

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung  
mit Antwort der Landesregierung  
- Drucksache 17/7817 -**

**Gehen die Kosten für die Fehlplanungen und Zeitverzögerungen beim im Bau befindlichen Diagnostik- und Laborgebäude an der MHH am Ende zulasten der Mitarbeiter?**

**Anfrage der Abgeordneten Dr. Stephan Siemer und Horst Schiesgeries (CDU)** an die Landesregierung,  
eingegangen am 03.04.2017, an die Staatskanzlei übersandt am 11.04.2017

**Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur** namens der Landesregierung vom 11.05.2017,  
gezeichnet

Dr. Gabriele Heinen-Kljajić

**Vorbemerkung der Abgeordneten**

In Krankenhauslaboren werden Analysen angefertigt, die im Rahmen von Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind. Die Krankenkassen erstatten die Kosten für diese Laborleistungen auf Basis der sogenannten Fallpauschalen. Liegen die Kosten für die Erstellung der Laboranalysen unter den Erstattungen aus den Pauschalen, kann ein Krankenhaus einen Deckungsbeitrag aus den erbrachten Laborleistungen erwirtschaften. Die Pauschalen unterliegen allerdings der fortlaufenden Überprüfung. Die Krankenkassen sind bestrebt, Kostensenkungspotenziale, die sich durch effizientere Abläufe und den technischen Fortschritt bei Analyseinstrumenten erreichen lassen, durch eine graduelle Absenkung der Fallpauschalen abzuschöpfen.

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) hat beim Ministerium für Wissenschaft und Kultur (MWK) den Bau eines neuen Diagnostik- und Laborgebäudes (KDL) beantragt, in dem die MHH verschiedene, bisher dezentral in den Fachabteilungen bzw. -instituten angesiedelte Labore an einem Ort zentralisieren will. Laut Ursprungsplanung sollten für das neue KDL die Investitionskosten bezogen auf den Bau 21,12 Millionen Euro und bezogen auf die Ersteinrichtung 4,18 Millionen Euro betragen, also insgesamt 25,3 Millionen Euro. In dem neuen Gebäude soll eine Laborstraße, die sogenannte Konsolidierte Analytische Plattform, installiert werden, mit der die MHH die Laboranalysen künftig weitgehend automatisiert erstellen will.

Wie Vertreter der Landesregierung in verschiedenen Sitzungen der Landtagsausschüsse für Haushalt und Finanzen sowie für Wissenschaft und Kultur ausgeführt haben, hat die MHH den Neubau betriebswirtschaftlich damit begründet, dass die MHH durch die Zentralisierung und die Automatisierung erhebliche Einsparungen beim Personal (47,5 Vollzeiteinheiten [VZE]) und bei den Sachkosten realisieren will. Auf Basis dieser Einsparungen könne die MHH die Rückzahlungen an das Land erwirtschaften.

Auf Basis der ursprünglich geplanten Investitionskosten von 25,3 Millionen Euro hat die MHH mit dem Ministerium für Wissenschaft und Kultur in 2007/2008 eine Refinanzierungsvereinbarung abgeschlossen, nach der die MHH dem MWK nach Übergabe des Neubaus über einen Zeitraum von zehn Jahren die Kosten in zehn gleichen Raten zurückzahlt. Zinsen berechnet das MWK der MHH nicht.

Wie Vertreter des MWK im Ausschuss für Wissenschaft und Kultur erläutert haben, hat das MWK erst im April 2014 Kenntnis darüber erlangt, dass eine veränderte und verstärkte Stromversorgung einschließlich Notstromversorgung notwendig ist, die in der Ursprungsplanung so nicht vorgesehen war. Damit wurde klar, dass der ursprüngliche Kosten- und Zeitplan für den Neubau des KDL und den Einbau der automatisierten Laborstraße nicht zu halten war.

Das MWK hat dem Ausschuss für Haushalt und Finanzen in dessen Sitzung am 22. Februar 2017 auf Basis der Vorlage 340 erläutert, dass das Bauvorhaben nunmehr 32,683 Millionen Euro kosten soll und deutlich später fertiggestellt wird. Außerdem betrage die Höhe der laufenden bzw. angekündigten Streit- und Klageverfahren 1,499 Millionen Euro. Der Landesrechnungshof (LRH) hat in dieser Sitzung ausgeführt, dass sich Kostenerstattungen aus Fallpauschalen für Laboranalysen mittlerweile reduziert haben, sodass sich die Erlöse der MHH daraus verringern. Der LRH hat weiterhin ausgeführt, dass nach seiner Kenntnis der Automatisierungsgrad der Laborstraße nicht mehr, wie ursprünglich geplant, erreicht wird, da sich die Vielfalt der eingebauten Geräte aufgrund von Sonderwünschen aus den Kliniken deutlich erhöht habe und ein automatisierter Betriebsablauf so deutlich beeinträchtigt sei. In der *Neuen Presse* vom 27. Februar 2017 wird ein Vertreter des LRH mit den Worten zitiert, dass bei der neuen Laborstraße die Proben von Hand zwischen den Geräten hin und her getragen werden müssten. Dies reduziere den Automatisierungsgrad und führe damit zu einem höheren Personaleinsatz.

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. In welchem Umfang sollten laut Ursprungsplanung der Personaleinsatz und der Sachkostenblock durch die neue automatisierte Laborstraße reduziert werden (bitte Angabe in Vollzeiteinheiten [VZE] und in Euro)?**

Die Planung der MHH geht von jährlichen Einsparungen von bis zu 3,5 Millionen Euro aus, davon Personaleinsparung von bis zu 47,5 Vollkräften - das entspricht 2,5 Millionen Euro, davon Sachmitteleinsparungen von bis zu 0,9 Millionen Euro.

**2. Bis wann soll laut Ursprungsplanung diese Reduzierung des Personaleinsatzes und des Sachkostenblocks erreicht werden?**

Die Planung der MHH geht davon aus, dass etwa zwölf Monate nach der Inbetriebnahme der Laborstraße die Einsparungen realisiert werden. Einsparungen sollten daher bei ursprünglich geplanter Inbetriebnahme 2014 ab 2015 realisiert werden.

**3. Bis wann soll diese Reduzierung erreicht werden, nachdem die Landesregierung eine neue Kosten- und Zeitplanung auf Basis der Vorlage 340 in der Sitzung des Ausschusses für Haushalt und Finanzen am 22. Februar 2017 vorgelegt hat?**

Die Produktionsaufnahme ist für das zweite Quartal 2018 geplant. Mit der Vollproduktion sollen die Einsparungen ab dem zweiten Quartal 2019 erzielt werden.

**4. Über welche Mechanismen (Nichtnachbesetzung frei gewordener Stellen, Aufhebungsverträge etc.) soll die geplante Reduzierung des Personaleinsatzes erreicht werden?**

Folgende Mechanismen werden für die Reduzierung des Personaleinsatzes angewendet: MHH-interne Umsetzung auf vakante Stellen in anderen Laborbereichen (inklusive Forschung und Lehre), Mitarbeiter-Fluktuation, Nicht-Nachbesetzung von freiwerdenden Stellen.

**5. Welcher Zeitraum ist für die Umsetzung der Reduzierung des Personaleinsatzes vor dem Hintergrund der arbeitsrechtlichen Situation realistisch?**

Für die Umsetzung der Reduzierung des Personaleinsatzes werden nach Einschätzung der MHH mindestens zwölf Monate benötigt.

**6. Welche betriebswirtschaftliche Analysen, welchen Geschäftsplan oder welche betriebswirtschaftlichen Ausarbeitungen hat die MHH als Ursprungsplanung zum Diagnostik- und Laborgebäude dem MWK vorgelegt?**

Die Einsparplanung der MHH wurde auf Grundlage einer Personalbedarfsermittlung sowie - für den Bereich der Sachkosten - auf Basis von internen Berechnungen ermittelt. Die Ergebnisse wurden dem MWK mitgeteilt.

**7. Welches Ressort in der MHH-Leitung ist laut Geschäftsverteilungsplan für die Erstellung solcher betriebswirtschaftlicher Analysen und Geschäftspläne im Bereich der Vorplanung für Bauvorhaben zuständig?**

Das Ressort Wirtschaftsführung und Administration ist zuständig.

**8. Welches Ressort in der MHH-Leitung ist laut Geschäftsverteilungsplan für die Erstellung eines Betriebs- und Organisationskonzepts für einen Neubau wie das Diagnostik- und Laborgebäude zuständig?**

Das Ressort Krankenversorgung ist zuständig.

**9. Hat ein solches Betriebs- und Organisationskonzept vorgelegen?**

Nach Angabe der MHH liegt ein Betriebs- und Organisationskonzept vor.

**10. Haben von der MHH gegebenenfalls vorgelegte Analysen aufgezeigt, welche Umsätze und Kosten in den bisherigen, zur Zentralisierung vorgesehenen Laboren anfallen und wie sich Umsätze und Kosten im zentralisierten Diagnostik- und Laborgebäude entwickeln werden? Wenn ja, welche Prognosen zur Erlös- und Kostenentwicklung wurden vorgelegt?**

Die Planung des zentralisierten Diagnostik- und Laborgebäudes geht von den Ist-Personalkosten und Ist-Sachkosten der zur Zentralisierung vorgesehenen Labore zum 01.01.2013 als Referenzzeitpunkt aus. Auf dieser Basis wurden Einsparungen von Personal- und Sachkosten geplant. Die Planung geht von einem gleichbleibenden Leistungsvolumen mit reduzierten Kosten aus.

Die MHH hat im Rahmen der Planung für den Laborneubau keine Erlössteigerungen prognostiziert. Die MHH hat das MWK zwar darüber informiert, dass ein Anstieg der Erlöse durch den Verkauf von Leistungen an externe Dritte angestrebt werde, um die Kapazitäten der Laborstraße auszulasten. Dieser Erlösanstieg wurde jedoch nicht beziffert und aufgrund kaufmännischer Vorsicht nicht in der Refinanzierungsplanung berücksichtigt.

**11. Wie detailliert waren die Prognosen ausgearbeitet, d. h. wie viele verschiedene Erlös- und wie viele verschiedene Kostenpositionen haben die Prognosen umfasst?**

Die Planung umfasst Personalkosten und Sachkosten der einzelnen in das Diagnostik- und Laborgebäude umziehenden Labore. Die Sachkosten beziehen sich auf Reagenzien und Chemikalien.

- 12. Kann die MHH eine Umsatz- und Kostenaufstellung (analog einer betriebswirtschaftlichen Auswertung in einem Unternehmen) für alle in die Planung für das KDL einbezogenen Labore vorlegen? Wenn nein, wie konnte die MHH Einsparungen aus Zentralisierung und Automatisierung beziffern?**

Für jedes in die Planung einbezogene Labor werden die Sach- und Personalkosten auf einer eigenen Kostenstelle geführt. Es wurde keine Änderung der Leistungen bzw. Umsätze geplant.

- 13. Welche Erlöse, welche Kosten und welche Einsparungen prognostiziert das MWK bzw. die MHH für das neue Diagnostik- und Laborgebäude, sobald es im eingeschwungenen Zustand arbeitet?**

Siehe Antwort zu Frage 1. Es gibt keine Änderungen in den Annahmen zur ursprünglichen Planung.

- 14. Welche Fallpauschalen sind für die Leistungen, die in dem neuen Gebäude erbracht werden sollen, einschlägig?**

Mit Bezug auf das DRG-Fallpauschalen-System (Diagnosis Related Groups) ergibt sich Folgendes: 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 Kalkulationshandbuches in den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern einheitlich ermittelt. Folglich haben weder MWK noch die niedersächsischen Hochschulkliniken einen direkten Einfluss auf die Fallpauschalen und deren Ausgestaltung.

Die abzurechnende Fallpauschale ist insbesondere abhängig von Geschlecht, Alter, Krankheitsdiagnose und durchgeführten Interventionen/Prozeduren. Darüber hinaus ist der „Aufbau“ jeder DRG einheitlich. Jede DRG besteht aus einer sogenannten InEK-Matrix wie nachfolgend abgebildet:

		PK ärztl. Dienst	PK Pflege- dienst	PK FD/MTD	Sachkosten Arzneimittel		SK Implant/ Transpl.	Sachkosten übriger med. Bedarf			Med. Infractr.	Nicht med. Infractr.
		1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
Normal- station	1											
Intensiv- station	2											
Dialyse- abteilung	3											
OP-Bereich	4											
Anästhesie	5											
Radiologie	6											
Labora- torien	10											
Diagnost. Bereiche	11											
Therap. Verfahren	12											

Diese Matrix bildet auf der horizontalen Achse die Erlösanteile der DRG nach Kostenartengruppen ab und auf der vertikalen Achse die entsprechenden Erlösanteile nach Kostenstellengruppen. Dabei bildet die Kostenstellengruppe 10 die entsprechenden Erlösanteile jeder DRG für den Bereich „Labor“ ab. Folglich wird bei jedem abgerechneten DRG-Fall auch immer ein entsprechender Erlösanteil für die Kostenstellengruppe „Labor“ berücksichtigt.

Somit weisen alle für das entsprechende Geschäftsjahr existierenden DRGs auch einen Erlösbezug zur Kostenstellengruppe „Labor“ auf.

Es gibt keine eigenständigen Fallpauschalen für Laborleistungen bzw. „Labor-DRGs“.

**15. Wie hat sich die Höhe der Fallpauschalen seit 2008 entwickelt? In welchem Umfang hat sich eine Erhöhung oder gegebenenfalls eine Absenkung der Fallpauschalen gegeben (Vergleich 2008 gegenüber 2016)?**

Wie in der Vorbemerkung der Abgeordneten dargestellt, wird der DRG-Fallpauschalenkatalog jährlich auf Grundlage der Kosten- und Leistungsdaten der entsprechenden Kalkulationshäuser weiterentwickelt. Vergleicht man nun den DRG-Katalog 2008 mit dem DRG-Katalog 2016, ist eine über den gesamten DRG-Katalog betrachtete durchschnittliche Entwicklung von +0,244 Bewertungsrelationen festzustellen.

Die Wirtschaftlichkeit des neuen Diagnostik- und Laborgebäudes wurde auf Basis von Einsparungen in Personal- und Sachkosten begründet. Die Leistungsmengen sowie die Leistungsvergütung wurden in der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung als konstant angenommen.

**16. Trifft die Vermutung des LRH zu, dass sich die Höhe der im KDL zu erbringenden Laborleistungen über die Zeit reduziert hat und sich wahrscheinlich weiter reduzieren wird?**

Nach Einschätzung der MHH trifft dies nicht zu. Unter anderem durch Übernahme neuer externer Aufträge (Diakovere u. a.) können Laborleistungen eventuell sogar ausgeweitet werden. Dieser positive Effekt ist aufgrund kaufmännischer Vorsicht in der Refinanzierungsplanung nicht berücksichtigt.

**17. Trifft die vom LRH in der Sitzung des Ausschusses für Haushalt und Finanzen am 22. Februar 2017 in den Raum gestellte Information zu, dass sich die Vielfalt der in der ursprünglich deutlich stärker automatisierten Laborstraße deutlich erhöht hat und sich damit der kosteneinsparende Automatisierungseffekt reduziert? Wenn ja, wie hoch beziffert das MWK diesen Effekt in VZE und in Euro?**

Nein.

**18. Mit welchen Veränderungen bei der Höhe der Fallpauschalen rechnet das Land bis 2020 bzw. bis zu einem aus heutiger Sicht realistischen Prognosezeitraum?**

Wie in der Vorbemerkung der Abgeordneten ausgeführt, handelt es sich bei den DRG-Fallpauschalen um ein bundeseinheitliches Vergütungssystem, dessen Ausgestaltung und Weiterentwicklung in Verantwortung der Selbstverwaltung auf Bundesebene liegt und durch die jährliche IST-Kostenerhebung sogenannter Kalkulationskrankenhäuser fortgeschrieben wird. Daher ist es der Landesregierung nicht möglich, eine Prognose über die Veränderungen im Fallpauschalensystem abzugeben.

**19. Kann die Landesregierung Absenkungen der Fallpauschalen ausschließen, die für Leistungen im neuen Diagnostik- und Laborgebäude einschlägig sind?**

Wie dargestellt liegt die Ausgestaltung und Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems in der Verantwortung der Selbstverwaltung auf Bundesebene. Folglich ist es der Landesregierung auch nicht möglich, eine Entwicklung der DRG-Fallpauschalen auszuschließen.

**20. Wie haben sich die Deckungsbeiträge (Erlöse abzüglich Personal- und Sachkosten) der MHH in den Laboren entwickelt, die im KDL zentralisiert werden sollen?**

Die Labore werden in der MHH als Dienstleister geführt, die keine eigenen Erlöse (Vergütungen der Krankenkassen) aufweisen. Wie in den Antworten zu Fragen 14 und 15 dargestellt, werden die Laborleistungen über die Fallpauschalen vergütet. Die im KDL zu zentralisierenden Labore weisen daher keinen eigenen Deckungsbeitrag mit externen Erlösen auf.

**21. Wie hoch wird nach Inbetriebnahme des KDL der Deckungsbeitrag sein, der der MHH zwecks Erfüllung der Refinanzierungsvereinbarung zur Verfügung steht?**

Siehe Antwort zu Frage 20. Der Deckungsbeitrag der MHH vor Refinanzierung wird sich durch das KDL-Projekt nach Planung der MHH jährlich um 3,4 Millionen Euro verbessern (entspricht den Personal- und Sachkosteneinsparungen). Die Refinanzierung gemäß Vereinbarung mit dem MWK wird aus diesem Betrag bedient.

**22. Hat das MWK, nachdem im April 2014 klar wurde, dass der ursprüngliche Zeit- und Kostenplan nicht einzuhalten ist, die MHH um eine Erläuterung des Refinanzierungsplans gebeten? Wenn ja, welchen Umfang, und welchen inhaltlichen Detaillierungsgrad hat die Erläuterung gehabt?**

Die MHH hat auf Anforderung des MWK diesem Erläuterungen zur Refinanzierung des KDL Neubaus geschickt, siehe auch Antwort zu Frage 6.

**23. Welche betriebswirtschaftlichen Analysen hat die MHH anlässlich einer möglichen Erläuterung des Refinanzierungsplans Ende 2014 dem MWK vorgelegt?**

Siehe Antwort zu Frage 22.

**24. In welcher Höhe hat die MHH in 2014, nachdem Mehrkosten und Zeitverzögerungen erkennbar waren, die Einsparungen aus Personalkosten nach Zentralisierung und Automatisierung beziffert (bitte die Personalreduzierung in Vollzeiteinheiten [VZE] und bewertet in Euro angeben)?**

Die Annahmen zu den Personalkosteneinsparungen haben sich nicht geändert. Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

**25. In welcher Höhe hat die MHH die Einsparungen im Sachmittelbereich beziffert?**

Die Annahmen zu den Sachkosteneinsparungen haben sich nicht geändert. Auf die Antwort von Frage 1 wird verwiesen.

**26. Hat die MHH in Aussicht gestellt, dass sie Leistungen am Markt anbieten und dadurch Zusatzumsätze erzielen wird? Wenn ja, in welchem Umfang (in Euro)?**

Siehe Antwort zu Frage 10.

**27. Durch welche Analysen und Recherchen hat die MHH die Prognosen zu Mehrerlösen aus Aufträgen von Externen beziffert?**

Siehe Antwort zu Frage 16.

**28. Wie bewertet das Land aus heutiger Sicht den ökonomischen bzw. betriebswirtschaftlichen Nutzen des KDL-Neubaus?**

Siehe Antwort zu Frage 1.

**29. Hat das MWK die im April 2014 bekannt gewordenen Fehlplanungen zum Anlass genommen, die Refinanzierungsvereinbarung und die von der MHH vertretenen Annahmen zu überprüfen? Wenn ja, zu welchem Ergebnis hat die Prüfung geführt?**

Siehe Antwort zu Frage 22.

**30. Steht das MWK zu der Ursprungsprognose der MHH, dass durch die Inbetriebnahme der automatisierten Laborstraße 47,5 VZE eingespart werden können?**

Siehe Antwort zu Frage 3.

**31. Wird das Land die erzielten Einsparungen nach Fertigstellung und Inbetriebnahme des KDL durch einen unabhängigen Gutachter überprüfen lassen? Wenn nein, wird das Land den Neubau einer eigenen Überprüfung unterziehen, die dem Ausschuss für Haushalt und Finanzen zugänglich gemacht wird?**

Nach Fertigstellung/Inbetriebnahme des KDL und dem ersten vollständigen Betriebsjahr wird MWK die realisierten Einsparungen durch entsprechende Auswertungen auf Kostenstellenebene analysieren und überprüfen und - soweit gewünscht - den Ausschuss für Haushalt und Finanzen unterrichten. .

**32. Wie hoch werden die Investitionskosten des Landes bis zur Fertigstellung und Übergabe des neuen Diagnostik- und Laborgebäudes sein (bitte um Angabe aller Planungs-, Bau-, Betriebs- und Zinskosten)?**

Einschließlich der genehmigten zwei Nachtrags-HU-Bauen betragen die aktuellen Bau- und Erschließungskosten 30 820 000 Euro. Darin sind Baunebenkosten in Höhe von rund 6 851 000 Euro enthalten. Die Baunebenkosten umfassen insbesondere die prognostizierten Bewirtschaftungskosten für den Gebäudeleerstand in Höhe von rund 1 370 000 Euro sowie die Kosten für die Planungshonorare. Die Kosten für den Teil 3 betragen 1 863 000 Euro.

Zu dem Projekt bestehen darüber hinaus Risiken in Höhe von aktuell rund 1,3 Millionen Euro (siehe hierzu auch Antwort zu Frage 34). Ob und in welcher Höhe diese Risiken eintreten, kann derzeit nicht beurteilt werden.

Zinskosten werden bei der Ermittlung der Investitionskosten im Rahmen der HU-Bau nicht einberechnet.

**33. Wie hoch sind die Kosten zehn Jahre nach Übergabe anzusetzen, wenn die Zinskosten bis zur vollständigen Erfüllung der Refinanzierungsvereinbarung einbezogen werden?**

Siehe Antwort zu Frage 32.

- 34. Bis wann können die in Vorlage 340 genannten anhängigen Rechtsstreitigkeiten geklärt werden?**

Zur Dauer der Verfahren können keine Aussagen getroffen werden.

- 35. Wird die Landesregierung dem Ausschuss für Haushalt und Finanzen über die Summe der Kosten berichten, die auf das Land nach Beilegung bzw. Ausurteilung aller Rechtsstreitigkeiten zugekommen sein werden?**

Wenn der Ausschuss für Haushalt und Finanzen eine Unterrichtung wünscht, wird diese selbstverständlich erfolgen.

- 36. Wer trägt die Kosten für die zurzeit anhängigen Streit- und Klageverfahren, insbesondere auch, wenn diese zulasten der MHH entschieden werden?**

Das Land Niedersachsen.

- 37. Sofern das MWK diese Kosten trägt, in welchem Haushaltskapitel werden diese verbucht?**

Die Kosten werden aus Kapitel 06 04 finanziert.

- 38. Erwägt das MWK oder die MHH, eventuelle Kosten aus Streit- und Klageverfahren durch Kostensenkungen und Personalkosteneinsparungen an anderer Stelle in der MHH zu erwirtschaften?**

Nein.

- 39. Wird das MWK künftig bei vergleichbaren oder auch anders gelagerten Refinanzierungsvereinbarungen eine Nachfinanzierungsklausel mit den Hochschulen vereinbaren, wenn im Laufe der Bauabwicklung Mehrkosten und Zeitverzögerungen erkennbar werden, die auf fehlende oder fehlerhafte Betriebs- und Organisationskonzepte des Nutzers zurückzuführen sind?**

Das kommt auf den Einzelfall an.

- 40. Erwägt die Landesregierung, der MHH bis zum Ende der Legislaturperiode in 2018 die Bauherreneigenschaft zuzuerkennen?**

Nein.

- 41. Welche VDE-Norm hinsichtlich der Strom- bzw. Notstromversorgung hat die MHH bei ihrer Ursprungsplanung für die Konzeption des Neubaus vorgesehen?**

Zum Zeitpunkt der HU-Bau-Fertigstellung in 07/2011 war gültig die DIN VDE 0100-710 (VDE 0100-710): 2002-11; Errichten von Niederspannungsanlagen - Anforderung für Betriebsstätten, Räume und Anlagen besonderer Art - Teil 710: medizinisch genutzte Bereiche.



**42. Welche VDE-Norm ist aus heutiger Sicht einschlägig?**

Heute ist gültig die DIN VDE 0100-710 (VDE 0100-710): 2012-10; Errichten von Niederspannungsanlagen- Teil 7-710: Anforderungen für Betriebsstätten, Räume und Anlagen besonderer Art - Medizinisch genutzte Bereiche (IEC 60364-7-710:2002, modifiziert); deutsche Übernahme HD 60364-7-710:2012.

**43. Wie bewertet das MWK den eventuell gegebenen Umstand, dass der Planung eine veränderte VDE-Norm zugrunde gelegt hat?**

Dass sich DIN-Normen im Verlauf von Planungs- und Bauphasen verändern, entspricht generell den Realitäten des Planungs- und Bauprozesses, die entsprechende Anpassungen erfordern, sofern diese relevant für das jeweilige Projekt sind.

Grundlage der Planung in diesem Projekt war die seinerzeit gültige DIN VDE 0100-710: 2002-11. Die Anpassungen in Planung und technischer Ausführung aufgrund der Änderung in dieser DIN-Norm haben nicht zu Kostenerhöhungen geführt.

**44. Wer trägt die Verantwortung für die Nutzung einer gegebenenfalls doch nicht einschlägigen VDE-Norm?**

Da die jeweils geltenden einschlägigen DIN- Normen angewandt wurden, liegt keine Verantwortung für eine anzunehmende Fehleinschätzung vor.