionen Euro im Sachkostenbereich und 1,4 Millionen Euro im Personalbereich realisiert werden.

20. Wenn ja, wie viele Projekte mit welcher Maßnahmenbezeichnung hat das MHH-Management mit Beginn des Aktionsplans im Jahr 2013 in diesen drei Kategorien definiert?

Sechs Maßnahmen zur Erlössteigerung, sieben Maßnahmen im Bereich der Personalkosteneinsparungen und 16 Maßnahmen im Bereich der Sachkosteneinsparungen.

Erlössteigerungen: Bettenkonzentration, Verbesserung der Leistungserfassung und Abrechnung, Strategieentwicklung zur Erlösverbesserung, Optimierung von ambulanten Erlösen, Refinanzierung Forschungseinrichtungen, Erlössteigerungen durch Kapazitätsausweitungen Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MR).

Personalkosteneinsparungen: Laborkonzentration, Personalkonzepte der Kliniken, Einführung von Advanced Nursing Practitioner, Synergien/Einsparungen von Professuren, Abbau von nicht zwingend benötigtem Personal, Optimierung Drittmittel und Ambulanzen schließen.

Sachkosteneinsparungen: Laborkonzentration, Sachkostenprojekte, Gerinnungsmanagement, Infusionsmanagement, Reagenzien und Chemikalien, Optimierung Arzneimittelsortiment, Verdichtung von Laborflächen, Abbau von Overheadbelastungen, Synergien/Einsparungen Professuren, Flächenbewirtschaftung Forschung, Energieeinsparung Forschungslabore, Optimierung Facility Management Kosten Geschäftsbereich III, Optimierung Drittmittel, Reduktion von Telefon- und Reisekosten, Anträge zur Finanzierung von Geräten mit gleichzeitiger Reduktion der Leasingkosten und Ambulanzen schließen.

21. Wie viele der zu Beginn des Aktionsplans 2013 definierten Maßnahmen wurden vorzeitig mit welchem Ergebniseffekt in Euro beendet?

Die Maßnahmen des ursprünglichen Aktionsplans konnten in 2014 eine Ergebnisverbesserung in Höhe von 20,8 Millionen Euro erzielen. Keine der Maßnahmen des im Januar 2014 an das MWK gesendeten ursprünglichen Aktionsplans wurde vorzeitig beendet. Es wurde aber in 2014 deutlich, dass auf der einen Seite einige Projekte keine wirtschaftlichen Effekte aufwiesen. Auf der anderen Seite waren die wirtschaftlichen Effekte nicht separat von anderen überlagernden Effekten messbar. Diese Faktoren wurden bei der Erstellung des Aktionsplans 2015 berücksichtigt. Darüber hinaus musste zum Halbjahr 2015 festgestellt werden, dass insbesondere das übergeordnete Ziel des Aktionsplans, ab dem dritten Quartal 2015 ein ausgeglichenes Ergebnis zu erzielen, in 2015 voraussichtlich nicht mehr zu erreichen war. Daraufhin forderte das MWK die MHH auf, bis Ende 2015 ein Konsolidierungskonzept mit klaren Schwerpunktsetzungen vorzulegen.

22. Wer (MHH oder MWK) hat darüber entschieden, dass die Maßnahmen vorzeitig beendet werden?

Hierzu wird auf die Antwort zu Frage 21 verwiesen.

23. Wie hoch wurde das Verbesserungspotenzial für die Erlösprojekte definiert?

Hierzu wird auf die Antwort zu Frage 19 verwiesen.

24. Welche Projekte im Erlösbereich sollten eine Verbesserung von jeweils mehr als 1 Million Euro erwirtschaften?

Folgende Maßnahmen sollte Erlösverbesserungen von 1 Million Euro und mehr erwirtschaften:

Bettenkonzentration, Optimierung von ambulanten Erlösen, Erlössteigerungen durch Kapazitätsausweitung CT, MR.

25. Welche Ergebnisverbesserung wurde im Aktionsplan 2015 für die Erhöhung der Krankenhausleistung prognostiziert?

Im Aktionsplan 2015 wurde eine Erhöhung der Krankenhausleistung von 2,5 Millionen Euro prognostiziert.

26. Welche Ergebnisverbesserung wurde im Aktionsplan 2015 für die Erhöhung der ambulanten Leistungen prognostiziert?

Im Aktionsplan 2015 wurde eine Erhöhung der ambulanten Leistungen von 0,9 Millionen Euro prognostiziert.

27. Wie hoch wurde das Verbesserungspotenzial für die Personalkostenprojekte definiert?

Hierzu wird auf die Antwort zu Frage 19 verwiesen..

28. Welche Projekte im Personalkostenbereich sollten eine Verbesserung von jeweils mehr als 1 Million Euro erwirtschaften?

Keine.

29. Für welche Bereiche hat der Aktionsplan 2015 einen Personalabbau prognostiziert, und in welchem Umfang wurde der Personalabbau per 31.12.2016 umgesetzt?

Im Aktionsplan 2015 war eine Reduzierung des FinOG (Finanzielle Obergrenze)-wirksamen FuL-Personals (Forschung und Lehre) nach Abbauplan vom 29.12.2014 in Höhe von 1,4 Millionen Euro geplant.

Da zum 01.01.2016 die Trennungsrechnung gemäß § 63 a des Niedersächsischen Hochschulgesetzes (NHG) eingeführt wurde, änderte sich die Berechnungsbasis für das FinOG-wirksame Personal, sodass ein Wert per 31.12.2016 mit dem der Vorjahre nicht vergleichbar ist.

Ein Personalabbau in leistungsschwächeren Abteilungen konnte nur teilweise und verzögert umgesetzt werden. Gleichzeitig musste im Bereich der Krankenversorgung zur Sicherung der Erlösziele in einigen Abteilungen das Personal moderat aufgestockt werden.

Im Rahmen der Einführung der Trennungsrechnung nach § 63 a NHG haben Analysen der MHH ergeben, dass der bisher angenommene Anteil des Forschungs- und Lehre-Personals mit 35 % zu hoch angesetzt war und nicht mehr den realen Verhältnissen entsprach. Die Verringerung des Anteils ergab sich auch aus der Übernahme großer Krankenversorgungsbereiche wie Gynäkologie, Plastische-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie sowie der Dermatologie in den Vorjahren. Damit lag der Zuwachs im Personalbereich primär in der Krankenversorgung.

Der Ermächtigungsrahmen im Doppelhaushalt 2017/2018 berücksichtigt die konkreten Ermittlungen der MHH zu dem in Forschung und Lehre tätigen Personal.

Die Einhaltung des Ermächtigungsrahmens wird durch die konkrete Budgetierung 2016 und strikte Überwachung in den einzelnen Abteilungen gemäß Strukturkonzept MHH2020 sichergestellt.

30. In welchem Umfang (in Tausend Euro) hat der Aktionsplan 2015 Ergebnisverbesserungen aus der Laborkonzentration im Diagnostik- und Laborgebäude prognostiziert?

In 2014 wurde im Aktionsplan für 2015 eine Einsparung im Sachkostenbereich in Höhe von 0,5 Millionen Euro durch die Laborkonzentration prognostiziert. Allerdings wurde diese Prognose im ersten Quartal 2015, begründet durch die Bauverzögerungen, auf 0 Euro herabgesetzt. In 2015 konnten keine wirtschaftlichen Effekte aus diesem Projekt erzielt werden.

31. Wie hoch wurde das Verbesserungspotential für die Sachkostenprojekte definiert?

Hierzu wird auf die Antwort zu Frage 19 verwiesen.

32. Welche Projekte im Sachkostenbereich sollten eine Verbesserung von jeweils mehr als 1 Million Euro erwirtschaften?

Im Aktionsplan 2015 wurden Einsparungen aus Sachkostenprojekten (Preiseffekte durch Standardisierungen sowie Skalierungseffekte im Einkauf) in Höhe von insgesamt 1,4 Millionen Euro für 2015 geplant.

33. Welche der im Aktionsplan 2015 genannten Projekte zielten auf eine Reduzierung der Kosten beim medizinischen Bedarf ab, und welche dieser Projekte wurden bis heute mit welchem Ergebniseffekt umgesetzt?

Die Maßnahme „Sachkostenprojekte“ zielt auf eine Reduzierung der Kosten beim medizinischen Bedarf ab, siehe Antwort zu Frage 32. In 2015 konnten Einsparungen in Höhe von insgesamt 1,5 Millionen Euro erzielt werden. Hierbei ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass ebenfalls in 2015 eine Leistungssteigerung zu verzeichnen war und somit ein direkter Vergleich mit den erfolgsrelevanten Aufwandspositionen nicht möglich ist. Ab 2016 wird das Projekt nicht mehr separat berichtet.

- 34. Wurden bei allen im Aktionsplan definierten Maßnahmen neben den Plandaten zu den Erlösverbesserungen oder Kosteneinsparungen immer auch die Kosten, die bei der Umsetzung der einzelnen Maßnahmen angefallen sind, sachgerecht mit ausgewiesen und verrechnet, um die tatsächlichen Ergebniseffekte erkennen zu können?**

Nein. Der zeitliche Aufwand der mit der Umsetzung der Projekte beauftragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde nicht einzeln erfasst. In der Vielzahl der Maßnahmen ist der Projektverantwortliche auch in seinem übrigen Arbeitsumfeld mit vergleichbaren Aufgaben betraut, z. B. dem Einkauf im Rahmen von Sachkosteneinsparungen im medizinischen Bedarf.

- 35. Welche der im Aktionsplan 2015 genannten Projekte zielten auf Outsourcing ab, und welche dieser Projekte wurden bis heute mit welchem Ergebniseffekt umgesetzt?**

Die Maßnahme „Outsourcing Wäscherei“ (Umstellung auf Lohnwäsche) war Bestandteil des Projektes „Optimierung Facility Management Kosten“. Bis Ende 2015 wurde ein Effekt in Höhe von 50 TEuro erzielt.

- 36. Welche der im Aktionsplan 2015 genannten Projekte zielten auf eine verbesserte Flächenbewirtschaftung im Forschungs- und Laborbereich ab, und welche dieser Projekte wurden bis heute mit welchem Ergebniseffekt umgesetzt?**

Das Projekt „Flächenbewirtschaftung Forschung“ zielte auf eine verbesserte Flächenbewirtschaftung ab. Bis heute konnten in diesem Bereich keine positiven Effekte erzielt werden.

- 37. In welchem Umfang konnten die im Aktionsplan 2015 prognostizierten Verbesserungen in 2015 und 2016 bereits umgesetzt werden?**

In 2014 konnte eine Ergebnisverbesserung des Aktionsplans in Höhe von 20,8 Millionen Euro gegenüber 2013 erzielt werden. Die Ergebnisverbesserung des Aktionsplans 2015 gegenüber 2014 betrug weitere 4,5 Millionen Euro. Die Maßnahmen des Aktionsplans sind in den Jahren 2016 ff. weiterhin wirksam. Sie werden jedoch nicht mehr auf Ebene der einzelnen Maßnahmen geplant und berichtet, sondern gehen in die Jahresplanungen 2016 ff. sowie die Berichte (Quartalsberichte) ein, getrennt nach Sparten, Abteilungen und Kostenarten.

- 38. Durch welche Maßnahmen (Controllinggespräche, unterjährige Budgetprüfungen, Revision, Einschalten eines Wirtschaftsprüfers etc.) hat die Landesregierung auf Ebene der Einzelmaßnahmen überprüft, ob die MHH die prognostizierten Ergebnisverbesserungen tatsächlich ergebniswirksam erzielt hat?**

Die MHH hat gemäß Zielvereinbarung 2014 bis 2018 im Rahmen der Quartalsberichte in den Jahren 2014 und 2015 zum Stand der einzelnen Maßnahmen und deren Ergebniseffekt berichtet. Zudem fanden zu den Quartalsberichten jeweils Jour-Fixe-Termine statt, in denen sowohl das entsprechende Gesamtergebnis der MHH als auch der Fortschritt im Aktionsplan thematisiert wurden. Da nach dem 2. Quartalsbericht 2015 abzusehen war, dass insbesondere das übergeordnete Ziel, ein ausgeglichenes Ergebnis ab dem dritten Quartal 2015 zu erreichen, nicht mehr zu realisieren war, wurde die MHH durch MWK aufgefordert, ein aktualisiertes Konsolidierungskonzept vorzulegen. Daraufhin wurde durch die MHH das Strukturkonzept MHH 2020 erarbeitet.

39. Hat die MHH die Rückstellung in Höhe 12,2 Millionen Euro für etwaige Risiken aus den laufenden Verfahren zur Umsatzsteuer bei der Abgabe von Zytostatika in 2016 aufgelöst? Wenn ja, zu welcher Verbesserung des Jahresergebnisses für 2016 hat dies geführt?

Die Rückstellung für Risiken aus der Abgabe von Zytostatika in Höhe von 12,2 Millionen Euro zum 31.12.2015 wurde im Geschäftsjahr 2016 aufgrund des unverändert bestehenden Risikos nicht verbraucht bzw. nicht in Anspruch genommen.

Ein Teilbetrag in Höhe von 11 820,71 Euro konnte in 2016 aufgrund eines für das Risiko aus 2014 konkretisierten Bewertungsparameters aufgelöst werden. Zum 31.12.2016 wurden der Rückstellung für das entsprechende Risiko des Geschäftsjahres 2016 weiterhin 3,6 Millionen Euro zugeführt, sodass die Rückstellung für Risiken aus der Abgabe von Zytostatika zum 31.12.2016 insgesamt 15,86 Millionen Euro betrug.

Die Summe der sonstigen Rückstellungen beträgt zum 31.12.2015 59 746 541 Euro. Per 31.12.2016 beläuft sich der Wert auf 60 176 370 Euro.

40. Wie beurteilt die Landesregierung die Höhe der von der MHH gebildeten Rückstellung für unterlassene Instandhaltung im Hinblick auf deren Auskömmlichkeit?

Seit dem am 29.05.2009 in Kraft getretenen Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz können Rückstellungen nur für unterlassene Instandhaltungen gebildet werden, die innerhalb von drei Monaten nach dem Bilanzstichtag nachgeholt werden (§ 249 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 des Handelsgesetzbuchs [HGB]). Eine Nachholung liegt nur dann vor, wenn die entsprechenden Instandhaltungsarbeiten in der vorgeschriebenen Zeit abgeschlossen werden (d. h. in einem Jahr begonnene Instandhaltungsarbeiten, die bis zum 31.03. des jeweiligen Folgejahrs abgeschlossen werden).

Da gemäß Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses zum 31.12.2015 vom Wirtschaftsprüfer PWC (PriceWaterhouseCoopers) die Prüfung der sonstigen Rückstellungen, welche die Rückstellungen für unterlassene Instandhaltung mit einbeziehen, einen Prüfungsschwerpunkt darstellten und hier durch PWC keine Einwände vorgebracht wurden, wird die Höhe der Rückstellungen als angemessen angesehen.

41. Aufgrund welcher Sachumstände hat die MHH eine Rückstellung in Höhe von 6,5 Millionen Euro für ausstehende Rechnungen gebildet?

Die Rückstellung für ausstehende Lieferantenrechnungen beträgt zum 31.12.2015 5,4 Millionen Euro. Die Bildung der Rückstellung für ausstehende Rechnungen entspricht dem Imparitätsprinzip im engeren Sinne des deutschen Bilanzrechts. Demzufolge sind gemäß § 252 Abs. 1 Nr. 4 HGB alle vorhersehbaren Risiken und Verluste, die bis zum Abschlussstichtag entstanden sind, im entsprechenden Jahresabschluss zu berücksichtigen. Dies umfasst auch die erhaltenen Lieferungen und Leistungen von Dritten, für welche allerdings bis zum Abschlussstichtag noch keine Rechnungen eingegangen sind. Hierfür muss aufgrund des ungewissen Zeitpunktes des Rechnungseinganges bzw. der eventuell ungewissen Rechnungshöhe, eine Rückstellung zum 31.12. gebildet werden.

42. Wie hoch ist das Jahresergebnis der MHH für 2016 ausgefallen?

Das Jahresergebnis beläuft sich für 2016 auf 8 164 673,55 Euro.

43. Welches Jahresergebnis prognostiziert die MHH für 2017?

Die MHH erwartet für das Geschäftsjahr 2017 ein ausgeglichenes bis leicht positives Ergebnis. Diese Prognose wird auch durch das positive Ergebnis des ersten Halbjahrs 2017 gestützt.