

Bericht des Rechnungshofes

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	10
Glossar	13

**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Wissenschaft und Forschung****Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel
des AKH Wien**

KURZFASSUNG	16
Prüfungsablauf und -gegenstand	36
Einleitung	38
Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit	40
Zur Zeit der Geburungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit	48
Leistungsauftrag AKH	61
Finanzielle Rahmenbedingungen	102
Personal	151
Risikomanagement	201
Überlegungen für die zukünftige Zusammenarbeit	206
AKH und Gesundheitsreform	210
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen	212

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Wesentliche Entwicklungsschritte des AKH	39
Tabelle 2:	Auswahl der im Jahr 2012 geltenden Regelungen zur Zusammenarbeit	49
Tabelle 3:	Unterschiedliche Entscheidungsbefugnisse von Medizinischer Universität Wien und Krankenanstaltenträger	57
Abbildung 1:	Steuerungs- und Planungsprozesse zur Festlegung der im AKH zu erbringenden Leistungen	66
Tabelle 4:	Abstimmungslücken in leistungsbezogenen Steuerungs- und Planungsprozessen	69
Abbildung 2:	Systemisierte und tatsächliche Betten im AKH 1994 bis 2011	72
Tabelle 5:	Sonderklasse – Erlöse im AKH 2011	80
Tabelle 6:	Zusatzkosten für Sonderklasse je Belagstag	81
Tabelle 7:	Entwicklung von Leistungsparametern im AKH	83
Tabelle 8:	Entwicklung der Mittel der Medizinischen Universität Wien 2005 bis 2011 in Mio. EUR nach Bereichen	85
Tabelle 9:	Stationäre Aufnahmen nach LKF-Punkten	89
Abbildung 3:	Mittelaufbringung für das AKH	104
Abbildung 4:	Anteil des Bundes, der Stadt Wien, der Sozialversicherung und der Privaten am Aufwand des AKH im Jahr 2010	111
Tabelle 10:	Finanzierungsanteile und Entscheidungsbefugnisse im AKH 2010	112
Tabelle 11:	Eckpunkte der Auseinandersetzungen zum klinischen Mehraufwand	124

Tabellen Abbildungen

Abbildung 5:	Entwicklung der Höhe des Ausgleichsbetrags zum klinischen Mehraufwand 1995 bis 2011	128
Tabelle 12:	Vergleich der Wirtschaftlichkeit des AKH mit Vergleichskrankenanstalten 2010	131
Tabelle 13:	Kostenvergleich Infrastruktur- und klinische Kosten 2010	132
Tabelle 14:	Finanzielle Entwicklung der Teilunternehmung AKH 2005 bis 2011	135
Tabelle 15:	Finanzielle Entwicklung des KAV 2005 bis 2011	137
Tabelle 16:	Finanzielle Entwicklung der Medizinischen Universität Wien 2005 bis 2011	140
Tabelle 17:	Beschäftigte im AKH in VBÄ per 31. Dezember 2010	152
Tabelle 18:	Entwicklung der im AKH tätigen Ärzte 2004 bis 2011 in VBÄ	160
Tabelle 19:	Entwicklung des Pflegepersonals 2004 bis 2011 in VBÄ	162
Tabelle 20:	Anzahl und Kosten der Sondermittelbediensteten	170
Tabelle 21:	Durchschnittliche Krankenstandstage der Teilunternehmung AKH und des KAV 2011 in Tagen je VBÄ	188
Tabelle 22:	Chronologie zur Errichtung und Inbetriebnahme des Bauteils 61.1	198

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AKH	Allgemeines Krankenhaus
AKIM	Allgemeines Krankenhaus Informations Management
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATS	österreichische Schilling
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BM...	Bundesministerium ...
BMASK	für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMF	für Finanzen
BMG	für Gesundheit
BMWFW	für Wissenschaft und Forschung
BSC	Balanced Scorecard
BT	Bauteil
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
d.h.	das heißt
EGT	Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit
etc.	et cetera
EUR	Euro
f./ff.	folgende (Seite(n))
GO	Geschäftsordnung
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
GuKG	Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
i.d.F.	in der Fassung
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
i.H.v.	in Höhe von
IKS	Internes Kontrollsystem

Abkürzungen

inkl.	inklusive
insb.	insbesondere
IVF	In-vitro-Fertilisation
i.V.m.	in Verbindung mit
KA-AZG	Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetz
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KAV	Krankenanstaltenverbund
lit.	litera (Buchstabe)
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MedUni	Medizinische Universität
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
MUW	Medizinische Universität Wien
Nr.	Nummer
n.v.	nicht verfügbar
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
p.a.	per annum
QM-System	Qualitätsmanagementsystem
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
UG	Universitätsgesetz 2002
UGB	Unternehmensgesetzbuch

Abkürzungen



VAMED	Voest-Alpine-Medizintechnik GmbH
VBÄ	Vollbeschäftigungäquivalent
VfGH	Verfassungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
VKMB	VAMED Krankenhaus Management und Betriebsführungsgeges.m.b.H.
vs.	versus
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
WGF	Wiener Gesundheitsfonds
Wr.	Wiener
WS	Wintersemester
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Glossar

ARGE AKH

Die Arbeitsgemeinschaft AKH bildet ein Forum für die Zusammenarbeit zwischen Bund und Stadt Wien, in dem das BMF, das BMWF sowie die Stadträte für Finanzen und für Gesundheit der Stadt Wien vertreten sind. Die ARGE AKH wurde zur Neuerrichtung des AKH eingerichtet und existiert nach den geltenden Verträgen bis zur Endabwicklung des Totalübernehmervertrags.

DIAG

Das DIAG ist ein Informations- und Analyseinstrumentarium mit den Leistungs-, Kosten-, Personal- und epidemiologischen Daten zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, das vom BMG geführt wird.

Impact Punkte

Dies ist eine Maßzahl für Forschung, bei der Publikationen mit einem Gewichtungsfaktor je nach Publikationsmedium bewertet werden. Journale, die besonders häufig zitiert werden, haben einen höheren Impact Faktor als andere.

Klinischer Mehraufwand

Darunter werden Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung bzw. beim laufenden Betrieb der Universitätskliniken für Lehre und Forschung ergeben, verstanden.

Kollegiale Führung

Es handelt sich um die im Wiener Krankenanstaltengesetz vorgesehene Form der Führung für Krankenanstalten, in der ein ärztlicher Direktor, ein Pflegedirektor, ein Verwaltungsdirektor und gegebenenfalls ein technischer Direktor gemeinsam die Verantwortung für die Führung einer Krankenanstalt tragen.

Glossar



Sondermittelbedienstete

Im AKH übte aus historischen Gründen für bestimmte Mitarbeiter die Medizinische Universität Wien die Dienstgebereigenschaft und die Dienstaufsicht aus, obwohl die Stadt Wien die Kosten trug und die Fachaufsicht wahrnahm. Diese Mitarbeiter waren in allen Berufsgruppen (z.B. Verwaltungs- und Kanzleipersonal, medizinisch-technisches Dienstpersonal etc.) eingesetzt.

(Teil)Unternehmung

Darunter wird eine Untergliederung der Wiener Stadtverwaltung und die Betriebsform des AKH verstanden. Nach § 71 der Wiener Stadtverfassung hat eine Unternehmung eine höhere Autonomie als eine Magistratsabteilung, ist aber Teil der Wiener Stadtverwaltung ohne eigene Rechtspersönlichkeit.

Universitätsklinik

Eine Universitätsklinik ist gleichzeitig Organisationseinheit der Krankenanstalt und Organisationseinheit der Medizinischen Universität. Sie kann weiter in Klinische Abteilungen gegliedert werden (§ 31 UG). Zur Leitung einer Universitätsklinik darf nur ein Universitätsprofessor mit einschlägiger Facharztqualifikation bestellt werden (§ 32 Abs. 1 UG).

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Das Wiener Allgemeine Krankenhaus (AKH) war mit rd. 2.200 behördlich genehmigten Betten, Errichtungskosten von über 4 Mrd. EUR und rd. 1,2 Mrd. EUR laufenden Kosten p.a. die größte und kostenintensivste Krankenanstalt in Österreich. Es übernahm die Zentralversorgung Ostösterreichs und trug dazu bei, dass die Forschungsleistung der Medizinischen Universität Wien vervielfacht werden konnte.

Die Betriebsführung war jedoch durch unterschiedliche Zuständigkeiten erschwert: Für die Krankenversorgung war die Stadt Wien, für die Universitäten der Bund zuständig. Trotz über mehr als 25 Jahre andauernder Bemühungen gelang keine gemeinsame Betriebsführung. Ein gemeinsam definierter Leistungsauftrag, eine abgestimmte Gesamtfinanzierung, eine gemeinsame Personalplanung und eine gemeinsame Führungsstruktur fehlten. Entscheidungs- und Finanzierungsstrukturen blieben somit getrennt, obwohl die organisatorischen und personellen Strukturen schon durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen untrennbar verwoben waren. Der gesetzliche Auftrag zum Abschluss einer Zusammenarbeitsvereinbarung war nicht ausreichend erfüllt.

Daraus resultierten erhebliche Probleme bei der Leistungserbringung: Eine Vielzahl unterschiedlicher Prozesse, die weder personell, noch zeitlich, noch inhaltlich zwischen den Rechtsträgern abgestimmt waren, beeinflusste das klinische Geschehen im AKH. Die Balance zwischen Grundversorgung und primär akademisch orientierter Medizin blieb letztlich unklar. Im Vergleich zu den übrigen Wiener Krankenanstalten erhöhte Bettensperren verursachten zwischen 2005 und 2011 Kosten zwischen rd. 126 Mio. EUR und rd. 319 Mio. EUR.

Eine rechtsträgerübergreifende Budgetierung, eine mittelfristige Planung oder ein gemeinsames Berichtswesen gab es nicht. Die Kosten des AKH waren bezogen auf die stationären Leistungen 30 % bis 60 % über jenen von Vergleichskrankenanstalten. Die Mittelaufbringung für das AKH war komplex und wenig transparent. Die Finanzierung setzte keine Anreize für eine sparsame, wirtschaftliche und

zweckmäßige Führung und führte zu – seit 1981 fast kontinuierlich geführten – Auseinandersetzungen über den klinischen Mehraufwand. Es war absehbar, dass in Zukunft weniger Mittel zur Verfügung stehen werden.

Die Personalwirtschaft und Steuerung der rd. 10.000 Mitarbeiter im AKH war durch eine komplexe Personalstruktur und Verteilung der Zuständigkeiten innerhalb der Rechtsträger, durch historische Besonderheiten, durch das Fehlen einer gemeinsamen Datenerfassung und durch mangelnde wechselseitige Information zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien übermäßig komplex.

Dies war wirtschaftlich ineffizient (z.B. hinsichtlich einer mangelnden Abstimmung der Berufsgruppen und einer nicht optimierten Abstimmung der Dienstzeiten und der Journaldienste) und erschwerte die Erfüllung elementarer Aufgaben der Personalverwaltung – etwa die Überwachung der Arbeitszeit, die Meldung des Personalstandes an die Sanitätsbehörden und die Prüfung von Nebenbeschäftigung. Eine aktuelle, rechtsträgerübergreifende Personalbedarfsplanung fehlte.

KURZFASSUNG

Einleitung und
Prüfungsziel

Im Wiener Allgemeinen Krankenhaus (AKH) gestalteten der Bund, die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien gemeinsam den größten und kostenintensivsten Gesundheitsbetrieb Österreichs. Die zwischen Bund bzw. Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien getrennte Führung führte insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung regelmäßig zu Auseinandersetzungen. (TZ 2)

Ziel der Geburgsüberprüfung des RH war daher eine Beurteilung der Zusammenarbeit zwischen Bund bzw. Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien in Bezug auf die rechtliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit, die Festlegung des Leistungsauftrags, die Finanzierung, die Personalwirtschaft und das Risikomanagement. (TZ 1)

Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

Angesichts der Zuständigkeit des Bundes für die Universitäten und der Länder für die Versorgung mit Krankenanstalten war bei Universitätskliniken wie dem AKH eine Zusammenarbeit zwischen Bund und Land unbedingt erforderlich und zugleich eine wesentliche Herausforderung für den laufenden Betrieb. Das AKH fiel als öffentliche Krankenanstalt und als Universitätsklinik in den Anwendungsbereich sowohl des Krankenanstaltenrechts als auch des Universitätsrechts. (TZ 3)

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

Aus den rechtlichen Rahmenbedingungen ergab sich einerseits ein gewisser Zielkonflikt, andererseits aber auch der Auftrag, die gegenseitigen Interessen zu berücksichtigen und den jeweils anderen Partner bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen. (TZ 3)

Trotz über mehr als 25 Jahre andauernder Bemühungen und des Einsatzes erheblicher Ressourcen gelang keine gemeinsame Betriebsführung zwischen Bund und Stadt Wien. Dies war nach Ansicht des RH auch darauf zurückzuführen, dass die Bemühungen um eine geeignete rechtliche Struktur von den Verhandlungen über die Finanzierung häufig getrennt waren. Sie berücksichtigten maßgebliche Faktoren für die tatsächliche Umsetzung (z.B. die Zielsetzung der politischen Entscheidungsträger) nicht ausreichend in systematischer Form (z.B. durch Instrumente des Projektmanagements). (TZ 4)

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war die Zusammenarbeit durch ein komplexes Gemenge von über 20 verschiedenen Verträgen und gesetzlichen Einzelbestimmungen geregelt. Darin normierte Prozesse, Gremien und Inhalte betrafen häufig nur fragmentierte Teilspekte der Betriebsführung. (TZ 5)

Kern dieser Regelungen war die politische Vereinbarung zwischen dem Bund und der Stadt Wien vom 6. Juni 2005 über die finanziellen Rahmenbedingungen für das AKH Wien. Sie regelte insbesondere die Investitionen und den laufenden klinischen Mehraufwand. Ein konkreter inhaltlicher Leistungsauftrag, eine Gesamtfinanzierung und eine Personalbedarfs- und Einsatzplanung fehlten. Die Folge war, dass die Entscheidungs- und Finanzierungsstrukturen sowie die Personalbereitstellung und die Leistungssteuerung getrennt blieben, obwohl die organisatorische und personelle Struktur von Medizinischer Universität Wien und Krankenanstalt schon durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen untrennbar verwoben waren. Der gesetzliche Auftrag zum Abschluss einer Zusammenarbeitsvereinbarung war daher nicht ausreichend erfüllt. (TZ 6)

Der Bund und die Stadt Wien hatten ihre Aufgaben hinsichtlich des AKH unterschiedlich stark und nach unterschiedlichen Kriterien delegiert. Daraus resultierten asymmetrische Entscheidungsstrukturen, Unterschiede hinsichtlich der Rechtspersönlichkeit und bei der Zuständigkeitsverteilung. Dies erschwerte die operative Zusammenarbeit bei der Betriebsführung und die Verhandlungen zur Erarbeitung eines Zusammenarbeitsvertrags weiter. (TZ 7)

Kurzfassung

Leistungsauftrag des AKH

Problemstellung

Die Stadt Wien war primär mit der Versorgung der Bevölkerung betraut, die Medizinische Universität Wien primär mit Aufgaben der Lehre und Forschung. Die Gewichtung dieser beiden Aufgaben war weder im Krankenanstaltenrecht noch durch die Gesundheitsplanung oder die Verträge zwischen den beiden Rechtsträgern exakt geregelt. Die Medizinische Universität Wien war jedoch verpflichtet, die im AKH benötigten Ärzte zur Verfügung zu stellen, ohne dass ein konkreter Leistungsauftrag definiert war. Damit waren für beide Rechtsträger Risiken verbunden: (TZ 8)

Die Medizinische Universität Wien trug das Risiko, dass die Stadt Wien Leistungen in das AKH verlagerte, für die sie Ärzte zur Verfügung stellen müsste; dass die Stadt Wien Leistungen reduzierte und die Medizinische Universität Wien für Zwecke der Lehre und Forschung anderweitig Vorsorge treffen müsste; oder dass die Stadt Wien durch Festlegungen der Infrastruktur bzw. des medizinischen Sachaufwands andere Leistungen unterstützte, als dies aus akademischer Sicht anzustreben wäre. (TZ 8)

Umgekehrt trug die Stadt Wien das Risiko, dass die Ärzte der Medizinischen Universität Wien ihre Leistungen nicht nach Versorgungsgesichtspunkten, sondern nach akademischen Kriterien ausrichteten. Die Stadt Wien müsste dann die Basisversorgung anderweitig sicherstellen. In der Folge kam es daher immer wieder zu Auseinandersetzungen über die im AKH zu erbringenden Leistungen. (TZ 8)

Strategische Zielvorgaben und Leistungssteuerung

Die Medizinische Universität Wien sah in ihrer strategischen Zielsetzung die Grundversorgung auf das nötige Ausmaß zur Wahrung eines für Lehre, ärztliche Ausbildung und Forschung erforderlichen medizinischen Spektrums beschränkt. Demgegenüber sah die Stadt Wien die Versorgung der Bevölkerung als wesentliches Ziel. Es war den beiden Rechtsträgern nicht gelungen, diesen – in den gesetzlichen Aufgaben begründeten – Zielkonflikt im Hinblick auf die – ebenfalls gesetzlich angeordnete – Zusammenarbeit im AKH aufzulösen und zumindest abgestimmt zu regeln. (TZ 9)

Bei wesentlichen Steuerungs- und Planungsprozessen gab es in zeitlicher, personeller und inhaltlicher Hinsicht keine Abstimmung zwischen den Rechtsträgern: Die Gesundheitsplanung (Regionaler Strukturplan Gesundheit – RSG) bezog die Medizinische Universi-

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

tät Wien nicht ein; die Leistungsvereinbarung der Medizinischen Universität Wien mit dem BMWF nicht die Stadt Wien. Die Budgetierungs- und Zielvereinbarungsprozesse waren nicht abgestimmt. Dies konnte auch durch Bemühungen um eine gemeinsame Balanced Scorecard nicht ersetzt werden. Auch innerhalb des Bundes war keine ausreichend abgestimmte Interessenwahrnehmung gegenüber der Stadt Wien vorgesehen. (TZ 10)

Leistungsumfang und Bettensperren

Zwischen 2005 und 2011 standen 250 bis 330 der systemisierten (behördlich genehmigten) Betten im AKH nicht für eine tatsächliche Belegung (tatsächliche Betten) zur Verfügung. Im Vergleich zu den übrigen Krankenanstalten des Krankenanstaltenverbunds (KAV) verzeichnete das AKH damit höhere Bettensperren und höhere Leerstandskosten (2005 bis 2011 zwischen rd. 126,27 Mio. EUR und rd. 319,26 Mio. EUR). (TZ 11)

Im Jahr 2011 erfolgten – nach der von der Teilunternehmung AKH geführten Statistik – rd. 40 % aller Bettensperren aus personellen Gründen: überwiegend aufgrund fehlender Pflegedienstposten oder aufgrund hoher Fehlzeiten. (TZ 11)

Eine Analyse des RH ergab, dass die Struktur der Bettensperren ineffizient war: Rund 30 % entfielen auf die Sperre von nur ein bis fünf Betten je Station. Abgesehen von einem Jahresbettensperrplan fehlten ein hausweites Management und eine klinik- und abteilungsübergreifende Koordination der Bettensperren. (TZ 13)

Eine Strategie gegen die hohen Bettensperren und deren Kosten war bis 2012 nicht erkennbar. Einerseits gingen verschiedene Strategiepapiere innerhalb der Teilunternehmungen (z.B. die Balanced Scorecard) weiter vom Ziel eines Vollbetriebs aus, ohne dass bei den Zielvereinbarungen mit dem KAV hinsichtlich Leistungen, Finanzierung und Personal entsprechende Regelungen getroffen wurden. Andererseits erfolgte zwischen 2008 und 2012 noch eine wesentliche Kapazitätserhöhung durch einen Neubau, ohne die bereits bestehenden, andauernden Bettensperren zu berücksichtigen. Eine umfassende Neuplanung der notwendigen Strukturen erfolgte nicht. (TZ 12)

Der im Juni 2012 beschlossene RSG enthielt eine bis 2020 durchzuführende Reduktion der systemisierten Betten auf das Niveau der tatsächlichen Betten. Andererseits plante die Stadt Wien im Spitalskonzept 2030 hohe Investitionen in die grundlegende bauliche

Kurzfassung

Umgestaltung bzw. die Neuerrichtung von Betten in anderen Krankenanstalten. Die Stadt Wien hatte nicht berechnet, ob dies günstiger war als die Nutzung der freien Betten im AKH. (TZ 12)

Der Anteil der Sonderklasse an den Betten bzw. Belagstagen im AKH war rückläufig und lag im Jahr 2011 mit rd. 7 % deutlich unter der gesetzlichen Höchstgrenze von 25 %. Die interne Berechnung von Kosten und Erlösen der Sonderklasse war für eine wirtschaftliche Entscheidung über einen Ausbau nicht ausreichend aussagekräftig. Der Teilunternehmung AKH war weiters nicht bekannt, wie viele und welche Sonderklassepatienten von Ärzten des AKH außerhalb des AKH versorgt wurden. (TZ 14)

Balance zwischen Spitzenmedizin und Basisversorgung

Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen akademischer Tätigkeit und Krankenversorgung war für eine Universitätsklinik von wesentlicher Bedeutung. Aufgrund der unterschiedlichen Verantwortung der Medizinischen Universität Wien (ausschließlich für die akademische Tätigkeit) und der Stadt Wien (ausschließlich für die Krankenversorgung) stand dieses Verhältnis in einem Spannungsfeld der Interessen der Rechtsträger. (TZ 15)

Die Medizinische Universität Wien sah ihre Position (und ihre finanzielle Lage) durch eine Verschiebung von akademischen Leistungen zur Routineversorgung gefährdet. Die existierenden Vereinbarungen zur Zusammenarbeit enthielten keine konkreten Bestimmungen über die angestrebte Balance zwischen Routineversorgung und klinischer Forschung, über Kennzahlen zu deren Messung oder über die Konsequenzen einer Verschiebung dieser Balance. (TZ 15)

Die verfügbaren Daten ließen keine Verschiebung von akademischen Tätigkeiten zur Krankenversorgung erkennen. Die prozentuelle Steigerung des Mitteleinsatzes der Medizinischen Universität Wien 2005 bis 2011 (insgesamt + 14 %) ließ sogar eine stärkere Priorisierung der Verwaltung (+ 46 %) bzw. des medizinisch-theoretischen Bereichs (+ 36 %) gegenüber dem klinischen Bereich (+ 28 %) erkennen. Nachweisbar waren aber auch Strukturverschiebungen innerhalb der Krankenversorgung (z.B. kürzere Verweildauern (- 3 %), mehr stationäre Patienten (+ 6 %)) und innerhalb der Tätigkeit der Medizinischen Universität Wien (z.B. Steigerung der Forschung und der Verwaltung, Rückgang der Lehre). (TZ 15)

Zu wesentlichen Aspekten eines zu definierenden Leistungsauftrags fehlten klare und einvernehmliche Vorgaben:

- Die Definitionen von „Spitzen-“ bzw. akademischer Medizin waren sehr unterschiedlich.
- Die Kriterien, nach denen Schwerpunkte bei Fachrichtungen gesehen wurden, waren unterschiedlich; die letzte umfassende, gemeinsame Priorisierung war bereits Anfang der 1990er-Jahre erfolgt und somit rd. 20 Jahre alt.
- Welche Einzelleistungen im AKH erbracht werden sollten, war nicht übergreifend definiert, obwohl dies bereits in den 1990er-Jahren explizites Ziel der Wiener Spitalspolitik war.
- Es bestand zwar Einigkeit, dass es einen überregionalen Versorgungsauftrag gab, aber keine Festlegung, welche Einzelleistungen dieser betraf. **(TZ 16)**

Wienweite Entwicklungen (z.B. bei der Intensivmedizin, der Notfallversorgung und bei den Kontingent-Betten) bewirkten zusätzliche Belastungen des AKH in der Versorgung. Diese waren jedoch im Vergleich zu den übrigen Krankenanstalten im KAV unterdurchschnittlich. **(TZ 17)**

Ambulanzen

Das AKH erbrachte in rd. 70 allgemeinen und rd. 330 Spezialambulanzen rd. 33 % der ambulanten Leistungen des KAV und damit im Vergleich zum Anteil der stationären Patienten überproportional viele. Auf der Basis nicht eindeutiger gesetzlicher Vorgaben verfolgten die Rechtsträger unterschiedliche Strategien: Während die Stadt Wien die Vorgabe machte, jeden Patienten zu behandeln, strebte die Medizinische Universität Wien eine Beschränkung auf jene Fälle an, die klare Notfälle darstellten oder die spezifischen Kompetenzen des AKH erforderten. Die einzelnen Kliniken verfolgten unterschiedliche Zugänge hinsichtlich der Zielgruppen (Betreuung aller hilfesuchenden Patienten oder Beschränkung auf Spezialfälle) und der Art der Patientenbetreuung (z.B. Verweis auf den niedergelassenen Bereich mit Behandlungsempfehlung oder spätere Terminvereinbarung). Eine übergreifende Strategie im Sinn einer ökonomischen Optimierung oder einer Zuordnung der Patienten zu den besten Behandlungsmöglichkeiten war nicht erkennbar. **(TZ 18)**

Kurzfassung

Mangelnde Ausrichtung am gemeinsamen Interesse

In einigen Fällen (z.B. bei Transplantationsförderungen) waren die Teilunternehmung AKH bzw. die Medizinische Universität Wien nicht ausreichend am gemeinsamen Interesse orientiert. Es gab keine vertragliche Regelung, nach der die Stadt Wien bei der Übernahme von neuen klinischen Aufgaben auf die Interessen der Medizinischen Universität Wien Rücksicht zu nehmen hätte. Umgekehrt war diese nicht verpflichtet, ihr Personal vorrangig im Interesse des AKH einzusetzen. [\(TZ 19\)](#)

Gesamteinschätzung zum Leistungsauftrag

Zusammenfassend hob der RH hervor, dass nicht in ausreichendem Maße eine gemeinsame strategische Zielsetzung, insbesondere eine Priorisierung zwischen Aufgaben der Basisversorgung und „Spitzen-“ bzw. akademischer Medizin erfolgte. Die Steuerung und Planung der Leistungen im AKH war auf eine Vielzahl unterschiedlicher Prozesse aufgeteilt, die personell, zeitlich und inhaltlich nicht ausreichend zwischen den Rechtsträgern abgestimmt waren. Für eine abgestimmte Leistungsplanung und die Anpassung des Leistungsspektrums des AKH an übergreifende Veränderungen fehlten wesentliche Voraussetzungen. Die Vorgaben für die Ambulanzen waren besonders unklar. Die Festlegung eines gemeinsamen strategischen Leistungsziels, abgestimmter Prozesse zur Vereinbarung konkreter Ziele und eine bessere Abstimmung im Einzelfall waren daher unerlässlich. [\(TZ 20\)](#)

Finanzielle Rahmenbedingungen

Überblick über die Mittelaufbringung

Aufgrund der Beteiligung mehrerer Rechtsträger an der Betriebsführung des AKH fehlte ein gemeinsames umfassendes Rechenwerk für dessen Gebarung. [\(TZ 22\)](#)

Die Mittelaufbringung war komplex und wenig transparent. Dies betraf insbesondere die Anzahl der Wege der Mittelaufbringung (in der bereits vereinfachten Darstellung des RH insgesamt 18 Kategorien), die Vermengung von leistungsorientierten und anderen Formen der Mittelaufbringung (teilweise sogar beim selben Rechtsträger), die Verflechtungen der Leistungspreise mit der Refinanzierung und verschiedene im Kreis laufende Überweisungen. Daher war der Anteil von Bund, Stadt Wien und Sozialversicherungsträgern an der Mittelaufbringung des AKH nicht ohne Weiteres zu erkennen.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Ein öffentliches Berichtswesen, in dem die Gebietskörperschaften ersichtlich machten, welche Mittel sie insgesamt für das AKH aufbrachten, existierte nicht. (TZ 22)

Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung stimmten nicht überein: Der RH ermittelte, dass im Jahr 2010 von den Gesamtkosten von 1.168 Mio. EUR nach Bereinigungen der Bund rd. 33 %, die Stadt Wien rd. 35 %, die Sozialversicherungsträger rd. 26 % und Private rd. 5 % trugen. Die Verantwortung für Personal, Sachmittel und Investitionen entsprach nicht dieser Verteilung. Die Stadt Wien entschied im Wesentlichen über den gesamten laufenden Sachaufwand, hatte ein Vorschlagsrecht für über 80 % der Investitionen und war Dienstgeber für mehr als 70 % des Personals. Sie trug als alleiniger Krankenanstaltenträger auch die Haftung für allfällige Behandlungsfehler. (TZ 23)

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

Die 1997 eingeführte „leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)“ sollte ein einfach zu handhabendes Finanzierungssystem schaffen mit Transparenz im Leistungsgeschehen und Anreizen zur wirtschaftlichen Erbringung von stationären Leistungen. In der aktuellen Form förderte sie jedoch gerade nicht eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Führung des AKH, weil sie mehrere problematische Anreize schuf: z.B. zur Unterlassung von Leistungen mit hohen Grenzkosten (z.B. bei bestimmten Implantaten), zur stationären Erbringung von auch ambulant möglichen Leistungen oder zu Leistungsverschiebungen zwischen dem AKH und anderen Krankenanstalten. Gerade innovative und teilweise auch überregionale Leistungen waren auch nicht ausreichend vergütet. (TZ 24)

Eine Vielzahl von Einrichtungen verantwortete die Rahmenbedingungen dafür: z.B. das BMG für die Definition der im LKF-System abbildbaren Leistungen; der Wiener Gesundheitsfonds (mit Vertretern auch der Sozialversicherung) für die Ermittlung des Punktwerts und des Steuerungsfaktors; das BMF, das BMWF, die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien für die Berechnung des klinischen Mehraufwands. Wiederum andere Einrichtungen hatten Vorarbeiten zu leisten: Z.B. konnte die Teilunternehmung AKH auf Basis der Arbeit der von der Medizinischen Universität Wien angestellten Klinikleiter Vorschläge für die Aufnahme von Leistungen ins LKF-System machen. (TZ 24)

Kurzfassung

Rund 37 % der Mittelaufbringung des AKH folgte direkt den erbrachten Leistungen, rd. 63 % nicht. Rückgänge in den Leistungserlösen oder Aufwandssteigerungen führten zu höheren Betriebskostenzuschüssen, umgekehrt führten Aufwandssenkungen oder Leistungssteigerungen zu einem Rückgang des Betriebskostenzuschusses. Anreizeffekte der leistungsorientierten Finanzierung wurden durch die Deckung des Abgangs durch Betriebskostenzuschüsse erheblich geschwächt. (TZ 23, 24)

Klinischer Mehraufwand

Nach § 55 KAKuG hatte der Bund dem Krankenanstaltenträger den klinischen Mehraufwand zu ersetzen, also dessen zusätzliche Kosten durch Lehre und Forschung. Da weder der Leistungsauftrag noch die Gesamtfinanzierung des AKH vertraglich klar geregelt waren, stand diese Bestimmung im Fokus von Auseinandersetzungen über die Finanzierungsanteile von Bund und Stadt Wien für das AKH, die seit 1981 nahezu kontinuierlich andauerten. Obwohl 2005 eine Vereinbarung zwischen Bund und Stadt Wien gelungen war, galt dies auch für den Prüfungszeitraum (2005 bis 2010). (TZ 25)

Die Vereinbarung aus 2005 sah jährliche Pauschalzahlungen bis 2015 vor. Ab dem Jahr 2006 sollten Verbesserungen überlegt, ab 2009 der klinische Mehraufwand betriebswirtschaftlich ermittelt werden (das Ergebnis durfte jedoch maximal 2 % p.a. vom vereinbarten Pauschalbetrag abweichen). Im Jahr 2014 sollte wieder ein gemeinsamer Gutachter bestellt werden. Die Medizinische Universität Wien nutzte 2009, 2010 und 2011 die „betriebswirtschaftliche Berechnung“, um die Zahlungen im maximal möglichen Ausmaß zu reduzieren. Die Teilunternehmung AKH widersprach dem und behielt ihrerseits Zahlungen an die Medizinische Universität Wien ein. Insgesamt sank der Kostenersatz für den klinischen Mehraufwand deutlich (von rd. 107 Mio. EUR im Jahr 1995 auf rd. 38 Mio. EUR im Jahr 2011). (TZ 25)

Die Auseinandersetzungen verursachten neben direkten Kosten (z.B. Gutachter, Rechtsvertretung, Berechnungen etc.) auch indirekte Kosten durch Beeinträchtigungen der Zusammenarbeit (z.B. bei der Transparenz der zur Verfügung gestellten Daten). Der RH, der Verfassungsgerichtshof und der Wissenschaftsrat hatten bereits festgestellt, dass eine analytische Berechnung des klinischen Mehraufwands problematisch sei. Im Vordergrund sollte eine gemeinsame Festlegung dazu stehen, welche Leistungen (in Lehre, Forschung und Versorgung) die Universitätskliniken erbringen sollten,

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

welche Mittel dafür nötig waren und wie diese ohne kontraproduktive Anreizeffekte zur Verfügung zu stellen und möglichst effizient einzusetzen waren. (TZ 25)

Wirtschaftlichkeitsvergleich

Die Kosten je LKF-Punkt lagen im AKH rd. 30 % bis 60 % höher als bei den anderen beiden Universitätskliniken in Graz und Innsbruck und ausgewählten Wiener Schwerpunktkrankenanstalten. Die Infrastrukturkosten waren rund doppelt so hoch. Die klinischen Kosten (z.B. für Ärzte, Pflegepersonal und Heilmittel) waren je nach Vergleichskrankenanstalt 0 bis 40 Prozentpunkte höher. Allerdings waren die Daten zu den klinischen Kosten uneinheitlich erfasst, z.B. hinsichtlich der Kosten für die von der jeweiligen medizinischen Universität bereitgestellten Ärzte. Weiters war unklar, wie weit die Leistungen des AKH durch die LKF-Punkte abgebildet waren. (TZ 26)

Entwicklung der zur Verfügung stehenden Mittel

Die Aufwendungen der Teilunternehmung AKH stiegen von 2005 bis 2011 relativ konstant um rd. 3 % pro Jahr. Die Erlöse schwankten durch Änderungen im LKF-System stark. Der von der Stadt Wien benötigte Zuschuss stieg um rd. 8 % pro Jahr bzw. insgesamt rd. 55,19 Mio. EUR. Insgesamt zeigte die Teilunternehmung nicht die finanzielle Gebarung eines selbstständigen, nachhaltig operierenden Unternehmens, sondern war von externen Zuschüssen und Entscheidungen abhängig. (TZ 27)

Dabei war absehbar, dass für den Betrieb des AKH künftig weniger Mittel zur Verfügung stehen werden:

- Der KAV plante bis zum Jahr 2017 erhebliche Kostendämpfungen. Der Anteil des AKH daran war noch nicht festgelegt. (TZ 28)
- Die Medizinische Universität Wien wies 2011 einen Jahresverlust sowie ein negatives Reinvermögen auf und plante Einsparungen durch Personalreduzierung und Veränderungen der Dienstzeitregelungen. Die genauen Auswirkungen auf die klinische Arbeit im AKH waren noch nicht bekannt. (TZ 29)

Kurzfassung

- Das AKH hatte bis 2011 die Jahrestranchen des vom Bund und der Stadt Wien für die Jahre 2007 bis 2015 festgelegten Investitionsbudgets um insgesamt rund ein Viertel (rd. 70 Mio. EUR) überschritten. Von 2012 bis 2015 waren daher nur noch entsprechend geringere Mittel verfügbar. [\(TZ 30\)](#)

Der absehbar geringeren Mittelausstattung stand ein aus mehreren Kennzahlen abgeleiteter erhöhter Investitionsbedarf gegenüber, z.B. waren rd. 62 % der medizintechnischen Geräte zwölf Jahre alt oder älter; die Betriebs- und Geschäftsausstattung war zu 85 % bereits abgeschrieben. Eine abgestimmte, langfristige Reinvestitionsplanung der beteiligten Rechtsträger lag nicht vor. [\(TZ 30\)](#)

Mittel der paktierten Investitionen wurden auch für andere Zwecke als die Erhaltung des Standards, insbesondere für die Errichtung des Kinderoperationszentrums, verwendet. [\(TZ 30\)](#)

Planungs- und Berichtsprozesse

Eine rechtsträgerübergreifende Finanzplanung fehlte gänzlich. [\(TZ 31\)](#)

Die Stadt Wien wies im dem Gemeinderat vorgelegten Wirtschaftsplan regelmäßig zu niedrige Werte aus, die dann durch Überschreitungsanträge erhöht wurden. Realistische Zielvereinbarungen waren so nur bedingt möglich. Weiters wurde die Transparenz durch eine parallele Führung kameraler Vorgaben im Wirtschaftsplan und doppischer Vorgaben in den Zielvereinbarungen des KAV mit dem AKH reduziert. Ab 2009 gab es einen verbesserten Zielvereinbarungsprozess, ab Ende 2012 eine Mehrjahresplanung. [\(TZ 31\)](#)

Die Medizinische Universität Wien verfügte durch ihre Entwicklungspläne und Leistungsvereinbarungen über eine mittelfristige Planung. Sie war jedoch der Ansicht, dass wesentliche eingeplante Rahmenbedingungen (insbesondere die Übernahme von Kostensteigerungen durch den Bund und eine mit der Stadt Wien abgestimmte Leistungsplanung) nicht eingetreten waren. [\(TZ 31\)](#)

Gesamteinschätzung zu den finanziellen Rahmenbedingungen

Insgesamt war die Mittelaufbringung für das AKH komplex und wenig transparent. Sie setzte problematische Anreize und führte zu andauernden Auseinandersetzungen zwischen Bund und Stadt Wien über den klinischen Mehraufwand. Die Kosten des AKH waren

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

bezogen auf die stationären Leistungen 30 % bis 60 % über jenen von Vergleichskrankenanstalten. Es war absehbar, dass in Zukunft weniger Mittel zur Verfügung stehen werden. Eine rechtsträgerübergreifende, transparente Finanzplanung fehlte. (TZ 32)

Personal

Transparenz über das eingesetzte Personal

Im AKH waren im Jahr 2010 rd. 10.000 Mitarbeiter tätig. Es waren verschiedene Berufsgruppen, Dienstgeber und Dienstrechte zu koordinieren. Die daraus resultierende Komplexität wurde weiters durch unterschiedliche Zuständigkeiten innerhalb der Rechtsträger, Arbeitskräfteüberlassungen und Sonderregelungen erhöht. Dies führte zu Ineffizienzen. (TZ 33)

In der Stadt Wien waren Personalkompetenzen beim Gemeinderat, beim Magistratsdirektor, bei der Generaldirektion des KAV und in der Teilunternehmung AKH angesiedelt. Innerhalb der Teilunternehmung AKH waren die Personalagenden weiter zersplittert, sie hatte wenige Möglichkeiten der selbstständigen Personalbewirtschaftung. Lange Entscheidungswege und Ineffizienzen waren die Folge. (TZ 34)

Die Medizinische Universität Wien hatte die Personalagenden stärker konzentriert, sie hatte insbesondere bei Angestellten größere Selbstständigkeit. Für Beamte waren ihr jedoch in wichtigen Angelegenheiten enge Grenzen gesetzt. (TZ 34)

Eine gemeinsame Personalbewirtschaftung zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien fand nicht statt. Eine gemeinsame Datenerfassung fehlte. Sowohl der Bund als auch die Stadt Wien waren daher auf Meldungen des jeweils anderen Trägers angewiesen. Dadurch entstanden Unstimmigkeiten: (TZ 35, 36)

- Bis zum Jahr 2009 meldete die Medizinische Universität Wien rd. 680 Vollzeitäquivalente an nichtmedizinischem Personal für die Krankenversorgung, danach jedoch nicht mehr, da diese für Lehre und Forschung tätig seien. Das AKH betrachtete jedoch diese Personen weiterhin als Bestandteil der Krankenversorgung und berücksichtigte ihre Kosten entsprechend. (TZ 35)
- Die Medizinische Universität Wien war der Ansicht, es mangle an (von der Stadt Wien bereitgestelltem) Pflegepersonal. Demgegenüber hätte sie in den letzten sechs Jahren den Ärztestand erhöht. Die Stadt Wien hielt dem entgegen, dass der ärztliche Personalstand zunächst reduziert worden war. Die Medizinische Universität

Kurzfassung

sität Wien wolle nunmehr einseitig den Personalstand reduzieren, was nicht akzeptabel sei. Einsparungen beim Pflegepersonal fänden nicht statt. (TZ 36)

Aufgrund von Änderungen in der Auswertungslogik bzw. fehlender Zusatzinformationen (z.B. hinsichtlich der Berücksichtigung von Beschäftigungsverboten, hinsichtlich Drittmittelärzten und Langzeitkrankenständen) waren die gemeldeten Daten für den jeweils anderen Rechtsträger oft wenig aussagekräftig. Es war für den RH nicht nachvollziehbar, dass die Rechtsträger trotz des gesetzlichen Auftrags zur Zusammenarbeit keine Möglichkeit fanden, diese fundamentalen Daten auf pragmatische Weise auszutauschen. (TZ 35, 36)

Das AKH nutzte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung rd. 830 überlassene Arbeitskräfte. Diese wurden von vier Vertragspartnern teilweise nach mehreren, parallel laufenden Verträgen zur Verfügung gestellt. Interne Genehmigungspflichten erhöhten die Komplexität der Administration weiter. Zu begrüßen war daher die Strategie, die Zahl der überlassenen Arbeitskräfte wieder zu reduzieren. (TZ 37)

Zusammenarbeit Pflege und Ärzte

Ein wirtschaftlicher Betrieb des AKH erforderte, dass die Berufsgruppen jene Tätigkeiten ausübten, die ihrem Qualifikationsprofil am besten entsprachen. Im Jahr 2008 sah der KAV vor, in seinen Krankenanstalten bestimmte Aufgaben (z.B. Blutabnahmen, Blutdruckmessungen) von den Ärzten an das Pflegepersonal zu delegieren. Zusätzliches Pflegepersonal stellte die Stadt Wien dem AKH dafür allerdings nicht zur Verfügung. Die Pflegedirektion des AKH hielt daher eine generelle Anweisung an das Pflegepersonal, die zusätzlichen Aufgaben zu übernehmen, nicht für vertretbar. Im Jahr 2012 war im Vergleich zum Jahr 2008 diesbezüglich keine wesentliche Verbesserung eingetreten. Der RH führte die Schwierigkeiten bei der Umsetzung auch darauf zurück, dass gegebenenfalls nötiges zusätzliches Pflegepersonal von der Stadt Wien zu bezahlen wäre, eine Entlastung der Ärzte jedoch der Medizinischen Universität Wien zugute käme. Für eine Umsetzung der ökonomisch gebotenen Maßnahmen war daher eine Gesamtbetrachtung nötig. (TZ 38)

Sondermittelbedienstete

Für die sogenannten Sondermittelbediensteten (2011: 262) lag aus historischen Gründen die Dienstaufsicht und Administration bei der Medizinischen Universität Wien, die Finanzierung jedoch bei der Stadt Wien. Dies führte zu operativen Problemen. Zu begrüßen war daher, dass keine neuen Sondermittelbediensteten mehr aufgenommen wurden. [\(TZ 39\)](#)

Ausübung der Fach- und Dienstaufsicht über die Ärzte

Der von der Stadt Wien gestellte ärztliche Direktor war Ärzten gegenüber zur Sicherstellung der Patientenbetreuung weisungsbefugt. Dienstaufsicht übte jedoch der Rektor der Medizinischen Universität Wien aus. Dies führte zu Unstimmigkeiten in Problemfällen. Beispielsweise konnte über die Einsetzbarkeit eines Facharztes über mehrere Jahre hinweg keine Einigung erzielt werden: Während der ärztliche Direktor ein Operationsverbot für den Arzt unterstützte, erteilte der Rektor die Weisung, das Operationsverbot wieder aufzuheben. [\(TZ 40\)](#)

Journaldienste

Die Regelung der Journaldienste, d.h. der Anwesenheit von Ärzten in der Nacht und am Wochenende, war sowohl für die Krankenversorgung als auch als Kostenfaktor für die Medizinische Universität Wien von wesentlicher Bedeutung. Letztere sah die Journaldienste als Dienstleistung für den Krankenanstalenträger ohne Gewinn für Lehre und Forschung und strebte aus budgetären Gründen eine Reduktion an. Ein mit dem Krankenanstalenträger abgestimmtes Vorgehen gelang jedoch nicht, eine dauerhafte Lösung war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht erreicht. [\(TZ 41\)](#)

Abstimmung der Dienstzeiten und Auslastung der Mitarbeiter

Für Bundes- und Gemeindebedienstete galten unterschiedliche Dienstzeitmodelle. Ärzte leisteten in der Nacht Journaldienste, die lediglich eine Versorgung von Notfällen, aber keine dauernde Arbeitsbelastung ermöglichten. Demgegenüber leisteten z.B. Operationsgehilfen der Stadt Wien in der Nacht reguläre Dienste, bei denen eine Arbeitsbelastung wie im Tagdienst möglich war. Die Aus-

Kurzfassung

lastung der Operationsgehilfen lag in der Nacht nur zwischen 17 % und 54 % (tagsüber zwischen 73 % und 100 %). (TZ 42)

Erfassung der Arbeitszeit

Die Medizinische Universität Wien verfügte nicht über ein System zur Aufzeichnung der tatsächlichen Anwesenheit der Ärzte, sondern lediglich über ein (seit 2006 elektronisches) Dienstplanmanagement. Dies erschwerte sowohl den Nachweis der Einhaltung der Arbeitszeitvorgaben als auch die Erfassung der Kernaufgaben der Medizinischen Universität Wien (insbesondere der Forschung) sowie die Dienstaufsicht hinsichtlich der Überwachung der Vorschriften über Nebenbeschäftigte und Nebentätigkeiten. (TZ 43)

In der Teilunternehmung AKH lagen zwar Arbeitszeitaufzeichnungen vor, es gab aber keine elektronische Dienstplanung. Die Mitarbeiter führten manuelle Aufzeichnungen, was erheblichen Administrationsaufwand (z.B. bei Urlaubsplanung und Abrechnung) verursachte. Auch hier war eine Nutzung von Synergien mit der Medizinischen Universität nicht gelungen. (TZ 43)

Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetz (KA–AZG)

Es war nicht klar, wer auf Dienstgeberseite zuständig war, die Einhaltung des KA–AZG 1997 sicherzustellen. Der Rektor der Medizinischen Universität Wien wurde 2010 (nach einer Verwarnung 2004) zu einer erheblichen Geldstrafe verurteilt. Er argumentierte jedoch, dass nicht er, sondern vielmehr die Stadt Wien für die Überwachung der Arbeitszeiten zuständig sei. Nur diese könne die Patientenströme und die Behandlungsabläufe beeinflussen. Zur Zeit der Geburgsüberprüfung war darüber ein Verfahren vor dem Verwaltungsgerichtshof anhängig. (TZ 44)

Die Strafbestimmungen bei Überschreitungen des KA–AZG waren seit der Ausgliederung der Medizinischen Universität Wien für die Ärzte im AKH anwendbar, nicht aber für Ärzte in jenen anderen Krankenanstalten, bei denen die Stadt Wien auch Dienstgeberin der Ärzte war. (TZ 44)

Nebenbeschäftigte

Die Medizinische Universität Wien hatte seit dem Jahr 2006 eine Regelung der Nebenbeschäftigte getroffen, die bei konsequenter Umsetzung grundsätzlich geeignet war, eine geordnete Dienstabwicklung sicherzustellen. Kontrolle und Erfassung der Nebenbeschäftigte waren noch verbesserungsfähig. (TZ 45)

Die Meldung der Nebenbeschäftigte der Ärzte an die Stadt Wien war anonymisiert. Die Stadt Wien forderte seit 2003 zusätzliche Informationen, um Unvereinbarkeiten rechtzeitig entgegen wirken zu können. Diese könnten durchaus gegenüber dem Betrieb der Krankenanstalt, nicht aber mit den Aufgabengebieten der Lehre und Forschung bestehen. Stadt Wien und Medizinische Universität Wien gelangten jedoch nicht zu einer Einigung über eine umfassendere Information über die Nebenbeschäftigte. (TZ 45)

Fehlzeiten durch Krankenstände

Das AKH hatte – wie der KAV insgesamt – mit durchschnittlich rd. 25 Tagen erheblich mehr krankheitsbedingte Fehlzeiten als der Österreichschnitt im Gesundheits- und Sozialbereich mit rd. 14 Tagen. Maßnahmen des Fehlzeiten-Managements waren vorgesehen, wurden jedoch nicht vollständig umgesetzt. So waren bspw. in einem Bereich mit über 1.000 Mitarbeitern und mit hohen durchschnittlichen Krankenständen im Jahr 2011 (39 Tage) nur insgesamt zehn Krankenstandsrückkehr- und Informationsgespräche geführt worden. (TZ 46)

Die Medizinische Universität Wien konnte keine Gesamtauswertung über die Fehlzeiten erstellen und erfasste die Krankenstandstage anders als die Stadt Wien. Eine Analyse ausgewählter Einzelbereiche zeigte jedoch (auch bei vergleichbaren Berufsgruppen) deutlich niedrigere Werte. Ein gemeinsames Fehlzeitenmanagement erfolgte nicht. (TZ 46)

Personalbedarfsplanung

Die letzte Personalbedarfsplanung stammte aus 1994. Obwohl sich seither wesentliche Elemente des Gesundheitswesens fundamental geändert hatten, fehlte eine aktuelle, rechtsträgerübergreifende Personalbedarfsplanung. (TZ 47)

Kurzfassung

Weder das AKH noch die Medizinische Universität Wien erachteten sich für eine systematische Personalbedarfsplanung der Berufsgruppe der Ärzte zuständig. Entgegen den Vorgaben im Wiener Krankenanstaltengesetz enthielten die Meldungen des Soll- und Ist-Standes der Ärzte durch den Krankenanstaltenträger lediglich die 12 Gemeinde-Ärzte (nicht aber die Ärzte der Medizinischen Universität Wien). [\(TZ 48\)](#)

Über den Personalbedarf für die Pflege bestand keine Einigkeit zwischen der Generaldirektion des KAV und der Teilunternehmung AKH. Noch im Jahr 2011 beantragte der Direktor der Teilunternehmung AKH – ohne Ergebnis – mehr als 500 Dienstposten bei der Generaldirektion des KAV. Diese wies dem RH gegenüber darauf hin, dass bereits im Ist-Stand die Ausstattung des AKH mit Pflegepersonal erheblich über der anderer Häuser liege. [\(TZ 49\)](#)

Kinderklinik

Nach Strukturveränderungen in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde des AKH Wien war der Personalbedarf für die Pflege neu zu bewerten. Im Dienstweg konnte keine Einigung erzielt werden. Nachdem Ausfälle in der Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche in Wien – auch medial – diskutiert worden waren, fand eine Krisensitzung u.a. mit der zuständigen Stadträtin, dem Generaldirektor des KAV und dem Rektor der Medizinischen Universität Wien statt. Darin wurde entschieden, eine externe Personalbedarfsberechnung zu beauftragen. Die Notwendigkeit, für einzelne Veränderungen in einer bestimmten Universitätsklinik die zuständige Stadträtin, den Generaldirektor des KAV und den Rektor der Medizinischen Universität Wien zu befassen, Ausfälle in der Notfallversorgung der Kinder und Jugendlichen in Wien medial zu reflektieren und schlussendlich auf externe Berechnungen zurückzugreifen, zeigte die grundlegenden Probleme hinsichtlich der Personalplanung im AKH auf. [\(TZ 50\)](#)

Kinderoperationszentrum

Die Errichtung des Kinderoperationszentrums (Bauteil 61.1) erfolgte, ohne dass rechtzeitig der Personalbedarf dafür ermittelt worden war und ohne dass bei Baabeauftragung ein endgültiges Nutzungskonzept vorlag. Folge davon war eine suboptimale Auslastung der errichteten Infrastruktur (z.B. war ein Operationssaal nur an einem Tag pro Woche offen). [\(TZ 51\)](#)

Gesamteinschätzung zum Personal

Insgesamt führte die hohe Komplexität der Personalbewirtschaftung im AKH zu wirtschaftlichen Ineffizienzen, zu Schwierigkeiten bei der Erfüllung elementarer Aufgaben der Personalverwaltung (wie z.B. der Prüfung der Einhaltung der Arbeitszeit oder von Nebenbeschäftigung) und zu Unklarheiten bei der Personalbedarfsplanung. Verbesserungen in der Personalbewirtschaftung waren daher für eine erfolgreiche Führung des AKH unerlässlich. (TZ 52)

Risikomanagement

Bei beiden Rechtsträgern war ein systematisches Management strategischer und operativer Risiken bzw. interner Kontrollen noch nicht eingerichtet, jedoch geplant. Eine Abstimmung der Einführung des Risikomanagements war nicht vorgesehen. (TZ 53, 54)

Sowohl für die Medizinische Universität Wien als auch für die Teilunternehmung AKH waren – jeweils andere – Innenrevisionen prüfungsbefugt. Abgestimmte Prüfungen waren in Einzelfällen erfolgt, eine regelmäßige institutionelle Kooperation war nicht vorgesehen. (TZ 55)

Eine rechtsträgerübergreifende Einschätzung von Koordinationsrisiken fehlte. Der RH identifizierte einige Risiken und stellte fest, dass nur manche davon systematisch bearbeitet wurden. Die Zahl der gemeldeten Schadensfälle für Behandlungsfehler war rückläufig. (TZ 56)

Überlegungen für die zukünftige Zusammenarbeit

Im Sommer 2012 beauftragten der Bund und die Stadt Wien die Medizinische Universität Wien und die Teilunternehmung AKH mit der Erarbeitung eines abgestimmten Zukunftsbildes und eines Modells zur langfristigen Zusammenarbeit (Projekt „Ziel- und Gesamtentwicklung AKH 2020“). Bestimmte, bereits einseitig beschlossene, strategische Festlegungen waren Vorgaben für das Projekt (insbesondere der Regionale Strukturplan der Stadt Wien und der Entwicklungsplan der Medizinischen Universität Wien). Eine Veränderung der Rechtsträgerschaft war ausdrücklich als Nichtziel des Projekts ausgeschildert, die jeweiligen Finanzierungsanteile von Bund und Stadt Wien waren ebenfalls nicht Projektinhalt. Die Aussparung dieser erfolgskritischen Themen lief einer umfassenden Zielerreichung des Projekts zuwider. (TZ 57)

Kurzfassung

AKH und Gesundheitsreform

Die in der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung im AKH festgestellten Probleme spiegelten in zentralen Bereichen die generell im österreichischen Gesundheitswesen bestehenden Defizite wider, z.B. die zersplitterte Kompetenzverteilung bzw. die mangelnde sektorübergreifende Abstimmung. [\(TZ 58\)](#)

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

Kenndaten zur Zusammenarbeit Bund und Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien								
Rechtsgrundlagen	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F., Wiener Krankenanstaltengesetz, LGBL. Nr. 23/1987 i.d.g.F., Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien (Universitätsge setz 2002 – UG), BGBl. I Nr. 120/2002 i.d.g.F.							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2005 bis 2011 in %
AKH⁸								
tatsächliche Betten	1.909	1.919	1.870	1.838	1.810	1.871	1.829	- 4
stationäre Patienten	94.369	99.028	98.630	102.018	103.926	103.557	99.664 ⁵	6
Ambulanzfrequenzen (in 1.000)	1.816	1.849	1.854	1.805	1.809	1.799	1.738	- 4
LKF-Punkte (in Mio.)	321,8	333,8	338,2	342,3	399,5	399,0	400,5	24
Studierende (jeweils WS) ⁴	10.466	9.009	8.461	7.794	7.381	7.190	7.278	- 30
Impact Punkte	4.485	5.780	6.996	7.780	8.826	10.034	n.v.	124
Endkosten (in Mio. EUR) ⁶	899,60	912,58	940,79	992,54	994,68	1.059,65	1.105,70	23
Mitarbeiter (in VBÄ) ⁷	8.928	8.870	8.837	8.911	8.955	8.990	9.304	4
Teilunternehmung AKH der Stadt Wien⁸								
in Mio. EUR								
Betriebsleistung ¹	765,95	758,78	782,47	848,38	813,41	882,01	927,82	21
davon klinischer Mehraufwand	47,27	43,64	40,00	38,73	36,36	34,92	34,23	- 28
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit (EGT)	- 11,21	- 36,22	- 33,16	0,62	- 70,64	- 4,13	- 3,74	
Jahresgewinn/-verlust	- 0,52	6,98	- 29,26	18,25	- 18,03	14,16	- 3,42	
Anzahl								
Mitarbeiter (in VBÄ) ⁷	6.059	6.003	5.958	5.929	5.941	5.774	5.798	- 4
Medizinische Universität Wien⁸								
in Mio. EUR								
Betriebsleistung ²	390,78	370,40	395,47	406,77	425,06	451,5	448,41	15
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit (EGT)	2,85	- 4,10	0,81	0,85	0,00	0,36	- 8,43	
Jahresgewinn/-verlust	0,10	- 0,03	0,53	0,51	- 0,17	0,16	- 8,51	
Anzahl								
Mitarbeiter (in VBÄ) ³	4.059	4.138	4.206	4.234	4.225	4.235	4.249	5

¹ Leistungserlöse, Betriebskostenzuschüsse, klinischer Mehraufwand, Bestandsveränderung sowie sonstige betriebliche Erträge

² Umsatzerlöse, Bestandsveränderung und sonstige betriebliche Erträge

³ durchschnittlicher Personalstand nach Rechnungsabschluss UGB

⁴ ordentliche und außerordentliche Studierende

⁵ Rückgang aufgrund anderer Verrechnungsform im Bereich der Kinderklinik (nicht aufgrund einer Änderung der erbrachten Leistungen)

⁶ Endkosten sind die Gesamtkosten (1.168 Mio. EUR im Jahr 2010) abzüglich der Kostenminderung.

⁷ laut Kostenrechnung der Teilunternehmung AKH (ohne Mitarbeiter der VKMB)

⁸ Für das AKH waren eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik, aber kein gesamthafter Rechnungsabschluss verfügbar. Rechnungsabschlüsse existierten für die Teilunternehmung AKH der Stadt Wien und die Medizinische Universität Wien. Sie bildeten einerseits jeweils nur Teilmengen der im AKH eingesetzten Ressourcen ab, enthielten aber andererseits auch andere Elemente. Beispielsweise für die Medizinische Universität die medizinisch-theoretischen Bereiche, für die Teilunternehmung AKH das St. Anna Kinderspital.

Quellen: BMWF uni:data; Rechnungsabschlüsse des AKH sowie der Medizinischen Universität Wien

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 (1) Der RH führte im Rahmen des Prüfungsschwerpunkts „Gebietskörperschaftenübergreifende Aufgaben- und Finanzverflechtungen; Struktur- und Aufgabenreform“ zwischen Mai 2012 und August 2012 eine Gebarungsüberprüfung zum Thema „Zusammenarbeit des Bundes und der Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des Wiener Allgemeinen Krankenhauses (AKH)“ durch.

Ziel der Gebarungsüberprüfung war eine Beurteilung der Zusammenarbeit des Bundes und der Stadt Wien im AKH in Bezug auf ihre rechtliche Ausgestaltung, die Festlegung des Leistungsauftrags, die Finanzierung, die Personalwirtschaft und das Risikomanagement.

Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2005 bis 2010, somit den Zeitraum zwischen dem Abschluss der letzten maßgeblichen politischen Vereinbarung zwischen dem Bund und der Stadt Wien zum AKH und dem zur Zeit der Gebarungsüberprüfung letzten vollständig abgerechneten Jahr. Soweit erforderlich nahm der RH auch auf frühere bzw. aktuellere Entwicklungen Bezug.

(2) Zeitgleich und inhaltlich abgestimmt mit dieser Gebarungsüberprüfung führte der RH auch Prüfungen zur technischen Betriebsführung sowie zum IT-Projekt AKIM durch, über die er gesondert berichtet.

(3) Ausdrücklich nicht Gegenstand der Gebarungsüberprüfung waren Geschäftsfälle, die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang von der Staatsanwaltschaft, der Innenrevision des Magistrats der Stadt Wien bzw. dem Kontrollamt der Stadt Wien überprüft wurden (z.B. die Beschaffungsvorgänge im Zusammenhang mit der Arbeitskräfteüberlassung).

(4) Im Folgenden verwendet der RH die Bezeichnung „AKH“ für den Betrieb des Krankenhauses und die dort stattfindende klinische Lehre und Forschung unabhängig davon, wer als Geldgeber oder Dienstgeber auftritt. Wenn es erforderlich ist, den Rechtsträger zu bezeichnen, verwendet der RH die Bezeichnung „Teilunternehmung AKH“¹ bzw. „Medizinische Universität Wien“. Zur besseren Lesbarkeit verwendet der RH die Bezeichnung „Stadt Wien“ unabhängig davon, ob sie Aufgaben der Gemeinde oder des Landes Wien wahrnimmt.

¹ (Teil)Unternehmung: ist eine Untergliederung der Wiener Stadtverwaltung und die Betriebsform des AKH. Nach § 71 der Wiener Stadtverfassung hat eine Unternehmung eine höhere Autonomie als eine Magistratsabteilung, ist aber Teil der Wiener Stadtverwaltung ohne eigene Rechtspersönlichkeit.

(5) Der RH übermittelte sein Prüfungsergebnis im Februar 2013. Im Mai 2013 langten Stellungnahmen vom BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien ein. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im Juli 2013.

(6) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien teilten in ihren Stellungnahmen mit, dass sie den Bericht des RH als wertvollen Beitrag für die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zwischen BMWF, Medizinischer Universität Wien, Stadt Wien und Teilunternehmung AKH ansehen. Die Empfehlungen des RH würden im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ bearbeitet.

Das BMWF führte aus, es teile die Analyse des RH über weite Strecken, und unterstrich die Empfehlungen an die zuständigen Akteure.

Im Übrigen stellten die drei Rechtsträger unterschiedliche Perspektiven in den Vordergrund:

- Die Medizinische Universität Wien hob vor allem die Bedeutung einer Betriebsführungsgesellschaft und der von ihr als unzureichend bewerteten Investitionsmittel hervor.
- Die Stadt Wien hob hervor, dass das Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ ein „Leuchtturmprojekt“ darstelle, das Weichenstellungen und Innovationen bringe, die exakt und transparent vorbereitet und konsequent umgesetzt werden sollen.
- Das BMWF hob hervor, es sei weder mittelbar noch unmittelbar an der Führung des AKH beteiligt. Es habe keinerlei rechtliche Handhabe zur Beeinflussung der Vielzahl der vom RH an das BMWF, die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien gerichteten Empfehlungen.

(7) Der RH begrüßte, dass alle drei Rechtsträger die Empfehlungen des RH sachlich bestätigten und sah der im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ angekündigten Umsetzung seiner Empfehlungen entgegen. Wie unter TZ 57 ausgeführt, war vor einer endgültigen Einschätzung der Projektaktivitäten jedoch deren Ergebnis und Umsetzung abzuwarten.

Eine grundsätzliche Gegenäußerung zur Bedeutung der Betriebsführungsgesellschaft tätigte der RH unter TZ 4. Er erläuterte die erhebliche Verantwortung des BMWF bei der Umsetzung der Empfehlungen unter TZ 7 und nahm zu den Investitionsmitteln unter TZ 30 Stellung.

Einleitung

2.1 (1) Im AKH gestalteten der Bund, die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien gemeinsam den größten und kostenintensivsten Gesundheitsbetrieb Österreichs. Träger der Krankenanstalt war die Stadt Wien. Träger der Studien- und Forschungseinrichtungen war zunächst der Bund, ab 2004 die durch Bundesgesetz eingerichtete Medizinische Universität Wien. Die meisten Organisationseinheiten des AKH waren zugleich Abteilung der Krankenanstalt und Organisationseinheit der Medizinischen Universität Wien. Die Koordination der beteiligten Rechtsträger war somit eine wesentliche Herausforderung für den laufenden Betrieb des AKH.

Die folgende Tabelle zeigt einige wesentliche Entwicklungsschritte des AKH:

Tabelle 1: Wesentliche Entwicklungsschritte des AKH

1953	erste Entscheidung des VfGH über die Höhe des klinischen Mehraufwands
1955	Entscheidung zum Neubau des AKH
1957	Festlegung des klinischen Mehraufwands mit 18 % des Netto betriebsaufwands in einer Vereinbarung zwischen Bund und Stadt Wien
1962	Gründung der ARGE AKH mit Vertretern des Bundes und der Stadt Wien zur Abstimmung hinsichtlich des Neubaus
1972	Beginn Bauabschnitt 4 (Hauptgebäude) ¹
1977	Festlegung einer räumlich funktionellen Gliederung des neuen AKH durch die ARGE AKH
1980	„AKH Skandal“
1981	Kündigung der Vereinbarung zum klinischen Mehraufwand durch die Stadt Wien und Aufnahme von Verhandlungen
1982	Baubeauftragungsvertrag mit der VAMED
1983	Festlegung der Bettenanzahl für den Neubau
1989	Schaffung einer eigenen Magistratsabteilung für das AKH
1991	Entscheidung des VfGH über einen höheren klinischen Mehraufwand nach Klagen 1982 und 1985
1991	Beginn der Krankenversorgung
1993	Schaffung des Wiener Krankenanstaltenverbunds unter Einbeziehung des AKH
1994	offizielle Eröffnung des AKH
1998	Arbeitsgruppe zur Organisationsreform AKH
2000	nach neuerlicher Klage (1999) Vergleich über den klinischen Mehraufwand
2002	Gründung der Teilunternehmung AKH im Wiener Krankenanstaltenverbund
2004	Ausgliederung der Medizinischen Universität Wien
2005	Politische Vereinbarung zwischen Bund und Stadt Wien über den klinischen Mehraufwand, die paktierten Investitionen und die Restfertigstellung
2015	Auslaufen der Vereinbarung über den klinischen Mehraufwand

Anmerkung:  wesentliche Ereignisse im Zusammenhang mit dem klinischen Mehraufwand

¹ Davor wurden die Gebäudegruppe Kinderklinik und die Universitätsklinik für Psychiatrie sowie die Tiefparkgarage errichtet. Die Inbetriebnahme erfolgte 1974 bis 1975.

Quellen: Teilunternehmung AKH der Stadt Wien; RH

Die Tabelle zeigt, dass der Bund und die Stadt Wien wesentliche Fragen der rechtlichen, funktionellen und baulichen Ausgestaltung während laufender Auseinandersetzungen zur Finanzierung (insbesondere zum klinischen Mehraufwand) entschieden. Beispielsweise wurden die Entscheidungen über die Bettenanzahl (im Jahr 1983) und über die Führung des AKH als eigene Magistratsabteilung der Stadt Wien (im Jahr 1989) während einer Auseinandersetzung über den klinischen

Einleitung

Mehraufwand vor dem Verfassungsgerichtshof (VfGH) (in den Jahren 1982 bis 1991) getroffen.

(2) Im Jahr 2010 war das AKH mit rd. 10.000 Mitarbeitern der größte Gesundheitsbetrieb Österreichs und eines der größten Spitäler weltweit. Seit seiner Neuerrichtung konnte sich das AKH als wichtige Säule der Versorgung der Wiener und der österreichischen Bevölkerung sowie als internationale Spitzeneinrichtung der Forschung etablieren. Das AKH war pro LKF-Punkt (LKF = Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) oder pro Bett mit rd. 1.168 Mio. EUR Gesamtkosten im Jahr allerdings auch die bei weitem teuerste Krankenanstalt in Österreich (siehe TZ 26). In den Jahren 2011 und 2012 planten sowohl die Medizinische Universität Wien als auch die Stadt Wien Maßnahmen zur Reduktion der Kosten (siehe TZ 27 ff.), ohne jedoch Einvernehmen darüber zu erzielen. Im Dezember 2011 protestierten die Ärzte am AKH gegen die geplanten Einsparungen, da sie eine Beeinträchtigung der Patientenversorgung durch eine nicht abgestimmte Reduktion der Journaldienste befürchteten (siehe TZ 41).

2.2 Der RH wies darauf hin, dass die zwischen Bund bzw. Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien getrennte Führung insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung regelmäßig zu Auseinandersetzungen geführt hatte. Er untersuchte daher in der Folge die rechtlichen Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit sowie die Grundlagen des Leistungsauftrags, der Finanzierung und der Personalwirtschaft des AKH.

Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

Notwendigkeit der Zusammenarbeit

3.1 (1) Das Spitalswesen war Bundessache hinsichtlich Gesetzgebung über die Grundsätze und Landessache hinsichtlich der Erlassung von Ausführungsgesetzen und der Vollziehung (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG). Dementsprechend galten für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten in Österreich das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz des Bundes (KAKuG) sowie neun Landesgesetze.

Demgegenüber waren Gesetzgebung und Vollziehung auf dem Gebiet des (Hoch)Schulwesens Bundessache (Art. 14 B-VG). Nach Art. 81c B-VG waren die öffentlichen Universitäten Stätten freier wissenschaftlicher Forschung und Lehre. Sie handelten im Rahmen der Gesetze autonom. Die Mitglieder universitärer Kollegialorgane waren weisungsfrei. Nähere Bestimmungen enthielt das Universitätsgesetz 2002 (UG).

Das AKH fiel als öffentliche Krankenanstalt und als Universitätsklinik – ebenso wie das LKH–Universitätsklinikum Graz und das LKH Innsbruck – in den Anwendungsbereich sowohl des Krankenanstaltenrechts als auch des Universitätsrechts.

(2) Beide Rechtsbereiche verpflichteten Krankenanstaltenträger und Universität zur Zusammenarbeit. Grundsätzliche Verpflichtungen (etwa die gegenseitige Berücksichtigung von Interessen) waren gesetzlich (im KAKuG und im UG) festgelegt, im Übrigen verwies der Gesetzgeber die Träger auf eine vertragliche Regelung:

- Das KAKuG bestimmte, dass der Krankenanstaltenträger bei Errichtung und Betrieb von Universitätskliniken die Erfordernisse von Forschung und Lehre zu berücksichtigen und darüber eine Vereinbarung mit dem Träger der medizinischen Universität zu treffen hatte (§ 3c KAKuG).
- Gemäß UG erfüllten die Medizinischen Universitäten ihre Forschungs- und Lehraufgaben im klinischen Bereich auch im Zusammenwirken mit öffentlichen Krankenanstalten. Sie waren verpflichtet, mit dem Krankenanstaltenträger eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit beim Betrieb der Krankenanstalt zu treffen,² und berechtigt, sich an einer Gesellschaft zur Führung des Betriebs der Krankenanstalt zu beteiligen.³
- Die organisatorischen Gliederungen des klinischen Bereichs waren aufeinander abzustimmen.
- Die Medizinischen Universitäten hatten ihre Ärzte zu beauftragen, an der Erfüllung der Aufgaben des klinischen Bereichs der Krankenanstalten mitzuwirken. Diese Mitwirkung war dann dem Krankenanstaltenträger und nicht der Universität zuzurechnen.⁴

(3) Die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit zwischen Universität und Krankenanstaltenträger galt auch für die beiden anderen öffentlichen Universitätskliniken in Österreich (Graz und Innsbruck) sowie für Universitätskliniken im internationalen Umfeld. Ein Vergleich mit diesen Einrichtungen zeigte kein einheitliches Bild:

² § 29 Abs. 5 UG

³ § 29 Abs. 3 UG

⁴ § 29 Abs. 4 UG

Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

- In der Steiermark schlossen am 17. Dezember 2010 die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. und das Rektorat der Medizinischen Universität Graz eine Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit ab. Darin waren u.a. eine gemeinsame Budgetierung und ein gemeinsames Führungsgremium vorgesehen.
- In Tirol gelang eine Zusammenarbeitsvereinbarung nicht. Nach einem Rechtsstreit schlossen das Land Tirol und der Bund 2012 einen Vergleich über den klinischen Mehraufwand ab.⁵
- International gab es sowohl Integrationsmodelle (Betrieb unter einer gemeinsamen Rechtsträgerschaft) als auch Kooperationsmodelle.⁶ Aufgrund unterschiedlicher Kompetenzlagen und Finanzierungssysteme⁷ waren unmittelbare Schlussfolgerungen für das AKH schwierig.

3.2 Der RH wies darauf hin, dass eine Zusammenarbeit des Bundes und der Stadt Wien sowohl gesetzlich vorgesehen als auch sachlich unabdingbar war.

Aus den Vorgaben für die Zusammenarbeit ergab sich einerseits ein gewisser Zielkonflikt (die Stadt Wien war für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenanstalten zuständig, der Bund bzw. die Medizinische Universität Wien für die Erreichung von Forschungs- und Lehrzielen), andererseits aber auch der Auftrag, die gegenseitigen Interessen zu berücksichtigen und den jeweils anderen Partner bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen.

Die Umsetzung dieses Auftrags im Rahmen der betrieblichen Gegebenheiten des AKH war eine gestalterische Aufgabe der Stadt Wien und der Medizinischen Universität Wien: Aufgrund der zwischen den österreichischen Universitätskliniken sehr unterschiedlichen Regelungen und der schon im Hinblick auf die Finanzierungs- und Kompetenz-

⁵ Dessen Bestandteil war eine Neuverhandlung des klinischen Mehraufwands bis zum Jahr 2015 mit dem Ziel, eine weiterführende nachhaltige Lösung und eine Gleichstellung des AKH Wien, des LKH Graz und des LKH Innsbruck ab dem 1. Jänner 2016 umzusetzen.

⁶ Das Kooperationsmodell war z.B. in Deutschland in Baden-Württemberg, Hessen und Bayern, das Integrationsmodell in Berlin, Thüringen und Hamburg umgesetzt.

⁷ Die spezifische Herausforderung, dass nach der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung eine Gebietskörperschaft zur Forschungsfinanzierung und eine andere für die Finanzierung der Krankenanstalten zuständig war, stellte sich z.B. in Deutschland nicht (dort waren beide Aufgaben Landesangelegenheit). In Ländern, in denen die Forschungsaufgaben überwiegend durch private Geldgeber finanziert werden oder die Patientenversorgung kostendeckend leistungsorientiert vergütet wird, ergaben sich andere Probleme.

lage geringen internationalen Vergleichbarkeit stand ein klares Best-practice-Modell nicht zur Verfügung.

Der RH analysierte daher im Folgenden die bisherigen Bemühungen um eine optimierte Zusammenarbeit (TZ 4), die zur Zeit der Geburtsüberprüfung bestehenden Regelungen (TZ 5 und 6) und die Rahmenbedingungen für die weitere Zusammenarbeit (TZ 7). Nach der Darstellung der Konsequenzen der bestehenden Rahmenbedingungen für den Leistungsauftrag, die finanziellen Rahmenbedingungen und die Personalwirtschaft des AKH finden sich zusammenfassende Überlegungen für die zukünftige Zusammenarbeit.

Bisherige Bemü- hungen um eine optimierte Zusam- menarbeit

4.1 (1) Trotz über mehr als 25 Jahre andauernder Bemühungen gelang keine gemeinsame Betriebsführung zwischen Bund und Stadt Wien. Bereits im Jahr 1987, somit mehrere Jahre vor der Inbetriebnahme des AKH-Neubaus, gab es Überlegungen seitens der für die Errichtung des AKH geschaffenen ARGE AKH, eine eigene Betriebsgesellschaft zu gründen. Ein Verhandlungsteam legte verschiedene Vertragsentwürfe vor, die aber nicht realisiert wurden. Die Stadt Wien schuf 1989 eine eigene Magistratsabteilung für den Betrieb des AKH.

(2) Im Jahr 1990 erarbeiteten der Bund und die Stadt Wien einen weiteren Vertragsentwurf. Dieser sah eine „Bund–Stadt Wien–Kommission“ als gemeinsames Entscheidungsgremium vor.⁸ Über konkrete Regelungen zu Leistungen, Personal und Finanzen konnte jedoch keine Einigung erzielt werden; letztlich trat der Vertragsentwurf nicht in Kraft. Über die Finanzierung des klinischen Mehraufwands entschied 1991 der VfGH.

(3) Ein Arbeitsübereinkommen der Wiener Stadtregierung vom November 1996 sah die Ausgliederung des AKH Wien aus dem Krankenanstaltenverbund (KAV) und die Bildung einer eigenen Gesellschaft vor. Die daraufhin eingesetzte Arbeitsgruppe erarbeitete bis September 1997 ein 13-Punkte-Programm als weitere Diskussionsgrundlage. Einen konkreten Vorschlag machte die Arbeitsgruppe⁹ aufgrund höchst unterschiedlicher Auffassungen über die Notwendigkeit und die Vor- und Nachteile einer Ausgliederung in Form einer Gesellschaft nicht.

⁸ Dieses war letztlich als Beratungsgremium konzipiert, bei Uneinigkeit hatten die einzelnen Organe jeweils selbstständig zu entscheiden.

⁹ Der Arbeitsgruppe gehörten Mitarbeiter folgender Institutionen an: Magistratsdirektion Verfassungs- und Rechtsmittelbüro, AKH–Verwaltungsdirektion, BM für Wissenschaft und Verkehr, Medizinische Fakultät, BM für Finanzen, BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

(4) Im Jahr 1999 begann erneut ein Rechtsstreit über die Finanzierung beim VfGH. Er endete durch einen Vergleich im Jahr 2000, in dem auch weitere Verhandlungen über eine Aufgabenausgliederung in Form einer Betriebsführungsgesellschaft festgelegt wurden. Im November 2001 besprachen der Bund und die Stadt Wien, dass das AKH ab dem Jahr 2004 mit einer Betriebsführungsgesellschaft in der Rechtsform einer GmbH geführt werden sollte. Im Sommer 2003 berieten Arbeitsgruppen die prioritären Bereiche einer Zusammenarbeitsvereinbarung und die weitere Vorgehensweise. Zur tatsächlichen Errichtung der Betriebsführungsgesellschaft kam es nicht.

(5) In den Jahren 2004 und 2005 traten erneut Meinungsverschiedenheiten über den klinischen Mehraufwand auf. Intensive Verhandlungen führten am 6. Juni 2005 schließlich zu einer grundlegenden Einigung. Sie sah vor, dass bis März 2006 Vorschläge für eine gemeinsame Betriebsführungsgesellschaft vorzulegen wären. Dazu lag auch ein Arbeitspapier vor;¹⁰ eine Betriebsführungsgesellschaft entstand abermals nicht.

(6) Die Teilunternehmung AKH und die Stadt Wien selbst befassten sich auch außerhalb der Verhandlungen mit dem Bund bzw. der Medizinischen Universität Wien mit alternativen Formen der Betriebsführung. Sie erarbeiteten 2004 einen Businessplan für eine AKH-Wien GmbH, befassten sich 2007 mit Themenschwerpunkten wie Finanzen und Personal und entwickelten im Jahr 2008 einen Entwurf für eine Zusammenarbeitsvereinbarung, der detaillierte Regelungen z.B. für Fragen der Personalwirtschaft enthielt. Schließlich lagen 23 – mit externer Unterstützung erstellte – gesellschaftsrechtliche Varianten und Gutachten zu verschiedenen Sonderfragen (z.B. Personal, Steuern etc.) vor. Eine gemeinsame Betriebsführung bzw. Trägerschaft würde danach eine Kombination aus einer Vereinbarung nach Art. 15a B-VG, aus gesetzlichen Begleitmaßnahmen (z.B. Ausgliederungsgesetzen, dienstrechtlichen Begleitmaßnahmen) und privatrechtlichen Vereinbarungen erfordern. Für mehrere dieser Rechtsakte lagen bereits konkrete Entwürfe vor.

¹⁰ Dem RH lag ein Papier vom 25. September 2006 vor, wonach die Gründung einer Betriebsführungsgesellschaft außerhalb der derzeitigen KAV-Strukturen angestrebt werde. Eine AKH-Betriebsführungsgesellschaft sollte Parallelaktivitäten reduzieren, Synergien nutzen und dadurch Ressourcen sparen.

Die Medizinische Universität Wien führte ihrerseits in ihren Wissensbilanzen aus, sie sei weiterhin an einer gemeinsamen Betriebsführung interessiert, erkenne jedoch dazu keine Bereitschaft der Stadt Wien.

(7) Prüfungen des Kontrollamtes der Stadt Wien ergaben, dass seitens der Stadt Wien für die Überlegungen zur Optimierung der Betriebsform von 2002 bis 2011 externe Aufwendungen von rd. 1,07 Mio. EUR entstanden waren.

Die Medizinische Universität Wien erklärte auf Nachfrage des RH, dass keine externen Aufwendungen für Rechtsgutachten oder Beratung entstanden waren.

Beide Seiten hatten erhebliche interne Ressourcen auf die Überlegungen verwendet.¹¹

4.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Bemühungen um eine gemeinsame Betriebsführung trotz des Einsatzes erheblicher Ressourcen seit 25 Jahren erfolglos geblieben waren. Nach Ansicht des RH war dies auf zwei Faktoren zurückzuführen:

- Die verhandlungsführenden Stellen hatten maßgebliche Faktoren für die tatsächliche Umsetzung ihrer Konzepte (z.B. die Zielsetzung der politischen Entscheidungsträger) nicht ausreichend in systematischer Form berücksichtigt (z.B. durch Instrumente des Projektmanagements wie klare Projektaufträge, Umfeldanalysen, Projektkommunikation oder Risikomanagement).
- Weiters waren die Bemühungen um eine geeignete rechtliche Struktur von den Verhandlungen über die Finanzierung häufig getrennt. So scheiterte die Rechtsform an einer fehlenden Einigung über Finanzierung, während umgekehrt die Einigungen über die Finanzierung jeweils die Entscheidungen über die Rechtsform auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, bei künftigen Verhandlungen für eine verbesserte Zusammenarbeit beim Betrieb des AKH die für eine tatsächliche Umsetzung maßgeblichen Faktoren frühzeitig zu berücksichtigen und die

¹¹ In der Teilunternehmung AKH lagen für einige interne Ressourcen (insbesondere die Stabstelle Betriebsentwicklung) ebenfalls Aufzeichnungen über Kosten für die Vorbereitung einer Veränderung der Rechtsträgerschaft des AKH vor (insgesamt rd. 1 Mio. EUR). Andere interne Bereiche (z.B. die Rechtsabteilung) führten keine entsprechenden Aufzeichnungen. Auch die Medizinische Universität Wien führte keine derartigen Aufzeichnungen, weshalb der RH auf eine Schätzung der internen Kosten verzichtete.

Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

rechtlichen Strukturen der Zusammenarbeit gemeinsam mit den Eckpunkten der Finanzierung zu verhandeln.

4.3 (1) *Die Stadt Wien und die Medizinische Universität Wien führten beide aus, dass im Juni 2012 vom BMWF, der Stadt Wien und dem KAV als Projektauftraggeber ein Projekt freigegeben worden sei, das unter der Bezeichnung „Universitätsmedizin Wien 2020“ geführt werde. Ziel dieses Projekts sei u.a. auch, die Anforderungen an ein Betriebsführungsmodell zu definieren, ein geeignetes Betriebsführungmodell auszuwählen, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, sowie die Form der künftigen Zusammenarbeit festzulegen. Die Empfehlung des RH werde somit umgesetzt.*

(2) Das BMWF sprach sich für die Umsetzung der Empfehlung des RH aus. Zur Kritik, dass in den vergangenen 25 Jahren keine gemeinsame Betriebsführung gelungen war, führte das BMWF aus, dass diese „zu keinem Zeitsegment der vergangenen 25 Jahre konkret angestrebt oder rechtlich zulässig“ gewesen wäre.

(3) Die Medizinische Universität Wien brachte ihr Bedauern zum Ausdruck, dass der RH den involvierten Rechtsträgern zwar in insgesamt 40 Punkten eine verbesserte Zusammenarbeit empfahl, sich aber zur Empfehlung, eine gemeinsame Betriebsführungsgesellschaft für das AKH zu errichten, nicht durchgerungen habe. Ohne eine solche Gesellschaft werde aber keine Entscheidungs- und Verantwortungskongruenz erreicht werden. Wesentliche Aspekte des Personalwesens könnten nur unzureichend erfasst werden. Ein reiner Zusammenarbeitsvertrag stärke nicht das Zusammenarbeitsgefühl für den Gesamtbetrieb, so dass jeder Partner versuchen werde, aus dem Vertrag für sich das Optimale herauszuholen.

4.4 (1) Der RH begrüßte die Zustimmung zu seiner Empfehlung durch alle Berichtsadressaten und den Umstand, dass die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien die Umsetzung zahlreicher Empfehlungen planten bzw. bereits bearbeiteten.

(2) Angesichts der vom RH ausführlich dargestellten Bemühungen zur Umsetzung einer gemeinsamen Betriebsführung (u.a. der Zusage des BMWF in der Leistungsvereinbarung mit der Medizinischen Universität Wien, eine solche anzustreben), konnte er die Aussage des BMWF, wonach eine gemeinsame Betriebsführung „zu keinem Zeitsegment der vergangenen 25 Jahre konkret angestrebt oder rechtlich zulässig“ gewesen wäre, nicht nachvollziehen.

(3) Zu den Ausführungen der Medizinischen Universität Wien über die Notwendigkeit einer Betriebsführungsgesellschaft merkte der RH Folgendes an:

Nach Ansicht des RH ist die Einrichtung einer Gesellschaft für sich genommen noch keine Lösung für die vom RH beschriebenen Problemstellungen. Die Frage der rechtlichen Ausgestaltung der Zusammenarbeit und insbesondere die Gründung bzw. Ausgestaltung einer gemeinsamen Betriebsführungsgesellschaft sind weniger eine Voraussetzung, sondern eher eine Konsequenz der gewählten Lösungen. Wesentliche Fragen wären zu klären, bevor eine entsprechende rechtliche Ausgestaltung definiert werden kann:

- Dies betrifft z.B. die Frage, ob die finanzielle Steuerung des AKH durch einen Träger erfolgen soll und die Beziehungen zu den anderen Beteiligten durch klare vertragliche Leistungen und Gegenleistungen zu regeln sind, oder ob eine gemeinsame Steuerung erfolgen soll (siehe TZ 23).
- Ebenso ist die Bereitschaft bzw. rechtliche Möglichkeit der Übertragung von personalwirtschaftlichen Entscheidungskompetenzen aus dem Bund bzw. der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien eher eine Vorfrage als eine Konsequenz der Gründung einer Betriebsführungsgesellschaft (siehe TZ 33 ff.).
- Eine gemeinsame Betriebsführungsgesellschaft kann sehr unterschiedlich ausgestaltet sein, von einem wirklichen Krankenanstaltsenträger über eine reine „shared services“-Einheit zur Unterstützung der an der Zusammenarbeit im AKH beteiligten Rechtsträger (z.B. durch ein gemeinsames Facility Management, eine EDV-Abteilung oder eine Personalverrechnung) bis hin zu einer reinen Hülle ohne tatsächliche Nutzung.

Diese noch offenen Fragen bieten der politischen Willensbildung einen so großen Spielraum für die sachliche Ausgestaltung der zukünftigen Zusammenarbeit, dass eine vorweggenommene Beurteilung der dafür optimalen Rechtsform im Rahmen der Gebarungsüberprüfung des RH nicht möglich bzw. nicht geboten war. Der RH definierte daher die inhaltlich zu erarbeitenden Instrumente der Zusammenarbeit, nicht jedoch die dazu erforderlichen rechtlichen Lösungswege.

Dessen ungeachtet wies der RH darauf hin, dass er sich keineswegs gegen eine gemeinsame Betriebsführungsgesellschaft ausgesprochen hatte. Vielmehr wies der RH insbesondere im Personalbereich (TZ 33) darauf hin, dass eine konsequente Lösung der vom RH aufgezeigten Probleme eine gemeinsame Betriebsführung erfordern würde.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

Bestehende
Regelungen

5.1 (1) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es rd. 20 Verträge und Vereinbarungen, die Elemente der Zusammenarbeit zwischen der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien im AKH regelten. Die folgende Übersicht zeigt die aus Sicht des RH wichtigsten Vereinbarungen:¹²

¹² Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien enthielten auch andere Verträge, z.B. der Technische Betriebsführungsvertrag, der Angliederungsvertrag mit dem St. Anna Kinderspital oder der Vertrag über die Einräumung eines Superädifikatsrechts zum Zwecke der Erforschung von molekularbiologischen medizinischen Methoden am Gelände des AKH zwischen der Stadt Wien und der Österreichischen Akademie der Wissenschaften.

Tabelle 2: Auswahl der im Jahr 2012 geltenden Regelungen zur Zusammenarbeit

Datum	Vereinbarung	Themenbereich
1975	Syndikatsvertrag	auftraggeberseitige Grundlage für die Baubeauftragung (Gründung der ARGE AKH)
1982	Baubeauftragungsvertrag	abgelöst durch Totalübernehmervertrag
1991	Technischer Betriebsführungsvertrag	Vertrag zwischen Stadt Wien und VKMB über die Instandhaltung und Wartung
2006	Totalübernehmervertrag (TÜV)	Ablöse Baubeauftragungsvertrag 1982, Festlegung der Fertigstellung des AKH bis 2010
2006	Abwicklung Zahlungsverkehr der ARGE AKH	Detailregelungen zum TÜV
2006	Geschäftsordnung des Projektausschusses der ARGE AKH gemäß TÜV	Detailregelungen zum TÜV
2006	Beauftragung begleitende Kontrolle	Detailregelungen zum TÜV
2006	Umlaufbeschluss ARGE AKH 2006	Restfertigstellung AKH
2005	Politische Vereinbarung Bund/Stadt Wien über finanzielle Rahmenbedingungen für das AKH Wien	Grundlage für klinischen Mehraufwand, paktierte Investitionen und laufende Betriebsführung 2005 bis 2015
2005	Umsetzungsvereinbarung Bund/Stadt Wien	Umsetzung der Politischen Vereinbarung
2005	Umsetzungsvereinbarung Bund/Medizinische Universität Wien	Umsetzung der Politischen Vereinbarung
2005	Umsetzungsvereinbarung Stadt Wien/Medizinische Universität Wien	Umsetzung der Politischen Vereinbarung
2003	Vereinbarung betreffend Sondermittelbedienstete	Regelung des Übergangs von mehreren hundert Bediensteten durch die Auflösung der Teilrechtsfähigkeit der Kliniken
2000	Geschäftsordnung Arzneimittelkommission	Entscheidungen über die Auswahl bzw. die Beschaffung von Arzneimitteln
2004	Geschäftsordnung Primärärztekollegium	alle die Patientenversorgung betreffenden Agenden
2004	Geschäftsordnung kollegiale Führung	Leitung der Krankenanstalt (Rektorat mit beratender Stimme vertreten)
2007	Geschäftsordnung der Kommission für Paktierte Investitionen	Entscheidungen über die Priorisierung von Investitionsprojekten
2007	Geschäftsordnung Implantate-Kommission	Entscheidungen über die Auswahl bzw. die Beschaffung von Implantaten
2007	Geschäftsordnung Medizinproduktekommission	Entscheidungen über die Auswahl bzw. die Beschaffung von Medizinprodukten
2008	Geschäftsordnung Hygieneteam	Entscheidungen über die Hygiene betreffende Angelegenheiten
2008	gegenseitige Nutzung von Glasfaserkapazitäten und WLAN	Detailregelungen zur Nutzung von EDV-Ressourcen

Anmerkung:

- Verträge, die sich auf Bau und Fertigstellung des AKH beziehen
- Verträge, die sich auf grundsätzlicher Ebene mit der Zusammenarbeit bei der Betriebsführung befassen
- Detailregelungen dazu

Quelle: Teilunternehmung AKH

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

(2) Eine Reihe von Regelungen (blau markiert) stand im Zusammenhang mit der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bereits weitgehend abgeschlossenen Neuerrichtung des AKH.¹³

Die politische Vereinbarung vom 6. Juni 2005 und die Umsetzungsvereinbarungen dazu (grün markiert) regelten insbesondere die Höhe des laufenden klinischen Mehraufwands und der paktierten Investitionen in den Jahren 2007 bis 2015 sowie die grundlegende Pflicht der Medizinischen Universität Wien, das ärztliche Personal zur Verfügung zu stellen.

Zahlreiche Vereinbarungen (grau markiert) konkretisierten einzelne operative Teilespekte der Zusammenarbeit:

- Eine gemeinsame Kommission plante Investitionsvorschläge.
- Eine begleitende Kontrolle prüfte paktierte Bau- und Haustechnikprojekte.
- Ein Kontrollbeirat überprüfte die Verwendung bestimmter Mittel für Sondermittelbedienstete.
- Im „Primärärztekollegium“ befassten sich u.a. die Klinikleiter, der ärztliche Direktor und der Rektor der Medizinischen Universität Wien mit Agenden der Patientenversorgung.
- Im Hygieneteam, in der Arzneimittel- und der Implantate-Kommision kooperierten Vertreter des AKH und der Medizinischen Universität Wien.
- Die gegenseitige Nutzung von Glasfaserkapazitäten bzw. der WLAN-Struktur im AKH oder die Meldung neu eingestellter Mitarbeiter der Medizinischen Universität Wien an das AKH zur Ausstellung von Zutrittskarten waren jeweils gesondert geregelt.

¹³ Der Syndikatsvertrag zwischen der Republik Österreich und der Stadt Wien aus dem Jahr 1975 stellte seitens des Auftraggebers die Vertragsgrundlage zur Bildung einer Arbeitsgemeinschaft und Finanzierung des Neubaus des AKH Wien dar. Der Baubeauftragungsvertrag zum Neubau des AKH stammte vom 29. Juli 1982. Er war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht mehr wirksam, sondern für die Restfertigstellung des AKH aufgrund der Vereinbarung vom 6. Juni 2005 in ein Totalübernehmerverhältnis mit der VAMED inkorporiert worden. Dieser Totalübernehmervertrag war durch mehrere operative Vereinbarungen ergänzt worden, z.B. bezüglich der Abwicklung des Zahlungsverkehrs. Weitere Vereinbarungen betrafen die Einrichtung eines Projektausschusses und einer begleitenden Kontrolle.

(3) Auch das KAKuG und das UG enthielten Einzelvorgaben zur Zusammenarbeit, z.B.:

- Der Rektor der Medizinischen Universität Wien war den Sitzungen der kollegialen Führung des AKH mit beratender Stimme beizutreten.¹⁴
- Die Anstaltsordnung des AKH hatte die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen; vor ihrer Genehmigung war das Rektorat zu hören.¹⁵
- Das Rektorat gehörte der Kommission für Qualitätssicherung des AKH an.¹⁶
- Die Arzneimittelkommission des AKH musste gewährleisten, dass die Medizinische Universität Wien ihre Führungs- und Lehraufgaben uneingeschränkt erfüllen konnte.¹⁷

(4) Neben den von ihren Dienstgebern oder den gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgegebenen Formen der Zusammenarbeit nutzten Mitarbeiter der Medizinischen Universität Wien und des AKH auch andere Möglichkeiten. So hatten rd. 30 Vereine¹⁸ ihre Postadresse im AKH. Das AKH führte darüber eine Liste, wobei nicht in allen Fällen Informationen über Vereinszweck und Aktivitäten vorlagen. Soweit Mitarbeiter in den Vereinen Nebenbeschäftigungen nachgingen, war davon lediglich die Medizinische Universität Wien als Dienstgeber informiert (siehe TZ 45).

5.2 Der RH hielt kritisch fest, dass sich die Regelungen über die Zusammenarbeit als Gemengelage von rd. 20 Verträgen und gesetzlichen Einzelbestimmungen darstellten und entsprechend komplex waren. Darin normierte Prozesse, Gremien und Inhalte betrafen häufig nur fragmentierte Teilespekte der Betriebsführung. Hinzu kam die Möglichkeit der Mitarbeiter, z.B. über Vereine andere Formen der Zusammenarbeit zu suchen. Darin sah der RH – insbesondere im Hinblick auf die nur unvollständigen Informationen des AKH über die Aktivitäten der Vereine – das Risiko, dass die beteiligten Rechtsträger keine umfassende strategische Steuerung der Zusammenarbeit vornehmen konnten.

¹⁴ § 6a KAKuG, § 11 Abs. 5 Wr. KAG, § 2 Abs. 1 GO kollegiale Führung

¹⁵ § 6 Abs. 4 KAKuG

¹⁶ § 5b Abs. 4 KAKuG

¹⁷ § 19a Abs. 3 Z 4 KAKuG

¹⁸ z.B. Verein für Wissenschaft und Forschung in Anästhesiologie und Schmerzmedizin, Österreichische Kardiologische Gesellschaft etc.

Zur Zeit der Geburungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, eine Konsolidierung der geltenden Verträge durchzuführen und die fragmentierten Regelungen über Einzelbereiche durch einen umfassenden Zusammenarbeitsvertrag zu ergänzen.

5.3 (1) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, die Empfehlung des RH werde im Rahmen des Projekts „Universitäts-medizin Wien 2020“ Berücksichtigung finden.

(2) Das BMWF wies darauf hin, dass sich die fragmentierte Natur der Vereinbarungen aus den jeweils geltenden Zuständigkeiten und der jeweils geltenden Rechtsform ergeben habe. Die Vereinbarung vom 6. Juni 2005 sei aus einem Vergleich entstanden, der ein Verfahren zwischen der Stadt Wien und dem Bund vor dem Verfassungsgerichtshof beendet habe. Die vom RH empfohlene Konsolidierung sollte in Form des im UG vorgesehenen Zusammenarbeitsvertrags erfolgen.

Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben

6.1 (1) Das KAKuG und das UG enthielten eine Verpflichtung zum Abschluss einer Zusammenarbeitsvereinbarung. Zum Inhalt dieser Vereinbarung bestanden folgende Einzelvorgaben (§ 29 Abs. 5 UG):

- Die Vereinbarung sollte auch die wechselseitigen Leistungen und deren Bewertung enthalten.
- Die Universität sollte vereinbaren, dass Universitätsangehörige, bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit, mindestens 30 % der Normalarbeitszeit für Lehre und Forschung verwenden sollten.¹⁹

(2) Das Kernstück der Regelungen zur laufenden Betriebsführung bildete die Vereinbarung zwischen dem Bund und der Stadt Wien über die finanziellen Rahmenbedingungen für das AKH Wien vom 6. Juni 2005.²⁰ Sie sollte die gemeinsamen finanziellen und rechtli-

¹⁹ in einem Durchrechnungszeitraum von 26 Wochen (§ 29 Abs. 5 UG)

²⁰ Dieser Vertrag wurde von den beiden ressortzuständigen Stadträten bzw. Bundesministern unterzeichnet. Die Vereinbarung war bis 2015 wirksam (und konnte bis 2017 verlängert werden, wobei konkrete Vereinbarungen zu den Investitionen nur bis zum Jahr 2015 vorhanden waren). Die Umsetzungsvereinbarungen enthielten grundsätzlich keine wesentlichen Konkretisierungen. Anzumerken war jedoch, dass der Bund gegenüber der Medizinischen Universität Wien immer den gleichen Betrag des klinischen Mehraufwands schuldete. Demgegenüber konnte die Medizinische Universität Wien ab dem Jahr 2009 den Betrag um 2 % p.a. reduzieren. Die Differenz blieb somit der Medizinischen Universität Wien (siehe auch TZ 29).

chen Rahmenbedingungen langfristig sicherstellen und enthielt insbesondere die folgenden Regelungen:

- Die Medizinische Universität Wien hatte die Ärzte zur Verfügung zu stellen, die Stadt Wien das sonstige Personal.
- Die Vertragspartner legten die laufenden Investitionen zur Erhaltung und Fortführung des bestehenden Standards im AKH für die Jahre 2007 bis 2015 mit insgesamt 600 Mio. EUR fest.
- Weiters vereinbarten sie die Höhe des laufenden klinischen Mehraufwands bis 2015.
- Sie hielten weiters fest, dass auch organisatorische Entwicklungen nötig waren. Eine Arbeitsgruppe sollte im Jahr 2006 Vorschläge für eine gemeinsame Betriebsführung vorlegen.

Wesentliche Elemente der Betriebsführung fehlten:

- Zum Leistungsauftrag waren nur eine „Orientierung am Vollbetrieb“ und die Durchführung regelmäßiger Gespräche vorgesehen.
- Hinsichtlich des einzusetzenden Personals war nicht geregelt, wie viele Ärzte die Medizinische Universität Wien zur Verfügung zu stellen hatte, bzw. wie viele Personen die Stadt Wien beim sonstigen Personal.
- Eine Regelung der Gesamtfinanzierung des laufenden Betriebs (also der insgesamt zur Verfügung zu stellenden Ressourcen der Stadt Wien bzw. des Bundes) war nicht enthalten.
- Gemeinsame Führungsgremien, Entscheidungsprozesse und -fristen oder Verfahren zur Streitschlichtung waren nicht vereinbart.

Im Übrigen sicherte weder die Medizinische Universität Wien zu, mit ihrem Personal keine anderen Krankenanstalten zu betreuen, noch sicherte das AKH zu, die Räume und Betriebsmittel des AKH keinen anderen Ärzten zur Verfügung zu stellen.

6.2 Der RH erkannte, dass der Bund und die Stadt Wien eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit im AKH getroffen hatten. Er kritisierte jedoch, dass diese Vereinbarung zur Betriebsführung aus 2005 nur einzelne Elemente (insbesondere die paktierten Investitionen und den laufenden klinischen Mehraufwand) umfassend regelten. Ein inhaltlicher Leistungsauftrag, eine umfassende Regelung der Personalbereit-

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

stellung (z.B. Personalbedarfsplanung, Abstimmung von Dienstzeiten etc.) sowie eine Regelung der Gesamtfinanzierung und von Entscheidungsgremien fehlten.

Während die organisatorische und personelle Struktur von Medizinischer Universität Wien und Krankenanstalt schon durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen untrennbar verwoben waren, blieben Entscheidungs- und Finanzierungsstrukturen sowie die Personalbereitstellung und die Leistungssteuerung getrennt.

Der RH war daher der Ansicht, dass die derzeitigen Regelungen den gesetzlichen Auftrag zum Abschluss einer Zusammenarbeitsvereinbarung nicht ausreichend erfüllten.

Er empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die bestehenden Verträge zur Zusammenarbeit um Vereinbarungen über Art und Umfang der Leistungen des AKH, die Gesamtfinanzierung, die Personalbereitstellung und Entscheidungsgremien zu ergänzen.

6.3 (1) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, die Empfehlung des RH werde im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ Berücksichtigung finden. Darin seien eine strategische Leistungsplanung, eine Personalplanung und die Auswahl eines geeigneten Betriebsführungsmodells mit Bezugnahme auf die erforderlichen Entscheidungsgremien vorgesehen.

Die Erarbeitung einer Finanzierungsvereinbarung sei jedoch nicht Teil des Projekts, diese werde zwischen dem Bund und der Stadt Wien geregelt werden. Die Stadt Wien wies diesbezüglich darauf hin, dass das LKH Universitätsklinikum Graz die Empfehlung ausgesprochen habe, dieses Thema unbedingt auf der Ebene Bund und Stadt Wien abzuwickeln.

(2) Das BMWF stimmte dem RH zu, dass die genannten Themenbereiche Bestandteil eines Zusammenarbeitsvertrags nach § 29 Abs. 5 UG 2002 sein sollten. Zur Entstehung der bestehenden, unvollständigen Vertragslage wies das BMWF erneut darauf hin, dass die Vereinbarung vom 6. Juni 2005 aus einem Vergleich entstanden war, der ein Verfahren zwischen dem Bund und der Stadt Wien vor dem Verfassungsgerichtshof beendet habe.

Rahmenbedingungen
für weitere Verhand-
lungen

7.1 (1) Die Rahmenbedingungen für weitere Verhandlungen zur Erarbeitung eines Zusammenarbeitsvertrags bzw. für eine optimierte Betriebsführung waren durch Unterschiede hinsichtlich der Rechtspersönlichkeit der betroffenen Parteien und der Zuständigkeitsverteilung gekennzeichnet.

(2) Die Teilunternehmung AKH besaß keine eigene Rechtspersönlichkeit.

- Sie wurde im Jahr 1989 aus der ehemaligen Magistratsabteilung 17 herausgelöst und im Rahmen der damaligen Magistratsabteilung 16 als eigenständige Abteilung etabliert.
- Im Jahr 1993 gingen die beiden genannten Magistratsabteilungen im neu geschaffenen KAV auf.

Seit der KAV im Jahr 2002 als Unternehmung ausgestaltet war, hatte das AKH Wien die Betriebsform einer Teilunternehmung des KAV.

Die Medizinische Universität Wien war dagegen als eigene Rechtsperson ausgestaltet.

- Rechtsträger der universitären Organisationseinheiten im Bereich des AKH war zunächst der Bund.
- Das UG führte zu einer Umwandlung der Kliniken von teilrechtsfähigen Anstalten des Bundes in vollrechtsfähige juristische Personen des öffentlichen Rechts.
- Im Jahr 2004 ging die Medizinische Universität Wien als eigenständige Universität aus der Universität Wien hervor.

(3) Die Zuständigkeitsverteilung der Stadt Wien orientierte sich an ihrer internen Verwaltungsorganisation, jene der Medizinischen Universität Wien an einem Vertragsverhältnis mit dem Bund:

- a) Die Direktion der Teilunternehmung AKH war als Dienststelle des Magistrats in ihre Verwaltungsorganisation eingebunden:
 - Der Gemeinderat war z.B. für die Genehmigung des jährlichen Wirtschaftsplans und des Dienstpostenplans zuständig.
 - Dem Magistratsdirektor oblag grundsätzlich die Leitung des inneren Dienstes, soweit er seine Aufgaben nicht delegiert hatte.

Zur Zeit der Geburungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

- Der Generaldirektor des KAV konnte dem Direktor der Teilunternehmung AKH und allen Mitarbeitern des KAV Weisungen erteilen und Geschäftsfälle an sich ziehen.
- Der Direktor der Teilunternehmung war für die Geschäfts- und Betriebsführung der Teilunternehmung zuständig, soweit sie nicht dem Generaldirektor oder anderen Organen zugewiesen war.²¹
- Die Leitung des AKH erfolgte durch die kollegiale Führung.²²

In allen Fragen galt ein unmittelbarer Weisungszusammenhang. Das Ausmaß der Delegation richtete sich nach der Geschäftsordnung des Magistrats und den jeweiligen Erlässen (siehe z.B. TZ 34 für Personalagenden).

b) Die Universität konnte als rechts- und geschäftsfähige juristische Person im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ihre Organisation grundsätzlich selbst bestimmen. Die Leitung und Verwaltung erfolgte durch ihre eigenen Organe (Universitätsrat, Rektorat, Rektor und Senat).²³

Dennoch kam dem BMWF weiterhin eine wichtige Rolle zu, indem es mit der für jeweils drei Jahre abgeschlossenen Leistungsvereinbarung die Grundlage für das Budget der Universität schuf.²⁴ Die Wahrnehmung der Aufgaben im Rahmen einer öffentlichen Krankenanstalt war von der Universitätsautonomie ausgenommen.²⁵ Beim Kostenerstattungssatz für den klinischen Mehraufwand wurden die medizinischen Universitäten namens des Bundes tätig.²⁶

Hinsichtlich des klinischen Mehraufwands war auch das BMF einzubeziehen. Weiters war das BMG für Systementscheidungen zum Gesundheitswesen (z.B. für berufsrechtliche Vorgaben oder für die Krankenanstaltenfinanzierung) ein maßgeblicher Partner.

²¹ Punkt 10.2.1 der Geschäftseinteilung der Unternehmung KAV

²² § 11 Wr. KAG. Ärztlicher Direktor, Verwaltungsdirektor, technischer Direktor sowie Direktion des Pflegedienstes hatten Entscheidungen gemeinsam zu treffen. Der ärztliche Direktor war im AKH personenident mit dem Direktor der Teilunternehmung AKH. Die Personal- und die Wirtschaftsabteilung waren der Direktion der Teilunternehmung, nicht der Verwaltungsdirektion zugeordnet.

²³ § 22 UG. Das Rektorat leitet die Universität und vertritt diese nach außen. Es hat alle Aufgaben wahrzunehmen, die nicht einem anderen Organ zugewiesen sind. Der Rektor erstellt z.B. den Budgetvorschlag, der zur Beratung an den Senat geht und vom Universitätsrat beschlossen wird.

²⁴ § 13 Abs. 1 UG

²⁵ § 29 Abs. 8 UG

²⁶ § 33 UG

(4) Die folgende Tabelle stellt zusammenfassend die unterschiedlichen Entscheidungsbefugnisse gegenüber:

Tabelle 3: Unterschiedliche Entscheidungsbefugnisse von Medizinischer Universität Wien und Krankenanstaltenträger			
Aufgabe	Beispiele	Zuständigkeit Universität	Zuständigkeit Krankenanstalt
Rahmen-vorgaben	Gesetze, Vereinbarung des klinischen Mehraufwands	Nationalrat, BMWF , BMF, BMG	Gemeinderat, Bürgermeister, Stadträtin
politische Führung	Festlegung Leistungs-auftrag, Prioritätensetzung	Leistungsvereinbarung BMWF -Universität, Umsetzung durch den Rektor	Stadträtin (direktes Weisungsrecht an KAV und AKH)
strategische Führung	Zentrenbildung, medizinisches Leistungs-spektrum, Zielverein-barungen	Universität handelt autonom, vertreten durch den Rektor	Generaldirektion des KAV (direktes Weisungsrecht), Direktor Teilunternehmung
operative Führung	Personalentscheidungen, Budgetüberwachung, OP-Management, Journal-dienste, Ambulanzzeiten etc.)	Rektor	je nach Geschäftsverteilung Magistratsdirektor Generaldirektion KAV , Direktor Teilunternehmung , kollegiale Führung

Quelle: RH

Die Tabelle zeigt, dass die Entscheidungsbefugnisse in dreifacher Weise asymmetrisch waren:

- Erstens stand der politischen Führung des Gesundheitsbereichs der Stadt Wien aufgrund der Universitätsautonomie mit dem Rektor der Medizinischen Universität Wien in erster Linie keine politische Funktion, sondern eine fachliche Führungskraft gegenüber.
- Zweitens war der Rektor der Medizinischen Universität Wien zentrale Ansprechperson, während die Stadt Wien deutlich differenzierte Zuständigkeiten hatte: Dem Rektor stand je nach Themengebiet die Stadträtin, die Generaldirektion des KAV, der Magistratsdirektor, der Direktor der Teilunternehmung AKH oder die kollegiale Führung des AKH gegenüber.
- Drittens waren die Durchgriffsrechte der übergeordneten Funktionen sehr unterschiedlich: Während das BMWF nur alle drei Jahre durch die Leistungsvereinbarung grundlegende Vorgaben für die Führung der Medizinischen Universität Wien machte, hatte die Stadträtin jederzeit ein Weisungsrecht.

Zur Zeit der Geburungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

7.2 Für die praktische Arbeit hielt der RH die Gemengelage der Kompetenzen für erschwerend. Er kritisierte, dass die Delegation von Aufgaben auf Bundes- und Landeseite sehr asymmetrisch erfolgte.

Er empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, bei den Verhandlungen über die Optimierung der Zusammenarbeit alle beteiligten Rechtsträger bzw. maßgeblichen Hierarchie-Ebenen in eine Projektstruktur einzubinden. Dabei wären folgende Punkte zu beachten:

- Wiewohl die gesetzlich vorgesehenen Zuständigkeiten und Genehmigungswege zu beachten waren, könnte die Entscheidungsvorbereitung auch in einer Projektstruktur mit klaren Aufträgen und unter Einbindung aller Partner erfolgen.
- Die übergeordneten Bereiche (BMWFW bzw. Magistrat der Stadt Wien) sollten sich dabei auf strategische Fragen konzentrieren. So könnte die besondere Selbstständigkeit der grundsätzlich autonomen Universitäten bzw. der Unternehmung KAV berücksichtigt werden.
- Soweit für Systemänderungen andere Ministerien (z.B. BMF oder BMG) einzubinden wären (aufgrund der gesetzlichen Zuständigkeiten, aber auch aufgrund etwaiger berührter Interessen), sollte nach Auffassung des RH das BMWF in der Entscheidungsvorbereitung eine abgestimmte Position seitens des Bundes sicherstellen. Das BMWF regelte nämlich die Rahmenvorgaben für die Kooperation der Medizinischen Universität Wien mit dem AKH (z.B. durch die Leistungsvereinbarungen).

Der RH richtete im Sinne einer so ausgerichteten Entscheidungsfindung in der Folge (TZ 8 bis 58) seine Empfehlungen jeweils an das BMWF, die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien.

7.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, die Empfehlung des RH finde im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ insofern Berücksichtigung, als die Projektorganisation alle Entscheidungsträger integriere. Dies erfolge über die Berücksichtigung als Projektauftraggeber, Lenkungsausschuss bzw. Kernteam der drei Teilprojekte. Die genauen Verantwortlichkeiten seien in einem Projekt-handbuch geregelt. Auch Zwischenergebnisse würden mit dem Lenkungsausschuss und dem Projektauftraggeber regelmäßig abgestimmt.*

Unabhängig davon seien im Februar 2013 regelmäßige Gespräche zur schnellen und unbürokratischen Behandlung von Themen und für den gegenseitigen Informationsaustausch vereinbart worden. Daran näh-

men der Direktor und der stellvertretende Direktor der Teilunternehmung AKH und der Rektor sowie zwei Vizerektoren teil. Die Ergebnisse würden in kurzen Ergebnisprotokollen festgehalten.

Die Empfehlung des RH werde somit umgesetzt.

(2) Das BMWF führte aus, es könne das Bild der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, das vom RH gezeichnet werde, nicht teilen. Alleiniger Träger des AKH sei die Stadt Wien, das BMWF sei weder mittelbar noch unmittelbar an der Führung des AKH beteiligt. Es habe keinerlei rechtliche Handhabe zur Beeinflussung der Vielzahl der vom RH an die Stadt Wien, die Medizinische Universität Wien und das BMWF gerichteten Empfehlungen.

7.4 (1) Der RH begrüßte die von der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien dargestellten Sofortmaßnahmen und die projektmäßige Bearbeitung der Zusammenarbeitsthemen, wies jedoch auf seine unter TZ 57 geäußerten Hinweise zur Wahl der Themen und Voraussetzungen des Projekts hin.

(2) Zu den Ausführungen des BMWF wies der RH darauf hin, dass eine Reihe wesentlicher Verantwortungsbereiche bestehen, bei denen das BMWF aufgerufen ist, die tatsächliche Zusammenarbeit zwischen Bund und Stadt Wien im AKH entscheidend mitzugestalten. Darunter fallen z.B.

- die Entscheidung über die Einbringung der Mittel (welche Mittel des Wissenschaftsbudgets für die Medizinische Universität Wien verwendet werden);
- die Erlassung der Verordnung für den klinischen Mehraufwand, der – wie in TZ 25 näher ausgeführt – eine zentrale Bedeutung für die Finanzierung des AKH und die finanziellen Anreize für die Kooperationspartner hat;
- die Genehmigung des Zusammenarbeitsvertrags nach § 55 KAKuG oder die Verweigerung dieser Genehmigung und damit die Möglichkeit, Mindest- und Maximalinhalte dieses Vertrags entscheidend mitzubestimmen;
- Das Fungieren als Projektauftraggeber im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“, somit z.B. die Einflussnahme auf die Projektziele, die Zusammensetzung der Projektteams, die Beauftragung von Analysen, die Abnahme von Teilprojektergebnissen sowie Richtungsentscheidungen über die weitere Ausgestaltung des Projekts;

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

- die Formulierung der strategischen Zielvorgaben in der Leistungsvereinbarung für die Medizinische Universität Wien;
- die Ausübung von Befugnissen als Dienstgeber für Beamte der Medizinischen Universität Wien (z.B. des Disziplinarrechts);
- die legistische Betreuung des UG sowie das Einbringen von Positionen betreffend die Medizinische Universität Wien in Entscheidungsprozessen des Bundes (z.B. in Verhandlungen mit dem BMF und dem BMG), etwa in Sitzungen des Ministerrats.
- Weiters ist nach § 29 Abs. 8 UG die Zusammenarbeit mit dem AKH vom Bereich der Universitätsautonomie ausdrücklich ausgenommen. Damit steht diese Aufgabe der Medizinischen Universität Wien im direkten Weisungszusammenhang und in direkter Ministerverantwortlichkeit.

Somit hat das BMWF wesentliche Aufgaben in der Finanzierung, der Gestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen und der Definition der strategischen Zielsetzung im Bereich des AKH und auch wesentliche Möglichkeiten zur operativen Einflussnahme. Es ist daher von existentieller Bedeutung für das Gelingen der Zusammenarbeit zwischen dem Bund und der Stadt Wien, dass das BMWF diese Aufgaben mit aktivem und konstruktivem Gestaltungswillen wahrnimmt.

Der RH wies weiters darauf hin, dass er keineswegs alle Empfehlungen an das BMWF gerichtet hatte, ohne zu begründen, warum und in welcher Form dieses bei deren Umsetzung mitarbeiten solle. Vielmehr

- hatte er erstens unter TZ 7 (insbesondere in Tabelle 3) ausführlich dargestellt, weshalb ein Agieren der jeweiligen Rechtsträger streng innerhalb des jeweils eigenen Zuständigkeitsbereichs ohne systematische Beachtung der Auswirkungen auf die Gesamtsituation nicht erfolgversprechend war (und in den letzten 25 Jahren auch nicht zum Erfolg geführt hatte);
- hatte er zweitens deshalb eine spezifische, differenzierte Vorgehensweise empfohlen, nämlich in einer Projektorganisation gemeinsame Entscheidungen in einem gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess zu treffen und danach die Umsetzung im jeweiligen rechtlichen Rahmen vorzunehmen.

Dabei anerkannte der RH, dass das BMWF durch die Übernahme der Rolle des Projektauftraggebers im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ bereits einen wesentlichen Schritt in diese Richtung gesetzt

hatte. Dies ist auch deshalb von großer Bedeutung, weil die Aufgabe der Verbesserung der Zusammenarbeit im AKH nicht nur eine korrekte Vollziehung bestehender Vorgaben erfordert, sondern auch eine aktive (Mit)Gestaltung von Zusammenarbeitsformen und gegebenenfalls eine Anpassung der vertraglichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Dazu kommt dem BMWF als legistisch für das UG zuständigem und als Zustimmungspflichtigem Ressort für einen Zusammenarbeitsvertrag eine besondere Rolle zu. Die Übernahme von Verantwortung für die Umsetzung der Empfehlungen des RH in diesem Projekt und darüber hinaus wäre daher nur konsequent.

Der RH hielt daher an seinen Empfehlungen auch hinsichtlich ihrer Adressierung an das BMWF fest.

Leistungsauftrag AKH

Problemstellung

8.1 Da im AKH mit den bestehenden Ressourcen sowohl die Stadt Wien ihre Versorgungsaufgaben als auch die Medizinische Universität Wien ihre Aufgaben hinsichtlich Lehre und Forschung erbringen musste, war die Balance zwischen Aufgaben der Grundversorgung und akademischer „Spitzenmedizin“ für beide Rechtsträger von essentieller Bedeutung. Diese Balance war weder im Krankenanstaltenrecht noch durch die Gesundheitsplanung oder die Verträge zwischen den Rechtsträgern konkret geregelt.

- Gesetzlich war für das AKH lediglich geregelt, dass es als „Zentralkrankenanstalt“²⁷ grundsätzlich alle dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Einrichtungen vorzuhalten hatte. Wie weit auch Aufgaben der Grundversorgung zu übernehmen waren, war nicht ausdrücklich normiert.²⁸
- Die gesundheitsplanerischen Vorgaben für das AKH erfolgten im Wiener Krankenanstaltenplan auf Basis des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) Wien bzw. des Österreichischen Struktur-

²⁷ § 2a Abs. 1 lit. c KAKuG. Nach § 2a Abs. 2 KAKuG waren Krankenanstalten, die auch der Forschung und Lehre Medizinischer Universitäten dienten, Zentralkrankenanstalten.

²⁸ Dem RH lag ein Rechtsgutachten vor, das ausführte, dass Patienten grundsätzlich keinen Rechtsanspruch auf Behandlung in einem bestimmten Krankenhaus hätten. Ihr Anspruch auf Versorgung richte sich gegen das Land, das für bestimmte Versorgungsaspekte bestimmte Einrichtungen schaffen könne. Nach § 36 Wr. KAG sei bei der Aufnahme auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen Bedacht zu nehmen. Es stehe der Stadt Wien frei, ein abgestuftes Versorgungskonzept zu normieren, bei dem das AKH Aufgaben der Primärversorgung nur in eingeschränktem Umfang wahrzunehmen hätte.

plans Gesundheit (ÖSG).²⁹ Sie definierten für das AKH im Wesentlichen Bettenobergrenzen je Fachrichtung, aber keine konkreten Einzelleistungen.

- Die Vereinbarung vom 6. Juni 2005 bzw. die Umsetzungsvereinbarungen dazu regelten, dass die Medizinische Universität Wien die Ärzte im AKH und die Stadt Wien das sonstige Personal zur Verfügung stellen mussten, aber nicht, für welches Volumen und für welche Struktur der Leistungen.³⁰

8.2 Der RH wies darauf hin, dass die für die Zusammenarbeit essentielle Gewichtung zwischen Aufgaben der Grundversorgung und akademischer „Spitzenmedizin“ weder im Krankenanstaltenrecht noch durch die Gesundheitsplanung geregelt war. Damit waren für beide Rechtsträger Risiken verbunden. Die Medizinische Universität Wien trug das Risiko, dass die Stadt Wien

- Leistungen in das AKH verlagerte, für die die Medizinische Universität Wien Ärzte zur Verfügung stellen müsste,
- Leistungen reduzierte und die Medizinische Universität Wien für Zwecke der Lehre und Forschung anders Vorsorge treffen müsste,
- durch Festlegungen der Infrastruktur bzw. des medizinischen Sachaufwands (z.B. Implantate) andere Leistungen unterstützte, als dies aus akademischer Sicht anzustreben wäre.

Umgekehrt trug die Stadt Wien das Risiko, dass die Ärzte der Medizinischen Universität Wien ihre Leistungen nicht nach Versorgungsgesichtspunkten, sondern nach akademischen Kriterien ausrichteten³¹ (z.B. bei Entscheidungen, welche Patienten stationär aufgenommen

²⁹ Der Wiener Krankenanstaltenplan setzte als Verordnung im Wesentlichen die Empfehlungen des Regionalen Strukturplans um. Ein Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) lag für Wien erstmals 2009 vor, im Juni 2012 beschloss die Wiener Landesgesundheitsplattform einen neuen RSG. Der ÖSG hatte nur geringe direkte Bedeutung für die Zuordnung von Leistungen im AKH. Er regelte, dass bestimmte Leistungen nur in jenen Krankenanstalten erbracht werden durften, die dafür notwendige Strukturqualitätsmerkmale etwa im Hinblick auf die Ausstattung mit Fachpersonal und bestimmten Geräten aufwiesen. Gerade in Wien hatte diese Bestimmung für die Zuordnung bestimmter Leistungen zum AKH bzw. zu anderen Krankenanstalten des KAV jedoch nur geringe Bedeutung, da für den überwiegenden Teil der Leistungen auch diese die notwendigen Strukturqualitätskriterien aufwiesen.

³⁰ Diesbezüglich enthielt die Vereinbarung lediglich einen Verweis auf das Ziel des „Vollbetriebs“ des AKH und die Absicht, regelmäßige Gespräche zu führen.

³¹ z.B. sich auf Transplantationspatienten aus dem In- und Ausland und klinische Studien in Spezialfragen konzentrierten und Routineoperationen wie Blinddarmoperationen nicht übernahmen, bestimmte Ambulanzen nur gering besetzten etc.

oder ambulant behandelt werden). Die Stadt Wien müsste dann die Basisversorgung anderweitig sicherstellen.

In der Folge kam es immer wieder zu Auseinandersetzungen über die im AKH zu erbringenden Leistungen.³² Diese betrafen

- strategische Zielvorgaben (TZ 9),
- den Ablauf einzelner Steuerungsprozesse (TZ 10),
- den Umfang der im AKH zu erbringenden Leistungen (TZ 11 bis 14),
- die Struktur der Leistungen (TZ 15 bis 18) und
- konkrete Einzelfälle (TZ 19).

Der RH analysierte in der Folge die wesentlichen Themen der Auseinandersetzungen zwischen den Rechtsträgern näher.

Strategische Zielvorgaben

9.1 Die Medizinische Universität Wien formulierte als strategisches Ziel für den klinischen Bereich des AKH eine überregionale spitzenmedizinische Versorgung unter Wahrung eines für Lehre, ärztliche Ausbildung und Forschung erforderlichen medizinischen Spektrums sowie eine Positionierung als „Global Health Player“.³³ Eine Beteiligung an der Grundversorgung nach den Bedürfnissen der Patienten war in dieser Zielformulierung nicht enthalten.

Die Stadt Wien widmete das AKH dem Heil und Trost der Kranken.³⁴ Ziel sei es, Patienten durch herausragende Leistungen ein Höchstmaß an Heilungschancen zu bieten und führender regionaler Gesundheitsanbieter sowie europäisches Referenzzentrum für alle Diagnosen und

³² Diese gingen z.B. in den Entwicklungsplan der Medizinischen Universität Wien 2012 (veröffentlicht im Juli 2012, S. 14 ff.) ein. Demnach sollte das AKH Priorität in der Tertiärversorgung haben, es habe aber gleich viel Basis- und Schwerpunktversorgung. Die Leistungen des AKH in der Primär- und Sekundärversorgung gehörten begrenzt. Es gab kein umfassendes Zusammenarbeitspapier, das die zu erbringenden Leistungen beider Partner definierte. Das Fehlen eines definierten Versorgungsauftrags (der einer universitären Medizin gerecht wird) sei eine wesentliche Schwäche. Die Zunahme der reinen Routineversorgung gefährde die Medizinische Universität Wien (Wissensbilanz 2010, S. 27 ff.; Wissensbilanz 2011, S. 30).

³³ z.B. in der Wissensbilanz 2011, S. 2 (veröffentlicht im Juli 2012), ident in der Wissensbilanz 2010, S. 2

³⁴ Dieser Widmungsspruch (saluto et solatio aegroorum) war bereits 1784 am Torbogen des alten AKH angebracht und soll die Zuwendung zum leidenden Menschen zum Ausdruck bringen. Er war immer noch „Mission“ des AKH (Qualitätsmanagement – Handbuch).

Therapien zu sein. Es solle ein Angebot erstklassiger Grundversorgung und aller Fachgebiete, wo besondere Expertise und Ausstattung nötig sei, erfolgen. Leistungen, die von anderen gleichwertig erbracht werden könnten, würden „nicht zur Gänze“ in den Versorgungsauftrag des AKH fallen.³⁵

9.2 Der RH wies darauf hin, dass die Medizinische Universität Wien in ihrer strategischen Zielsetzung die Grundversorgung auf das nötige Ausmaß zur Wahrung eines für Lehre, ärztliche Ausbildung und Forschung erforderlichen medizinischen Spektrums beschränkt sah. Demgegenüber sah die Stadt Wien die Versorgung der Bevölkerung als wesentliches Ziel, dieses falle lediglich nicht „zur Gänze“ in den Auftrag des AKH. Der RH kritisierte, dass es den beiden Rechtsträgern nicht gelungen war, diesen – in den gesetzlichen Aufgaben begründeten – Zielkonflikt im Hinblick auf die – ebenfalls gesetzlich angeordnete – Zusammenarbeit im AKH aufzulösen und zumindest abgestimmt zu regeln.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, eine gemeinsame, aussagekräftige Zielvorgabe für die Balance von Grundversorgung und akademischer Spitzenmedizin im AKH abzustimmen.

9.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, der Medizinische Masterplan, der im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ erarbeitet werde, beinhalte die Entwicklung der Medizinischen Leistungen mit Planungshorizont bis 2020. Das so abgestimmte Leistungsspektrum enthalte sowohl die Leistungen der Grundversorgung als auch die aufgrund des Entwicklungsplans der Medizinischen Universität Wien festgelegten Schwerpunkte. Weiters solle der Medizinische Masterplan für das AKH Eingang in die strategische Gesundheitsplanung der Stadt Wien finden.*

Unabhängig davon sei seitens der Stadt Wien der Medizinischen Universität Wien im Februar 2012 der Vorschlag unterbreitet worden, die bisher mit den Klinikvorständen getrennt geführten Zielvereinbarungsgespräche künftig gemeinsam zu führen. Entsprechende Vorbereitungen der Controlling-Abteilungen seien bereits festgelegt worden.

(2) Das BMWF begrüßte die Empfehlung des RH und wies darauf hin, dass eine laufende Übernahme von Erkenntnissen der „Spitzenmedizin“ in die Routineversorgung stattfinde und zwischen der Medizinischen Universität Wien und dem Rechtsträger des AKH ein geeignetes Instru-

³⁵ Vision des AKH laut Qualitätsmanagement-Handbuch 2010, S. 27

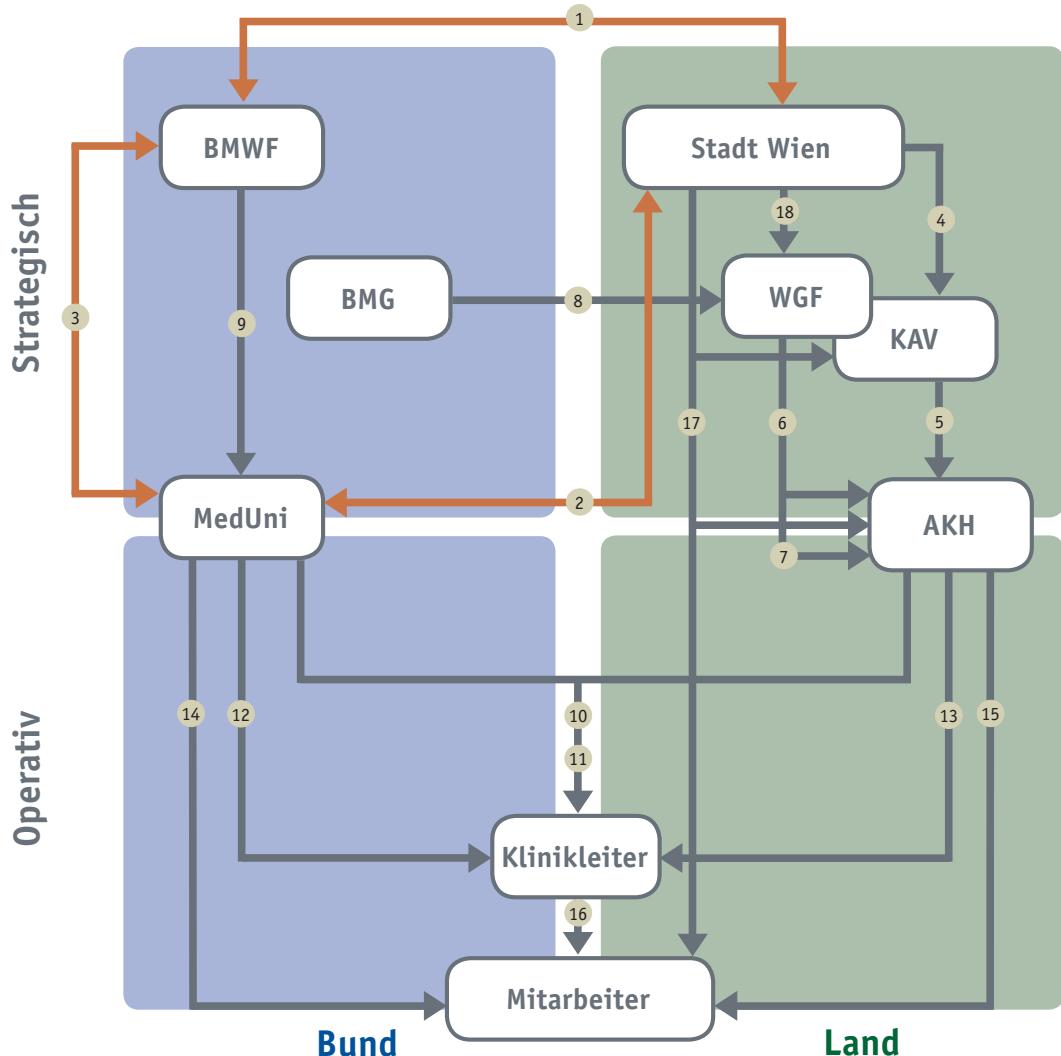
mentarium zur Berücksichtigung der laufenden Entwicklung geschaffen werden sollte.

Leistungssteuerung

10.1 (1) Das operative Leistungsgeschehen im AKH war durch eine Vielzahl von Steuerungs- bzw. Planungsprozessen beeinflusst. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick darüber:

Leistungsauftrag AKH

Abbildung 1: Steuerungs- und Planungsprozesse zur Festlegung der im AKH zu erbringenden Leistungen



Nr.	Beschreibung
1	Politische Vereinbarung vom 6. Juni 2005 sowie Umsatzvereinbarung Bund/Stadt Wien dazu
2	Umsetzungsvereinbarung zwischen MedUni und Gemeinde Wien zur politischen Vereinbarung vom 6. Juni 2005
3	Umsetzungsvereinbarung zwischen MedUni und BMWF zur politischen Vereinbarung vom 6. Juni 2005
4	Budgetvorgaben
5	Budgetvorgaben
6	Gesundheitsplanung
7	Investitionszuschüsse, Abrechnungsvorgaben
8	Mitwirkung an der Gesundheitsplanung
9	Leistungsvereinbarung
10	Balanced Scorecard
11	Abstimmungsgremien z.B. Medizinproduktekommission
12	Zielvereinbarung Universität
13	Zielvereinbarung AKH
14	Dienstaufsicht
15	Fachaufsicht ärztlicher Direktor
16	Führungsverantwortung
17	Einzelentscheidungen und Weisungen
18	Nominierung von Teilnehmern der Gesundheitsplattform

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Die Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen dem Bund und der Stadt Wien wäre die geeignete Regelungsebene für grundlegende Vorgaben über den Leistungsauftrag. Wie bereits dargestellt (TZ 6), enthielten die politische Vereinbarung vom 6. Juni 2005 und die Umsetzungsverträge dazu [1–3]³⁶ jedoch keine konkreten Leistungsvorgaben.

Die strategischen Zielvorgaben erfolgten getrennt:

- Die Stadt Wien gab dem KAV jährliche Budgetvorgaben [4]. Der KAV schloss entsprechende Zielvereinbarungen mit dem AKH ab [5].
- Das BMWF schloss mit der Medizinischen Universität Wien alle drei Jahre³⁷ eine Zielvereinbarung ab [9], die auch strategische Ziele für den klinischen Bereich des AKH enthielt.
- Der Wiener Gesundheitsfonds³⁸ erstellte den Regionalen Strukturplan Gesundheit, der u.a. auch dem AKH die Bettenzahl je Fachrichtung vorgab [6]. Das BMG konnte Verstöße gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur beanstanden [8].³⁹

Auch auf operativer Ebene waren wichtige Prozesse getrennt geführt:

- Das Rektorat führte mit den Klinikleitern Zielvereinbarungsgespräche (z.B. über die anzustrebenden Drittmittel oder Impact Punkte) [12].
- Davon unabhängig führte auch die Teilunternehmung AKH mit den Klinikleitern Zielvereinbarungsgespräche (z.B. über die zur Verfügung stehenden Sachmittel oder die Zielwerte der abzurechnenden

³⁶ Die Zahlen in eckigen Klammern beziehen sich auf die in Abbildung 1 dargestellten Beziehungsebenen.

³⁷ § 13 UG 2002. Zielvereinbarungen erfolgten von 2007 bis 2009, von 2010 bis 2012 und von 2013 bis 2015.

³⁸ Das maßgebliche Entscheidungsgremium war die Wiener Gesundheitsplattform. In ihr waren folgende Stellen vertreten: die amtsführenden Stadträte für das Krankenanstaltenwesen, für die Finanzverwaltung und für Personal, 15 Mitglieder aus dem Kreis der Abgeordneten zum Wiener Landtag, drei Bedienstete der Wiener Krankenanstalten, drei Vertreter der Sozialversicherung, ein Vertreter des Hanusch Krankenhauses, ein Vertreter der Ärztekammer, der Wiener Pflege- und Patientenanwalt, ein Vertreter der Österreichischen Bischofskonferenz bzw. des Evangelischen Oberkirchenrates, ein Vertreter des Bundes und ein Mitglied ohne Stimmrecht, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsandt wurde. Das BMWF oder die Medizinische Universität Wien waren nicht vertreten.

³⁹ Art. 19 Abs. 2 Z 4 lit. d der Vereinbarung nach Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

Leistungsauftrag AKH

LKF-Punkte) [13]. Die Stadt Wien behielt der jeweils übergeordneten Hierarchie-Ebene das Weisungsrecht vor [17].

- Der Wiener Gesundheitsfonds entschied über die Förderung einzelner Investitionen sowie über die Abrechenbarkeit bestimmter Leistungskategorien [7].⁴⁰

In zwei Bereichen gab es abgestimmte Prozesse:

- Ab 2008 führte die Teilunternehmung AKH Strategieklausuren durch und erstellte Balanced Scorecards (BSC). Dabei waren auch Vertreter der Medizinischen Universität Wien anwesend. Im Jahr 2010 erstellten die beiden Träger eine gemeinsame BSC mit Zielen für die gemeinsame Zusammenarbeit [10].

Die BSC setzten ambitionierte Ziele, z.B. das Erreichen eines Vollbetriebs des AKH und eine gemeinsame Personalbedarfsplanung. Konkrete Ergebnisse waren für den RH bisher nicht nachvollziehbar. Die Teilunternehmung AKH unternahm während der Gebarungsüberprüfung jedoch Anstrengungen, den Prozess der Zielverfolgung für die BSC zu verbessern.

- Detailregelungen wurden in operativen Gremien besprochen (z.B. die Auswahl von Implantaten oder Heilmitteln) [11].

Hinsichtlich der Tätigkeit einzelner Mitarbeiter lag die grundsätzliche Führungsverantwortung bei den Klinikleitern [16]. Für Ärzte lag die Dienstaufsicht bei der Medizinischen Universität Wien [14], die Fachaufsicht hinsichtlich der Patientenversorgung lag beim ärztlichen Direktor [15] (TZ 40).

(2) Die folgende Übersicht zeigt Abstimmungslücken in leistungsbezogenen Steuerungs- und Planungsprozessen:

⁴⁰ z.B. die Festlegung von Intensiveinheiten, medizinischen Einzelleistungen zur Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell sowie sonstigen speziellen Funktionseinheiten nach dem bundesweiten LKF-Modell 2011

Tabelle 4: Abstimmungslücken in leistungsbezogenen Steuerungs- und Planungsprozessen

	strategisch	operativ
zeitlich	<ul style="list-style-type: none"> – Leistungsvereinbarung BMWF mit Medizinischer Universität Wien und – Budgetverhandlungen sowie Gesundheitsplanung der Stadt Wien fanden für verschiedene Zeiträume und zu verschiedenen Zeitpunkten statt. 	<ul style="list-style-type: none"> – Die Zielvereinbarungen zwischen Rektor und Klinikleiter sowie – jene zwischen ärztlichem Direktor und Klinikleitern fanden zu verschiedenen Zeitpunkten und für verschiedene Zeiträume statt.
personell	<ul style="list-style-type: none"> – Die Medizinische Universität Wien war in die Gesundheitsplanung der Stadt Wien nicht einbezogen. – Die Stadt Wien war in die Erstellung der Leistungsvereinbarung der Medizinischen Universität Wien nicht einbezogen. 	<ul style="list-style-type: none"> – Rektor und ärztlicher Direktor führten Gespräche mit Klinikleitern getrennt und ohne vorherige Abstimmung. – Die Medizinische Universität Wien war nicht in die Entscheidungen des WGF zu Investitionszuschüssen oder Abrechnungsvorgaben eingebunden.
inhaltlich	<ul style="list-style-type: none"> – Die Stadt Wien legte Bettenobergrenzen (RSG) und Budgets fest. – Die Leistungsvereinbarung der Medizinischen Universität Wien legte Forschungs- und Lehrziele fest. 	<ul style="list-style-type: none"> – Die Zielvereinbarungen der Medizinischen Universität Wien konzentrierten sich auf Impact Punkte und Drittmittel, – jene der Stadt Wien auf Sachmittelaufwand und verrechnete LKF-Punkte.

Quellen: Teilunternehmung AKH; RH

Zeitlich erfolgten die Leistungsvereinbarung zwischen Medizinischer Universität Wien und BMWF und die RSG-Planung zu unterschiedlichen Zeitpunkten und für unterschiedliche Zeiträume. Dies galt auch für die Zielvereinbarungen zwischen Rektor bzw. ärztlichem Direktor und den Klinikleitern.

Personell war der jeweils andere Partner in den RSG-Prozess,⁴¹ in die Leistungsvereinbarung zwischen Medizinischer Universität Wien und BMWF und in die jeweiligen Zielvereinbarungen mit den Klinikleitern nicht eingebunden.

Inhaltlich behandelten die Steuerungs- und Planungsprozesse jeweils unterschiedliche Parameter, die einander jedoch wechselseitig beeinflussten. Rektor und Klinikleiter vereinbarten z.B. die angestrebten Drittmittel und die zu erzielenden Impact Punkte; ärztlicher Direktor und Klinikleiter z.B. den medizinischen Sachaufwand oder bestimmte klinische Maßnahmen (etwa die Intensivierung tagesklinischer Leistungen). Der Bund war zwar durch das BMG im Abstimmungsprozess zum RSG vertreten, jedoch ohne die Aufgabe einer umfassenden Inte-

⁴¹ Der Wiener Gesundheitsfonds holte Stellungnahmen lediglich von den Rechtsträgern der Krankenanstalten ein (somit vom KAV).

Leistungsauftrag AKH

ressenvertretung für den Bund, z.B. wissenschaftspolitische Interessen des BMWF hinsichtlich des AKH wahrzunehmen.

(3) Die Problematik der Abstimmung der Steuerungs- und Planungsprozesse ergab sich auch bei den anderen Universitätskliniken. Am 17. Dezember 2010 schlossen die Steiermärkische Krankenanstalten-gesellschaft und das Rektorat der Medizinischen Universität Graz eine Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit ab. Darin waren unter anderem eine gemeinsame Budgetierung, ein Gremium zur gemeinsamen Entscheidungsfindung und abgestimmte Zielvereinbarungen vorgesehen. Im AKH Wien fehlte ein solches Gremium.

10.2 Der RH kritisierte, dass bei wesentlichen Steuerungs- und Planungsprozessen in zeitlicher, personeller und inhaltlicher Hinsicht keine Abstimmung zwischen Bund und Stadt Wien bzw. Medizinischer Universität Wien und Teilunternehmung AKH erfolgte. Die politische Vereinbarung zwischen Bund und Stadt Wien vom Juni 2005 behandelte den Leistungsauftrag des AKH nicht ausreichend. Die Gesundheitsplanung (RSG) bezog die Medizinische Universität Wien nicht ein. Auch innerhalb des Bundes war keine ausreichend abgestimmte Interessenwahrnehmung gegenüber der Stadt Wien vorgesehen. Die Budgetierungs- und Zielvereinbarungsprozesse waren nicht abgestimmt. Dies konnte auch durch die Bemühungen um eine gemeinsame Balanced Scorecard nicht ersetzt werden.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die leistungsbezogenen Steuerungs- und Planungsprozesse (vor allem Zielvereinbarungen, Budgetvorgaben, Gesundheitsplanung, Entwicklungsplanung und Leistungsvereinbarungen) personal, inhaltlich und zeitlich besser abzustimmen.

Insbesondere bei den operativen Zielvereinbarungen könnte das Modell der Steiermark dabei als Anhaltspunkt dienen.

10.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, die Empfehlung des RH werde im Rahmen des Projekts „Universitäts-medizin Wien 2020“ im Teilprojekt 3 „Betriebsführung und Unternehmenssteuerung“ Berücksichtigung finden.*

Unabhängig davon sei mit 11. März 2013 festgelegt worden, dass die beiden Controlling-Abteilungen gemeinsame Zielvereinbarungen mit den Klinikvorständen ausarbeiten sollten.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

(2) Die Stadt Wien führte weiters aus, dass beginnend mit Jänner 2013 ein Erfahrungsaustausch mit dem LKH Universitätsklinikum Graz in Bezug auf die dort abgeschlossene Zusammenarbeitsvereinbarung stattfinde.

(3) Das BMWF führte aus, ein Commitment zu den empfohlenen Bemühungen könne nur durch den Krankenanstaltenträger einerseits und die Medizinische Universität Wien andererseits abgegeben werden. Dies ergebe sich aufgrund der Kompetenzlage nach dem B-VG.

10.4 Der RH begrüßte die bereits erfolgten Schritte zur Umsetzung seiner Empfehlung. Hinsichtlich der Stellungnahme des BMWF verwies er auf die zu TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

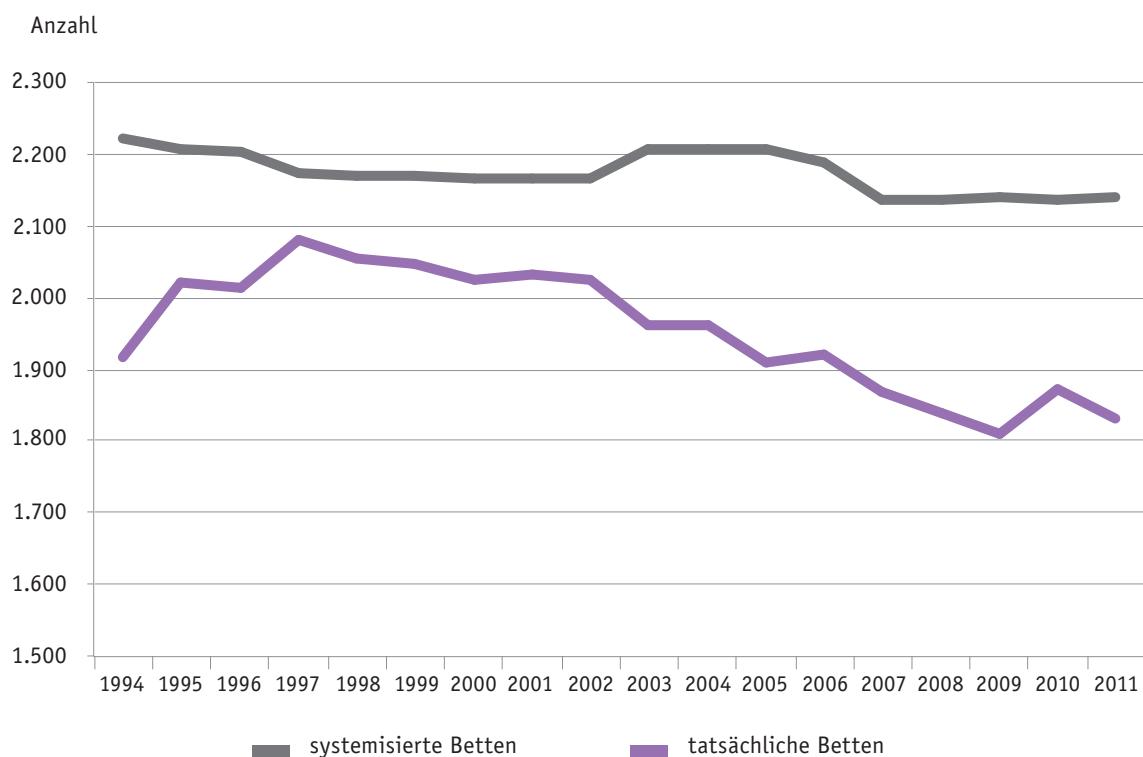
Umfang der Leistungen – Auslastung der Strukturen

Umfang und Gründe der Bettensperren

11.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt die systemisierten (behördlich genehmigten) und die tatsächlichen Betten im AKH in den Jahren 1994 bis 2011 (somit seit der offiziellen Inbetriebnahme des neuen AKH).⁴²

⁴² Die tatsächlichen Betten können belegt oder nicht belegt sein, woraus sich die Auslastung ergibt. Für die Belegung werden zwei Kennzahlen ermittelt: Belagstage messen die Belegung um Mitternacht, Pflegetage zählen die Aufenthaltstage inklusive des Aufnahme- und Entlassungstags. In Pflegetagen sind somit sogenannte „Nulltagesaufenthalte“ (also Aufenthalte, bei denen Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgen, z.B. Tagesklinische Aufenthalte) enthalten. Weiters kann jedoch auch bei regulären Aufenthalten ein Bett doppelt gezählt werden (z.B. wenn eine Person am Dienstag Vormittag entlassen wird, aber am Dienstag Nachmittag bereits eine weitere Person aufgenommen wird). Die Auslastung lag im AKH bezogen auf die tatsächlichen Betten ähnlich hoch wie bei den übrigen Krankenanstalten des KAV.

Abbildung 2: Systemisierte und tatsächliche Betten im AKH 1994 bis 2011



Quellen: DIAG; RH

Tatsächliche Betten sind im Gegensatz zu behördlich genehmigten Betten jene, die tatsächlich zur Belegung zur Verfügung stehen (also ohne gesperrte Betten aber inklusive zusätzlich aufgestellter Betten). Bettensperren können z.B. aus baulichen Gründen oder bei ansteckenden Patienten veranlasst werden.

Während die Zahl der systemisierten Betten sich nicht wesentlich veränderte, sank die Zahl der tatsächlichen Betten deutlich. Zwischen 2005 und 2011 standen 250 bis 330 der systemisierten Betten nicht für eine tatsächliche Belegung zur Verfügung. Seit 2002 vergrößerte sich die Differenz zwischen systemisierten und tatsächlichen Betten deutlich.

Im Jahr 1997 war die Differenz zwischen den systemisierten und den tatsächlichen Betten bezogen auf die Zahl der systemisierten Betten im AKH etwa gleich hoch wie bei den übrigen Wiener Krankenanstalten. In der Folge stieg diese Differenz beim AKH etwa auf das doppelte Ausmaß.⁴³

Im Jahr 2011 erfolgten – nach der von der Teilunternehmung AKH geführten Statistik – rd. 40 % aller Bettensperren aus personellen Gründen,⁴⁴ und zwar überwiegend aufgrund fehlender zugeteilter Pflegedienstposten oder aufgrund hoher Fehlzeiten.

(2) Nach Einschätzungen der Teilunternehmung AKH lagen die Kosten eines leerstehenden Bettes zwischen rd. 150.000 EUR und rd. 380.000 EUR pro Jahr. Dies betraf Infrastrukturstkosten (z.B. Abschreibung, Reinigung, Klimatisierung etc.), aber auch Personalkosten. Für eine Station von 25 Betten waren z.B. in der Regel zwei Pflegepersonen im Nachdienst auch dann nötig, wenn nicht alle Betten belegbar waren.

Eine Bewertung der gegenüber dem Schnitt des KAV ohne AKH erhöhten Zahl der Bettensperren im AKH mit dieser Bandbreite ergab für den Zeitraum 2005 bis 2011 hochgerechnete Leerstandskosten zwischen 126,27 Mio. EUR und 319,26 Mio. EUR.

11.2 Der RH kritisierte, dass im AKH im Zeitraum 2005 bis 2011 Leerstandskosten zwischen 126,27 Mio. EUR und 319,26 Mio. EUR angefallen waren. Es wäre festzulegen, ob Strukturen reduziert oder zusätzliche Leistungen erbracht werden sollen (siehe auch TZ 12).

Er empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die vorgehaltenen Strukturen (insbesondere Betten) dem unter Gesichtspunkten der Patientenversorgung wirtschaftlich sinnvollen Leistungsumfang anzupassen.

⁴³ 1997 waren sowohl im AKH als auch in Wien (ohne AKH) rd. 3 % der systemisierten Betten nicht für eine tatsächliche Belegung verfügbar. Im Jahr 2009 waren dies im AKH rd. 15 %, in Wien (ohne AKH) rd. 8 %.

⁴⁴ Der Rest erfolgte zu rd. 23 % aus baulich/technischen Gründen, rd. 11 % aus medizinischen Gründen, rd. 26 % aus sonstigen Gründen. Eine detaillierte Erfassung der Bettensperrgründe erfolgte erst seit dem Jahr 2009. Aufgrund einer Umstellung der Erfassungsform im Jahr 2010 waren zeitliche Vergleiche wenig aussagekräftig.

11.3 (1) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien teilten mit, am 11. Jänner 2013 sei an die Teilunternehmung AKH der Auftrag erteilt worden, die im RSG 2012 vorgesehene Reduktion der systemisierten Betten von 2.116 auf 1.864 vorzeitig umzusetzen. Statt dem Planungshorizont 2020 habe die Anpassung der tatsächlichen Betten bis 1. Juni 2015 zu erfolgen.

(2) Die Stadt Wien führte aus, die Umsetzung der Empfehlung des RH sei daher in Planung.

(3) Die Medizinische Universität teilte in ihrer Stellungnahme mit, sie lehne eine derartige einseitige Vorgangsweise ohne Berücksichtigung des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ ab. Eine definitive Festlegung von Kapazitätsveränderungen habe auf die Ergebnisse dieses Projekts Rücksicht zu nehmen. Kriterien für klinische Forschung und Lehre hätten dazu einzufließen.

(4) Das BMWF schloss sich der Empfehlung des RH an, war jedoch der Ansicht, dass die Empfehlung nicht in den Kompetenzbereich des BMWF falle.

11.4 Der RH wies darauf hin, dass aus der Stellungnahme der Stadt Wien nicht hervorging, wie sie analytisch vorgegangen war. Ein Einvernehmen mit der Medizinischen Universität Wien war offenbar nicht hergestellt worden. Er merkte an, dass er seine Empfehlung, den Leistungs-umfang im AKH durch eine fundierte Analyse zu ermitteln (TZ 12), an das BMWF, die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien gemeinsam gerichtet hatte, und hielt daran fest.

Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Maßnahmen gegen die Bettensperren

12.1 (1) Die Anzahl der systemisierten Betten im AKH war im Jahr 1983 mit rd. 2.100 Betten festgelegt worden.⁴⁵ Die weitere Planung richtete entsprechend der damals maßgeblichen Erfahrungswerte auch die im AKH eingerichteten Strukturen (z.B. Labor, Sterilisation) auf diese Bettenanzahl aus. Seither führten die Planungsprozesse im AKH nicht zu

⁴⁵ Im Detail änderten sich verschiedene Zuordnungen (z.B. hinsichtlich von Funktionsbetten; das waren Betten, die nicht systemisiert waren, aber tatsächlich für Sonderfälle zur Verfügung standen, z.B. für Neugeborene oder in Aufwachräumen).

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

grundlegenden Anpassungen der Strukturen, obwohl etwa die durchschnittliche Verweildauer in den Wiener Krankenanstalten (bei erhöhter Krankenhaushäufigkeit) von 1985 bis 2010 von rund elf auf rund fünf Tage sank.

Verschiedene Planungs- und Steuerungsinstrumente konnten die anzu-strebende Bettenanzahl nicht eindeutig klären:

- Die Vereinbarung zwischen Bund und Stadt Wien vom 6. Juni 2005 enthielt das Ziel des Vollbetriebs des AKH.
- Die Balanced Scorecards des AKH der Jahre 2008, 2010 und 2011 enthielten ebenfalls das Ziel des Vollbetriebs.
- Die Zielvereinbarungen zwischen dem KAV und dem AKH sahen zwischen 2005 und 2011 keine Erhöhungen der Leistungen und des Personals vor, wie sie einer Belegung aller systemisierten Betten entsprochen hätte.

Der RSG 2009 schrieb sowohl die systemisierten als auch die tatsächlichen Betten fort.

(2) Zwischen 2008 und 2012 errichtete das AKH ein kinderchirurgisches Zentrum („Bauteil 61.1“) mit rd. 11.555 m² Nettogrundrissfläche (TZ 51). Dadurch erhöhte es die Flächen und Strukturen erheblich.⁴⁶

(3) Nach dem „Wiener Spitalskonzept 2030“ bzw. der Mittelfristplanung des KAV waren eine Reduktion der Standorte des KAV,⁴⁷ aber auch Investitionen von rd. 2,8 Mrd. EUR für eine bauliche Umgestaltung der Krankenanstalten und Pflegeheime geplant. Für das AKH sah der im Juni 2012 neu vorgelegte RSG im Jahr 2020 einen Planwert von 1.864 Betten vor, womit eine Weichenstellung für das Absenken der Zahl der systemisierten Betten auf das Niveau der tatsächlichen Betten erfolgte. Eine darauf aufbauende Strategie, welche konkreten Strukturen im AKH reduzierbar wären und wie sich das auf die Kosten auswirken würde, konnte dem RH noch nicht vorgelegt werden.

(4) Im Zuge der Erstellung des RSG hatte der Wiener Gesundheitsfonds zunächst die für die Stadt Wien insgesamt erforderlichen Betten nach einer quantitativen, analytischen Methode ermittelt. Die Zuteilung dieser Betten auf die einzelnen Krankenanstalten erfolgte dann „heuris-

⁴⁶ Die Endabrechnung war zur Zeit der Geburgsüberprüfung noch offen, die Kosten werden voraussichtlich zwischen 50 Mio. EUR und 60 Mio. EUR liegen.

⁴⁷ Bereits 2012 wurde mit dem Kaiserin-Elisabeth-Spital eine Krankenanstalt geschlossen.

tisch“ durch Verhandlungen mit den Krankenanstaltenträgern.⁴⁸ Das BMWF und die Medizinische Universität Wien waren in den RSG-Prozess nicht eingebunden, obwohl Letztere die Ärzte für das AKH zur Verfügung zu stellen hatte.⁴⁹

Bei der Entscheidung sollten laut RSG einerseits bestehende Strukturen berücksichtigt, andererseits medizinisch und betriebswirtschaftlich sinnvolle Einheiten geschaffen werden. Eindeutige quantitative Kriterien (etwa die Kosten bestimmter Leistungen in einzelnen Krankenanstalten) waren nicht festgelegt. Eine betriebswirtschaftliche Bewertung hinsichtlich der Bettenzahl des AKH erfolgte im RSG-Prozess nicht. Auf Nachfrage des RH stellte der KAV entsprechende Überlegungen an. Dies erfolgte jedoch auf Basis der verfügbaren Daten, ohne konkrete betriebsorganisatorische Überlegungen für Leistungsverschiebungen oder Strukturreduktionen im AKH.

12.2 Der RH kritisierte, dass bis 2012 keine Strategie gegen die hohen Bettensperren und deren Kosten erkennbar war. Einerseits gingen verschiedene Strategiepapiere innerhalb der Teilunternehmungen (z.B. die BSC) weiter vom Ziel eines Vollbetriebs aus, ohne dass bei den Zielvereinbarungen mit dem KAV hinsichtlich Leistungen, Finanzierung und Personal entsprechende Regelungen getroffen wurden. Andererseits erfolgte zwischen 2008 und 2012 noch eine wesentliche Kapazitätserhöhung durch einen Neubau, ohne die bereits bestehenden, andauernden Bettensperren zu berücksichtigen. Eine umfassende Neuplanung der notwendigen Strukturen erfolgte nicht.

⁴⁸ Das AKH hatte in seiner Stellungnahme zum RSG 2009 ausgeführt, das AKH sei für 4,5 Mrd. EUR von Bund und Land errichtet worden. Aus Personalmangel würden nunmehr 300 Betten mit aufwendiger Infrastruktur und fixen Kosten inklusive Vorhalteleistungen für Labor, Sterilisation etc. nicht betrieben. Es könne nicht wirtschaftlich sein, diesen sinnwidrigen Zustand zum Plan zu erheben. Im Jahr 2012 nahm das AKH zum RSG-Vorschlag Stellung und führte aus, dass die Kenngröße „Bett“ zunehmend als Planungsparameter problematisch sei. Die primäre Prämisse des AKH Wien liege in der Notwendigkeit der Konsolidierung und des Ausbaus hoch spezialisierter Strukturen, die zur Behandlung schwerer und seltener Erkrankungen mit hoch spezialisiertem, eng forschungsverbundenem Know-how und hohem technischem und personellem Aufwand dienen.

⁴⁹ Dies kann durch ein Beispiel erläutert werden: Die Berechnungen zum RSG 2020 ergaben, dass aufgrund weiterer Verweildauerverkürzungen und einer Steigerung tagesklinischer Aufenthalte trotz der demographischen Entwicklung die Leistungen, die im AKH 2010 mit 380 Betten der internen Medizin erbracht wurden, im Jahr 2020 voraussichtlich mit nur rd. 300 Betten erbringbar sein werden. Dennoch wurden dem AKH auch im Jahr 2020 rd. 380 internistische Betten zugeordnet (dafür fallen internistische Bettenkapazitäten in anderen Krankenanstalten weg). In diesen Betten werden daher entsprechend mehr Patienten (etwa 25 %) zu behandeln sein. Die Medizinische Universität Wien wird daher voraussichtlich zusätzliche Ärzte bereitstellen müssen. Das Rektorat der Medizinischen Universität Wien war in diese Überlegungen nicht eingebunden.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Der RH wies darauf hin, dass der im Juni 2012 beschlossene RSG eine Reduktion der systemisierten Betten auf das Niveau der tatsächlichen Betten enthielt. Er kritisierte jedoch, dass die Stadt Wien nicht berechnet hatte, ob die grundlegende bauliche Umgestaltung bzw. Neuerichtung von Betten in anderen Krankenanstalten tatsächlich günstiger war als die Nutzung der freien Betten im AKH. Angesichts der hohen geplanten Investitionen im Spitalskonzept 2030 hielt dies der RH jedoch für unerlässlich. Er wies diesbezüglich darauf hin, dass der RSG einen Planungshorizont von 2020 angab und daher eine entsprechende Berechnung noch möglich war.

Er empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, den unter Gesichtspunkten der Patientenversorgung wirtschaftlich sinnvollen Leistungsumfang im AKH durch eine fundierte Analyse zu ermitteln.

Nach Ansicht des RH waren dafür wesentliche Vorbereitungsarbeiten erforderlich:

- Für einen Bettenabbau im AKH wäre zu klären, welche Strukturen technisch und rechtlich tatsächlich reduzierbar wären und welche Änderungen in der Betriebsorganisation und der Kostenstruktur dadurch eintreten würden.
- Für eine höhere Auslastung des AKH wäre zu klären, welche Leistungen ins AKH verschoben würden, wie das deren Kosten verändert würde (z.B. durch zusätzliche Lehr- und Forschungstätigkeit oder Synergieeffekte) und welche Strukturen außerhalb des AKH reduzierbar wären.
- Die wesentlichen Parameter (z.B. Auswirkungen auf den Personalbedarf bei den Ärzten) wären zwischen Bund und Stadt Wien unter Berücksichtigung der strategischen Ziele der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien abzustimmen.

12.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien teilten mit, dass eine umfassende mittel- und langfristige Leistungsplanung im Mittelpunkt des Teilprojekts „Medizinischer Masterplan“ im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ stehe. Der Masterplan diene als Grundlage für die strategische Ausrichtung des AKH, die klinische Forschung und die Ausbildung der Ärzte.*

(2) Das BMWF schloss sich der Empfehlung des RH an, war jedoch der Ansicht, dass die Empfehlung nicht in den Kompetenzbereich des BMWF falle.

12.4 Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Struktur der Bettensperren

13.1 (1) Wie unter TZ 11 dargestellt, gab es eine erhebliche Bandbreite der Leerstandskosten für gesperrte Betten. Diese Leerstandskosten waren insbesondere davon abhängig, wie viele Betten je Station gesperrt wurden und wie dementsprechend sprungfixe Kosten⁵⁰ gesenkt werden konnten.

Der RH analysierte stichtagsbezogen, wie viele Betten innerhalb der jeweiligen Stationen gesperrt waren.

- Rund 30 % aller gesperrten Betten an den ausgewählten Stichtagen entfielen auf die Sperre von ein bis fünf Betten auf einer Station. Bei diesen Bettensperren konnten kaum personelle Einsparungen erzielt werden.
- Bei rd. 50 % der gesperrten Betten waren zwar mehr als fünf Betten auf der Station gesperrt, die Station jedoch noch in Betrieb, so dass ebenfalls eine Grundausrüstung mit Personal erforderlich war.
- Bei 20 % der Bettensperren war die ganze Station gesperrt.

(2) Die Teilunternehmung AKH bündelte bestimmte Sperren (z.B. wegen Umbauten) im Rahmen eines jährlichen Bettensperrplans.

Bettensperren aus personellen Gründen waren wie folgt geregelt: Fiel Personal aus (z.B. wegen einer Schwangerschaft oder eines Krankenstandes), war es zunächst Aufgabe der jeweiligen Station, Ausgleichsmaßnahmen zu setzen (z.B. durch Überstunden). Gelang dies nicht, konnte ein Antrag auf Sperre eines Bettes gestellt werden. Die zuständige Direktion (meist die Pflegedirektion) prüfte dann, ob der Personalausfall tatsächlich vorlag und im Umfang eine Bettensperre rechtfertigte.

Eine hausweite Analyse, ob klinikübergreifende Maßnahmen eine Bettensperre vermeiden bzw. betriebswirtschaftlich optimieren könnten, erfolgte nicht.

⁵⁰ Das sind Kosten, die innerhalb bestimmter Intervalle konstant sind, aber zwischen diesen Intervallen auf ein anderes Niveau steigen oder fallen („springen“).

(3) Dies führte in Einzelfällen zu besonders unwirtschaftlichen Situationen. So sperrte das AKH etwa im Juli 2012 ein Bett für einen Monat, weil eine Abteilungshelferin ausfiel. Die durchschnittlichen Personalkosten für eine Abteilungshelferin betrugen rd. 2.300 EUR im Monat. Demgegenüber gingen dem AKH durch die Bettensperre Erlöse von rd. 16.000 EUR verloren.⁵¹ Im konkreten Fall war die ausgefallene Abteilungshelferin im Rahmen der Arbeitskräfteüberlassung beschäftigt. Ein Ersatzabruf erforderte zu diesem Zeitpunkt einen Antrag bei der Magistratsdirektion der Stadt Wien, der von der Personalabteilung des AKH sowie von der Generaldirektion des KAV befürwortet werden musste (TZ 37).

13.2 Der RH wies darauf hin, dass an den von ihm analysierten Stichtagen rd. 30 % der Bettensperren auf die Sperre von nur ein bis fünf Betten entfielen. Er hielt die Sperrstrukturen für ineffizient und kritisierte, dass ein hausweites Management der Bettensperren – abgesehen vom Jahresbettensperrplan – fehlte und keine klinik- und abteilungsübergreifende Koordination erfolgte.

Der RH empfahl daher der Stadt Wien, Vorsorge für eine Optimierung der notwendigen Bettensperren im AKH zu treffen.

13.3 *Die Stadt Wien teilte mit, das Thema „Bettensperren“ werde durch die Umsetzung des medizinischen und baulichen Masterplans mit den dazugehörigen Strukturanpassungen an Bedeutung verlieren. Die Vorhaltung der Bettenkapazität (Anzahl der systemisierten Betten) werde durch den RSG Wien 2012, welcher um 252 Betten weniger vorsehe, wesentlich reduziert. Die Umsetzung der Empfehlung des RH sei daher in Planung.*

Sonderklasse

14.1 (1) Im Zusammenhang mit der Festlegung des Umfangs der im AKH zu erbringenden Leistungen überlegte der KAV auch, ob die Strukturen des AKH durch mehr Sonderklassepatienten besser zu nutzen wären. Der RH untersuchte daher die Rahmenbedingungen dazu.

⁵¹ Ein Belagstag in der Klinik für plastische Chirurgie erbrachte im Schnitt 680 LKF-Punkte. Unter Annahme einer Auslastung von 85 %, eines Punktwerts von 0,77 EUR und eines Steuerungsfaktors von 1,17 ergaben sich so die genannten Erlöse.

Leistungsauftrag AKH

(2) Gemeinnützige Krankenanstalten durften maximal 25 % der bereitstehenden Betten als Sonderklasse führen.⁵² Im AKH war der Sonderklasse keine bestimmte Anzahl an Betten zugewiesen, diese wurden bei Bedarf entsprechend genutzt. Im Jahr 2007 entfielen rd. 8 % aller Belagstage auf die Sonderklasse, im Jahr 2011 rd. 7 %.⁵³

(3) Das AKH erzielte im Jahr 2011 aus der Belegung der Sonderklasse einen Gesamterlös in Höhe von rd. 13,77 Mio. EUR bzw. rd. 356 EUR pro Belagstag.⁵⁴

Tabelle 5: Sonderklasse – Erlöse im AKH 2011

Erlösart	Erlöse 2011 in EUR ¹
Anstaltsgebühren für Verpflegung und Ausstattung	10.645.405
Einzelzimmerzuschlag	325.455
Privatversicherung-Pauschalbetrag ²	862.130
Hausanteile aus Ärztehonoraren	1.932.400
Gesamtsumme	13.765.389
Belagstage Sonderklasse 2011	38.695
Erlös/Belagstag Sonderklasse	356

¹ Rundungsdifferenzen möglich

² Bei Patienten ohne gesetzliche Krankenversicherung, die jedoch über eine private Krankenversicherung verfügten, gelangte ein Pauschalbetrag zur Anwendung (im Jahr 2011 592 EUR pro Patient und Pflegetag) anstelle der amtlichen Pflege- und Anstaltsgebühr.

Quelle: Teilunternehmung AKH

(4) Für die Betreuung der Sonderklassepatienten entstanden jedoch auch zusätzliche Kosten von im Jahr 2011 rd. 495 EUR je Belagstag. Die folgende Tabelle zeigt Auszüge der – auf Vorgaben des KAV beruhenden – Kostenkalkulation der Teilunternehmung AKH je Belagstag.

⁵² § 26 i.V.m. § 32 Wr. KAG

⁵³ Dazwischen zeigte sich ein kontinuierlicher Rückgang um rd. 13 %. Die durchschnittliche Verweildauer in der Sonderklasse war mit 7,6 Tagen länger als in der allgemeinen Gebührenklasse mit 4,5 Tagen.

⁵⁴ Die Anstaltsgebühr für Sonderklasse betrug im Jahr 2011 pro Patient und Pflegetag 256 EUR zusätzlich zur allgemeinen Pflegegebühr. Die „Hotelkomponente“ bestand aus Zusatzleistungen wie z.B. bessere Zimmerausstattung, Wahl zwischen mehreren Speisen, Getränkebestellung, Tageszeitungen sowie individuell geregelte Besuchszeiten. Die Gebühren übernahmen private Krankenversicherungen oder die Patienten selbst (Selbstzahler). Der Einzelzimmerzuschlag betrug 60 EUR pro Pflegetag.

Tabelle 6: Zusatzkosten für Sonderklasse je Belagstag

Kostenkategorie	Kosten 2011 in EUR
Abschreibungen	65,54
Pensionslasten	64,73
Kalkulatorische Zinsen für Anlagen	63,69
Sonstiges (z.B. bessere Ausstattung, Verpflegung, Zeitungen etc.)	30,13
geringere Auslastung gegenüber Allgemeiner Klasse ¹	221,05
Abgeltung für Vorsteuer	49,41
Summe	494,55

¹ Aufgrund der baulichen Struktur der Stationen des AKH sind in der Regel Zwei- bis Dreibettzimmer vorgesehen. Soweit ein Sonderklassepatient alleine ein Zimmer belegt, sind die übrigen Betten im Zimmer nicht belegbar.

Quellen: Teilunternehmung AKH; RH

Das AKH führte im Prüfungszeitraum Umbauten zur Verbesserung des Standards durch. Beispielsweise kosteten bauliche Verbesserungen für die Sonderklasse auf Ebene 17 rd. 600.000 EUR, was nicht gesondert in der Kalkulation berücksichtigt war. Umgekehrt enthielt die Kalkulation Abschreibungen, Pensionslasten und kalkulatorische Zinsen für Anlagen, die nicht spezifisch für Sonderklassebetten entstanden.

(5) Leitende Ärzte waren berechtigt, mit Patienten der Sonderklasse eine Honorarvereinbarung über eine persönliche Betreuung abzuschließen. 12 % dieser Honorare waren als Infrastrukturbetrag (sogenannter Hausanteil) über eine externe Verrechnungsstelle an die Krankenanstalt abzuführen.

Die Ärztehonorare der Sonderklasse 2011 betragen im AKH rd. 16,17 Mio. EUR. Dies entsprach rd. 10 % der Gehaltskosten für das im AKH eingesetzte ärztliche Personal.

In welchem Umfang im AKH tätige Ärzte Patienten in z.T. benachbarten Privatkrankenanstalten als Belegsärzte betreuten, war weder der Medizinischen Universität Wien noch der Teilunternehmung AKH bekannt.⁵⁵

⁵⁵ 110 Ärzte hatten 2011 eine Nebenbeschäftigung als Konsiliar- bzw. Belegsarzt gemeldet, 467 eine Ordination. Der RH hatte in seinem Bericht zu Sondergebühren und Arzthonoraren (Reihe Bund 2006/12, TZ 11) die Ansicht vertreten, dass vor allem die operativen Tätigkeiten in privaten Krankenanstalten eine Konkurrenzierung der Universitäts spitäler darstellten. Er hatte angeregt, restriktive Bestimmungen für die Genehmigung von Nebenbeschäftigungen in den Kollektivvertrag aufzunehmen, um insbesondere Nebenbeschäftigungen in privaten Krankenanstalten untersagen zu können.

Leistungsauftrag AKH

14.2 Der RH stellte fest, dass der Anteil der Sonderklasse an den Betten bzw. Belagstagen im AKH deutlich unter der gesetzlichen Höchstgrenze lag. Insofern bestand die Möglichkeit, den Anteil deutlich zu erhöhen. Allerdings war der Anteil von 2007 bis 2011 gesunken. Der RH wies darauf hin, dass der Teilunternehmung AKH nicht bekannt war, wie viele und welche Sonderklassepatienten von Ärzten des AKH außerhalb des AKH versorgt wurden. Er hielt diese Information für wesentlich, um zu beurteilen, ob eine höhere Anzahl von Sonderklassepatienten für das AKH realistisch war.

Der RH wies weiters darauf hin, dass die Teilunternehmung AKH die Kosten eines Belagstages der Sonderklasse höher kalkulierte als die durchschnittlichen Erlöse. In der Kalkulation waren allerdings auch Positionen enthalten, die ohnehin anfielen (z.B. Pensionen, Abschreibungen, kalkulatorische Zinsen), umgekehrt fehlten aber tatsächliche Zusatzkosten (wie z.B. Umbauten für eine bessere bauliche Ausstattung). Die Kalkulation war daher nach Ansicht des RH für eine wirtschaftliche Entscheidung über einen Ausbau der Sonderklasse nicht ausreichend aussagekräftig.

Der RH empfahl daher der Stadt Wien, vor einem etwaigen Ausbau der Sonderklasse im AKH deren tatsächliche Rentabilität zu ermitteln und zu erheben, in welchem Umfang Patienten durch die Ärzte des AKH in anderen Krankenanstalten als Sonderklassepatienten betreut werden.

14.3 *Die Stadt Wien teilte mit, dass die Empfehlung des RH umgesetzt werde.*

Balance zwischen
Spitzenmedizin und
Basisversorgung

15.1 (1) Die Medizinische Universität Wien sah ihre „herausragende Stärke in Klinik und klinischer Forschung“ durch eine Reihe unbefriedigender Umstände gefährdet, insbesondere durch die Zunahme der reinen Routineversorgung im AKH.⁵⁶

(2) Nach § 29 Abs. 5 UG war im Zusammenarbeitsvertrag festzulegen, dass Ärzte mindestens 30 % ihrer Normalarbeitszeit⁵⁷ für Lehre und Forschung verwenden können. Welche Leistungen sie in den verbleibenden 70 % erbringen sollten, war nicht geregelt.

Kennzahlen, anhand derer eine Verschiebung zwischen Routineversorgung und klinischer Forschung feststellbar wäre, waren nicht ver einbart. Die von der Medizinischen Universität Wien erfassten Daten wiesen – auch aufgrund von Änderungen in den Statistikvorgaben

⁵⁶ z.B. in ihrer im Juli 2012 veröffentlichten Wissensbilanz 2011

⁵⁷ in einem Durchrechnungszeitraum von 26 Wochen bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit

bzw. in den zur Erfassung verwendeten EDV–Programmen – erhebliche Datensprünge auf. Dies galt insbesondere für die Arbeitszeit für klinische Arbeit, Lehre und Forschung (siehe auch TZ 43). Eine Schätzung der Medizinischen Universität Wien ergab einen Forschungsanteil von rd. 18 % bei großen Unterschieden je Klinik.⁵⁸

(3) Die folgende Analyse des RH zeigt Parameter der Krankenversorgung und der akademischen Tätigkeit im AKH in der Entwicklung von 2005 bis 2011:

Tabelle 7: Entwicklung von Leistungsparametern im AKH

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Entwicklung 2005 bis 2011 in %
Kennzahlen der Krankenversorgung¹								
tatsächliche Betten	1.909	1.919	1.870	1.838	1.810	1.871	1.829	- 4
Belagstage und Nulltagesaufenthalte	599.273	606.500	594.296	595.612	590.766	590.844	580.619	- 3
stationäre Patienten	94.369	99.028	98.630	102.018	103.926	103.557	99.664 ²	6
ambulante Patienten	592.078	612.848	620.225	586.607	572.254	568.201	558.983	- 6
Ambulanzfrequenzen gesamt ³	1.815.675	1.848.829	1.854.060	1.805.134	1.809.218	1.799.324	1.738.431	- 4
Kennzahlen akademischer Tätigkeit								
Studierende (jeweils Wintersemester) ⁴	10.466	9.009	8.461	7.794	7.381	7.190	7.278	- 30
Kapazitäten für klinische Lehre (VBÄ)	n.v.	165	145	171	173	130	133	- 19 ⁶
Impact Punkte	4.485	5.780	6.996	7.780	8.826	10.034	n.v.	124 ⁵
Drittmittel (§ 27) in Mio. EUR	37,45	47,24	48,11	45,09	51,77	56,88	62,83	68

¹ Die LKF-Punkte waren aufgrund einer Systemumstellung im Jahr 2009 nicht vergleichbar.

² Der Rückgang der stationären Patienten im Jahr 2011 war überwiegend auf eine geänderte Verrechnung im Bereich der Kinderklinik zurückzuführen (nicht auf eine Änderung der tatsächlichen Leistungen).

³ Frequenzen für stationäre Patienten, für stationäre Patienten anderer Krankenanstalten und für ambulante Patienten

⁴ ordentliche und außerordentliche Studierende

⁵ im Vergleich 2010 zu 2005

⁶ im Vergleich 2011 zu 2006

Quellen: DIAG; Medizinische Universität Wien

⁵⁸ Die Bandbreite lag zwischen 14 % und 28 %.

Leistungsauftrag AKH

Zwischen 2005 und 2011 stiegen die Impact Punkte (+ 124 %) und die Drittmittel (+ 68 %) stark. Die Zahl der Studierenden ging um 30 % zurück, die für klinische Lehre eingesetzten Vollbeschäftigte aquivalente um 19 %.⁵⁹

Die Summe der Belagstage und Nulltagesaufenthalte verringerte sich, wobei jedoch aufgrund der geringeren Verweildauer⁶⁰ mehr Patienten stationär behandelt werden konnten. Die Ambulanzfrequenzen gingen insgesamt um rd. 4 % zurück (siehe TZ 18). Die Medizinische Universität Wien wies darauf hin, dass die Anzahl der Intensivbetten im AKH im Vergleich zu den übrigen Wiener Krankenanstalten zwischen 2003 und 2007 gestiegen sei. Der RH stellte fest, dass diese Entwicklung auch bis 2011 anhielt.⁶¹

(4) Die folgende Übersicht zeigt die Veränderungen des Betriebsaufwands der Medizinischen Universität Wien nach Bereichen 2005 bis 2011:

⁵⁹ Für 2005 waren keine Werte verfügbar. Nach einem ersten Rückgang von 2006 auf 2007 von 164,68 VBÄ auf 144,83 VBÄ stieg die Zahl 2008 und 2009 wieder deutlich an (170,84 VBÄ bzw. 172,64 VBÄ), ging dann aber 2010 auf 129,92 VBÄ zurück. Im Jahr 2011 lag der entsprechende Wert bei rd. 133,44 VBÄ.

⁶⁰ Die durchschnittliche Verweildauer betrug im Jahr 2005 rd. 5,1 Tage je Aufenthalt, im Jahr 2011 rd. 4,5 Tage je Aufenthalt (eine Reduktion um rd. 12 %).

⁶¹ Die im DIAG als Intensivbetten klassifizierten tatsächlichen Betten stiegen im AKH um 52 % (von 134 auf 204), in Wien insgesamt um 24 % (von 448 auf 554). Das DIAG ist ein Informations- und Analyseinstrumentarium mit den Leistungs-, Kosten-, Personal- und epidemiologischen Daten zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, das vom BMG geführt wird.

Tabelle 8: Entwicklung der Mittel der Medizinischen Universität Wien 2005 bis 2011 in Mio. EUR nach Bereichen

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung		
								Mio. EUR	in % der gesamten Veränderung	in % des Wertes 2005
klinischer Bereich (AKH)	156,3	162,2	170,9	177,7	184,6	191	200	43,7		28
klinischer Mehraufwand und paktierte Investitionen	89	62,9	65,1	63,4	61,2	61,3	62,5	- 26,5		- 30
Zwischensumme	245,3	225,1	236	241,1	245,8	252,3	262,5	17,2	39	7
Medizinisch-theoretischer Bereich	37,1	38,8	41,3	43,3	44,9	48,3	50,3	13,2	29	36
Verwaltung, sonstige Dienstleistungen ¹	31,4	33	35,7	40,2	9,6	43	46	14,6	32	46
Summe²	313,8	296,9	313	324,6	300,3	343,6	358,8	45	100	14

¹ entspricht dem Globalbudget ohne Drittmittel nach § 26 UG, Zahnmedizin und Rückstellungen und enthält Personal- und Sachaufwand

² Sonstige Dienstleistungen waren z.B. Bibliothek, Studienabteilung, Koordinationszentrum für klinische Studien. Beispielsweise erfolgte ein Personalaufbau in den Bereichen Personalentwicklung, Gender Mainstreaming und e-learning, erhöhte Kosten entstanden auch durch die Einführung von zwei neuen EDV-Systemen („SAP Med.pers“ und „med.campus“).

Quelle: Medizinische Universität Wien

Die Analyse zeigte, dass der Medizinischen Universität Wien im Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2005 rd. 45 Mio. EUR mehr für die angeführten Bereiche zur Verfügung standen.

- Davon flossen rd. 17,2 Mio. EUR (39 %) ins AKH,⁶²
- rd. 13,2 Mio. EUR (29 %) in den medizinisch-theoretischen Bereich und
- rd. 14,6 Mio. EUR (32 %) in die Verwaltung und sonstige Dienstleistungen.

⁶² rd. 43,7 Mio. EUR für die klinische Tätigkeit, was durch den Rückgang des klinischen Mehraufwands (einschließlich paktierter Investitionen) um rd. 26,5 Mio. EUR teilweise kompensiert wurde

Leistungsauftrag AKH

Die prozentuelle Steigerung der Verwaltung und der sonstigen Dienstleistungen (46 %) lag deutlich höher als jene des medizinisch theoretischen Bereichs (36 %) und des klinischen Bereichs (28 %).⁶³ Unter Berücksichtigung der sinkenden Aufwendungen für den klinischen Mehraufwand lag der Anstieg der Aufwendungen für den klinischen Bereich des AKH bei 7 %.

15.2 Der RH hielt zunächst fest, dass ein ausgewogenes Verhältnis zwischen akademischer Tätigkeit und Krankenversorgung für eine Universitätsklinik von wesentlicher Bedeutung war. Aufgrund der unterschiedlichen Verantwortung der Medizinischen Universität Wien (ausschließlich für die akademische Tätigkeit) und der Stadt Wien (ausschließlich für die Krankenversorgung) stand dieses Verhältnis in einem Spannungsfeld der Interessen der Rechtsträger.

Die verfügbaren Daten wiesen nach Ansicht des RH auf keine Verschiebung von akademischen Tätigkeiten zur Krankenversorgung hin. Die prozentuelle Steigerung des Mitteleinsatzes der Medizinischen Universität Wien 2005 bis 2011 (insgesamt + 14 %) ließ sogar eine stärkere Priorisierung der Verwaltung (+ 46 %) bzw. des medizinisch-theoretischen Bereichs (+ 36 %) gegenüber dem klinischen Bereich (28 %) erkennen.

Nachweisbar waren aber auch Strukturverschiebungen innerhalb der Krankenversorgung (z.B. kürzere Verweildauern (- 3 %), mehr stationäre Patienten (+ 6 %)) und innerhalb der Tätigkeit der Medizinischen Universität Wien (z.B. Steigerung der Forschung und der Verwaltung, Rückgang der Lehre).

Der RH kritisierte daher, dass die existierenden Vereinbarungen (TZ 6) keine konkreten Bestimmungen über die angestrebte Balance zwischen Routineversorgung und klinischer Forschung, über Kennzahlen zu deren Messung oder über die Konsequenzen einer Verschiebung dieser Balance enthielten.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, Kennzahlen festzulegen, um Verschiebungen zwischen Routineversorgung und Forschung transparent zu machen.

⁶³ Verschiedene Verwaltungsbereiche (z.B. IT, Personal) waren durch die Ausgliederung der Medizinischen Universität Wien aus dem Bund bzw. aus der Universität Wien neu zu schaffen bzw. zu erweitern.

15.3 (1) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten in ihren Stellungnahmen aus, dass in Zukunft eine leistungsorientierte und standardisierte Personalbedarfsplanung sowohl für die klinische Tätigkeit als auch für den Bereich Forschung und Lehre erfolgen werde. Damit würden Veränderungen im Personaleinsatz transparent und könnten entsprechend in der Budgetierung berücksichtigt werden.

(2) Die Medizinische Universität Wien führte weiters aus, in der Vergangenheit sei sehr wohl eine Leistungsverschiebung zur Patientenversorgung eingetreten. Um dies zu erkennen, müssten zahlreiche weitere Parameter berücksichtigt werden, wie z.B. das mittelbar oder unmittelbar eingesetzte Drittmittelpersonal in der Patientenversorgung und die Anzahl der Intensivbetten.

Hinsichtlich der Veränderung des Mitteleinsatzes (Tabelle 8) vertrat die Medizinische Universität Wien die Ansicht, dass der Klinische Mehraufwand einen bloßen Durchlaufposten darstelle und nicht der Disposition der Medizinischen Universität Wien unterliege. Ohne Berücksichtigung dieser Zahlungen ergäbe sich, dass rd. 70 Mio. EUR zusätzliche Mittel gegenüber 2005 zu rd. 60 % in das AKH geflossen wären.

(3) Das BMWF führte aus, ein geeigneter Abstimmungsmechanismus im Rahmen der abzuschließenden Zusammenarbeitsvereinbarung sei jedenfalls zu befürworten. Es befürworte auch die Heranziehung von internationalen Benchmarks oder die Einbeziehung eines Peer-Reviews zur Abgrenzung spitzenmedizinischer Heilbehandlungen, die über die Routine hinausgehend dem Forschungsbereich zuordenbar seien.

15.4 Der RH begrüßte die zur Umsetzung seiner Empfehlung getroffenen Maßnahmen. Zu den Ausführungen der Medizinischen Universität Wien merkte der RH an, dass je nach gewählten Kennzahlen unterschiedliche Veränderungen in der Balance zwischen akademischen Leistungen und Krankenversorgung darstellbar wären. Er räumte ein, dass etwa die Anzahl der Intensivbetten gestiegen war. Mit Bettenanzahl, Belagstagen und Ambulanzfrequenzen lagen aber eben auch wesentliche Kennzahlen vor, die gegen eine Ressourcenverschiebung in die Patientenversorgung sprachen. Er wiederholte daher seine Empfehlung, Kennzahlen zur Identifikation von Verschiebungen ex ante festzulegen und begrüßte die diesbezügliche Zusage der Medizinischen Universität Wien.

Der RH wies zur Interpretation der Tabelle 8 darauf hin, dass der Rückgang des klinischen Mehraufwands die in den klinischen Betrieb des AKH geflossenen Mittel reduzierte, und zwar unabhängig davon, ob seine Höhe im Ermessen der Medizinischen Universität Wien lag. Der

Leistungsauftrag AKH

RH stimmte der Interpretation der Medizinischen Universität Wien jedoch insofern zu, als der Rückgang des klinischen Mehraufwands (jedenfalls mit Ausnahme des ab 2009 vorgenommenen Abzugs von 2 % p.a.) keine dispositive Entscheidung der Medizinischen Universität Wien war.

Eine schlüssige Verbindung der beiden Perspektiven (reales Absinken der Mittel im klinischen Bereich, kein entsprechender Anstieg der universitären Mittel) hing nach Ansicht des RH von der Interpretation bzw. Neuregelung des klinischen Mehraufwands ab. Diese war – wie in TZ 25 ausführlich beschrieben – während des gesamten Prüfungszeitraums strittig.

Elemente eines präziseren Leistungsauftrags

16.1 (1) Der RH analysierte die Strategiepapiere der Rechtsträger im Hinblick auf die für einen genaueren Leistungsauftrag des AKH zu klärenden Fragen und führte Gespräche mit verschiedenen Klinikleitern. Im Zentrum der Diskussion standen folgende Fragen:

- Welche Leistungen stellen „Spitzenmedizin“ bzw. „akademische Medizin“ dar und sollten daher besonders fokussiert werden?
- Welche Fachgebiete sind zu Versorgungszwecken, welche für Forschung und Lehre besonders wichtig?
- Nach welcher Logik sollen Einzelleistungen im AKH zugeordnet werden?
- Bei welchen Leistungen besteht ein überregionaler Versorgungsauftrag?

(2) Definition der „Spitzen-“ bzw. akademischen Medizin:

Eine zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien abgestimmte Festlegung von spitzenmedizinischen oder akademischen Schwerpunkten existierte nicht.⁶⁴ Die befragten Klinikleiter hielten sehr unterschiedliche Kriterien für maßgeblich, wie z.B. die Einbeziehung in klinische Studien, die Breite und Tiefe der Leistungen, insbesondere die Berücksichtigung von seltenen Krankheiten bzw. die Analyse der Krankheitsentstehung und die Nutzung der spezifischen Infrastruktur des AKH.

⁶⁴ Einige der befragten Klinikleiter sahen „Spitzenmedizin“ und akademische Medizin als äquivalent, andere interpretierten „Spitzenmedizin“ als Aufgabe aller Ärzte (z.B. durch Erreichen geringerer Komplikationsraten bei niedriger Verweildauer), akademische Medizin dagegen als spezifische Aufgabe für Universitätskliniken.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

Kennzahlen für die Erfassung dieser Kriterien konnten dem RH nicht vorgelegt werden. Die folgende Auswertung zeigt die stationären Aufnahmen der Jahre 2005 bis 2010 nach verrechneten LKF-Punkten.

Tabelle 9: Stationäre Aufnahmen nach LKF-Punkten					
	2005	2010	Anstieg	Anstieg in %	Anteil 2010 in %
< 2.000	51.750	56.375	4.625	9	54
2.000 bis 10.000	36.033	39.855	3.822	11	38
10.000 bis 30.000	5.315	5.729	414	8	6
> 30.000	1.151	1.577	426	37	2
Summe	94.249	103.536	9.287	10	100

Quelle: ÖBIG

Im Jahr 2010 erzielten 54 % der Aufnahmen weniger als 2.000 LKF-Punkte. In dieser Kategorie fiel mit 4.625 zusätzlichen Aufnahmen absolut gesehen der größte Anstieg der Aufnahmen von 2005 bis 2010 an. Prozentuell gesehen war jedoch der Anstieg in der obersten Kategorie (mehr als 30.000 LKF-Punkte je Aufenthalt) am größten (+ 37 %).⁶⁵

(3) Zuordnung von Fachgebieten zu Versorgung oder Lehre und Forschung:

Die Zuordnung der Ressourcen auf einzelne Fachgebiete beruhte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wesentlich auf der im Auftrag der ARGE AKH von der VAMED durchgeführten Planung vom Anfang der 1990er-Jahre, die sich an den Frequenzen der Universitätskliniken vor der Inbetriebnahme des neuen AKH und damit bereits damals an historischen Strukturen orientierte. In der Folge entwickelten die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien unterschiedliche Kriterien für die strategische Weiterentwicklung:

- Die Stadt Wien bewertete im Rahmen der Regionalen Strukturpläne den Bedarf für die unterschiedlichen Fachrichtungen.
- Die Medizinische Universität Wien führte eine Statistik, in der sie die Forschungsleistung (gemessen in Impact Punkten) darstellte. Sie verfolgte die Strategie einer weiteren Stärkung der erfolgreichen Bereiche und verteilte einen Teil der Mittel entsprechend.

⁶⁵ Eine Steigerung der Fallzahl für Aufnahmen mit mehr als 5.000 LKF-Punkten war klinisches Ziel der Medizinischen Universität Wien in der Leistungsvereinbarung 2007 bis 2009.

Leistungsauftrag AKH

Einzelne Fachrichtungen waren unter Versorgungsgesichtspunkten für die Stadt Wien überdurchschnittlich wichtig, erzielten jedoch unterdurchschnittliche Forschungskennzahlen (z.B. Unfallchirurgie). Bei anderen Fachrichtungen sah die Strukturplanung der Stadt Wien sinkenden Bettenbedarf, obwohl aus Sicht der Medizinischen Universität Wien überdurchschnittliche Forschungsergebnisse erzielt werden konnten.

Eine einvernehmliche Priorisierung erfolgte nicht.

(4) Zuordnung von Einzelleistungen zum AKH:

Rund drei Viertel aller Aufnahmen im AKH waren elektive und somit planbare Aufnahmen. Die Ermittlung eindeutiger Kriterien, welche Leistungen in welchen Krankenanstalten erbracht werden sollten, war ein wesentliches Ziel bei der Konzeptionierung des KAV im Jahr 1990. Das Kontrollamt der Stadt Wien hatte 2006 festgestellt, dass dies bis dahin nicht gelungen war. Eine mögliche Verbesserung dieser Situation sei jedoch von der Regionalen Strukturplanung zu erwarten.⁶⁶ Eine Zuordnung von Einzelleistungen ins AKH erfolgte jedoch auch im RSG 2009 und im RSG 2012 nicht. Obwohl auf detaillierterer Ebene Berechnungen angestellt wurden, enthielt der RSG im Ergebnis Bettengrenzen je Fachrichtung.⁶⁷

Der KAV hatte in Fachkommissionen bei ausgewählten Leistungen eine Zuordnung zu einzelnen Krankenanstalten erarbeitet, die sich im Wesentlichen an der Qualität der Versorgung orientierte (z.B. Stroke Units für die Versorgung von Schlaganfallpatienten, PTCA⁶⁸-Versorgung für Herzinfarktpatienten, oder bei der Versorgung von Frühgeborenen). Der Großteil der im AKH erbrachten Leistungen fiel jedoch in keine dieser Kategorien. In die Zuordnung waren die Klinikleiter des AKH, jedoch nicht das Rektorat der Medizinischen Universität Wien eingebunden.

Die einzelnen Klinikleiter entwickelten jeweils eigene Strategien für die stationären Aufnahmen in ihrem Bereich.

⁶⁶ Unternehmung „Wiener Krankenanstaltenverbund“, Ersuchen gemäß § 72 Abs. 6a Wiener Stadtverfassung vom 30. November 2006 (Tätigkeitsbericht 2007), S. 95

⁶⁷ Im Rahmen des ÖSG war vorgesehen, dass Krankenanstalten bestimmte Leistungen nur erbringen durften, wenn sie bestimmte Strukturqualitätskriterien erfüllten. Im Wesentlichen erfüllten jedoch alle Wiener Schwerpunktkrankenhäuser diese Anforderungen.

⁶⁸ perkutane transluminale koronare Angioplastie, ein Verfahren zur Erweiterung oder Wiederöffnung von verengten oder verschlossenen Blutgefäßen

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

- Teilweise sahen die Klinikleiter die Steuerung der zu erbringenden Leistungen als ihre eigene Kernaufgabe. Eine Einflussnahme durch Verwaltungseinheiten hielten sie für unangemessen.
- Andere Klinikleiter waren der Meinung, dass eine „Selbststeuerung“ nur unvollständig sein könne, da bauliche und medizintechnische Voraussetzungen einen Engpass darstellten.
- Mehrere Klinikleiter wiesen darauf hin, dass die (mangelnde) Verfügbarkeit von Ärzten im niedergelassenen Bereich und die dort bestehenden finanziellen Anreize einen wesentlichen Parameter für die Leistungen im AKH darstellten.
- Das Rektorat wies darauf hin, dass Ärzte auch unter ethischen Anforderungen stünden und eine Verweigerung von Behandlungen in der Regel nicht erfolge. Dies schränke eine autonome Planung stark ein.

(5) Überregionaler Versorgungsauftrag:

Sowohl die von der Medizinischen Universität Wien als auch die von der Stadt Wien formulierten strategischen Ziele enthielten einen Verweis auf einen überregionalen Versorgungsauftrag, allerdings keine genauere Angabe, in welchen Fachrichtungen bzw. für welche Leistungen (TZ 9).

Während Wiener Patienten im Schnitt Leistungen mit rd. 3.500 (Abrechnungs)Punkten je Aufenthalt in Anspruch nahmen, lag dieser Wert

- für niederösterreichische und burgenländische Patienten bei rd. 4.200 Punkten,
- für Patienten aus den übrigen Bundesländern bei rd. 6.850 Punkten und
- für ausländische Patienten bei rd. 9.450 Punkten.

Während das AKH im Jahr 2005 rd. 880 ausländische Patienten behandelte (0,9 % aller Aufnahmen), verdoppelte sich diese Zahl auf rd. 1.600 im Jahr 2010 (rd. 1,6 % aller Aufnahmen).

Leistungsauftrag AKH

16.2 Der RH kritisierte, dass in den wesentlichen Aspekten eines zu definierenden Leistungsauftrags keine klaren und einvernehmlichen Vorgaben existierten:

- Die Definitionen von „Spitzen-“ bzw. akademischer Medizin waren sehr unterschiedlich.
- Explizite Kennzahlen fehlten (TZ 15), die verfügbaren Näherungsgrößen waren nur sehr bedingt aussagekräftig. So waren sowohl die Leistungen mit weniger als 2.000 LKF-Punkten je Aufenthalt (absolut) als auch die Leistungen mit mehr als 30.000 LKF-Punkten je Aufenthalt (prozentuell) stark gestiegen.
- Die Kriterien, nach denen Schwerpunkte bei Fachrichtungen gesetzen wurden, waren unterschiedlich; die letzte umfassende, gemeinsame Priorisierung war bereits Anfang der 1990er-Jahre erfolgt und somit rd. 20 Jahre alt.
- Welche Einzelleistungen im AKH erbracht werden sollten, war nicht übergreifend definiert, obwohl dies bereits in den 1990er-Jahren explizites Ziel der Wiener Spitalspolitik war.
- Es bestand zwar Einigkeit, dass es einen überregionalen Versorgungsauftrag gab, aber keine Festlegung, welche Einzelleistungen dieser betraf. Die höheren durchschnittlichen Punktwerte je Aufenthalt sprachen jedoch für eine grundsätzlich sinnvolle Nutzung des AKH bei Aufenthalten aus anderen Bundesländern für besonders aufwendige Behandlungsfälle.

Der RH wiederholte seine Empfehlung, eine gemeinsame, aussagekräftige Zielvorgabe für die Balance von Grundversorgung und „Spitzen-“ bzw. akademischer Medizin abzustimmen (TZ 9). Dazu wären folgende Elemente einvernehmlich festzulegen:

- Es wären genauere (gegebenenfalls fachspezifische) Kriterien für die als „Spitzen-“ bzw. akademische Medizin zu erbringenden Leistungen vorzugeben.
- Es wären die zu priorisierenden Fachgebiete festzulegen.
- Es wäre das Vorgehen für die Zuordnung von Einzelleistungen zum AKH abzustimmen.
- Der überregionale Versorgungsauftrag des AKH wäre konkret festzulegen.

16.3 (1) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien gaben an, die Umsetzung der Empfehlung sei im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ in Arbeit. Weiters sei die Entscheidung getroffen worden, Zielvereinbarungen mit den Klinikleitern gemeinsam durch die Teilunternehmung AKH und das Rektorat zu führen.

(2) Das BMWF begrüßte die Empfehlung des RH und die einzelnen vorzusehenden Elemente der genaueren Abgrenzung des Leistungsauftrags. Es wies weiters darauf hin, dass eine laufende Übernahme von Erkenntnissen der „Spitzenmedizin“ in die Routineversorgung stattfinde und zwischen der Medizinischen Universität Wien und dem Rechtsträger des AKH ein geeignetes Instrumentarium zur Berücksichtigung der laufenden Entwicklung geschaffen werden sollte.

Das BMWF hielt sich jedoch insbesondere bei der Zuordnung von Einzelleistungen und der Definition des überregionalen Versorgungsauftrags des AKH sowie der Festlegung von Zielgruppen und der Art der Patientenbetreuung in den Ambulanzen für unzuständig. Eine direkte Einflussmöglichkeit des BMWF sei mangels Zuständigkeit weder möglich noch sinnvoll.

16.4 Der RH begrüßte die zur Umsetzung seiner Empfehlung getroffenen Maßnahmen. Zur Stellungnahme des BMWF verwies er auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Auswirkungen wienweiter Änderungen auf das AKH

17.1 (1) Die Medizinische Universität Wien hob hervor, dass bei „Kontingent-Betten“, der Notfallambulanz und bei Leistungen der Universitätsklinik für Unfallchirurgie erhebliche Steigerungen eingetreten seien. Diese Bereiche seien überwiegend aus Versorgungsgesichtspunkten, jedoch kaum für Forschung und Lehre relevant.⁶⁹ Der RH untersuchte diese Bereiche daher näher.

(2) Für die Versorgung von Patienten der Wiener Rettung hatten die Krankenanstalten nach den Vorgaben des KAV eine bestimmte Anzahl von „Kontingent-Betten“ freizuhalten. Im AKH waren dies seit 2012 pro Tag 20 Betten (rd. 10 % der Wiener Kontingent-Betten), davor 15 Betten.

⁶⁹ beispielsweise in ihren Begründungen für die Absenkung der Zahlungen zum Ersatz des klinischen Mehraufwands (Schreiben vom 7. Februar 2011 bzw. 13. Jänner 2010)

Leistungsauftrag AKH

Im Verhältnis zum Anteil des AKH an der Gesamtbettenanzahl in Wien (rd. 18 %) waren beide Werte (7 % bzw. 10 %) deutlich unterproportional.⁷⁰

(3) Die Frequenzen in der Notfallambulanz im AKH stiegen zwischen 2005 und 2010 um rd. 10 % an. Rund 10 % der dort behandelten Patienten benötigten eine stationäre Behandlung, rd. 1 % intensive, besonders für Notfälle relevante Behandlungsformen (z.B. Reanimation).

Der Anstieg der Frequenzen in Notfallambulanzen der übrigen KAV-Spitäler betrug in diesem Zeitraum 34 %.

(4) Die Medizinische Universität Wien sah einen „gewaltigen“ Anstieg der Leistungen an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie. Aufgrund der hohen Auslastung sei in diesem Bereich Forschung nur noch in der Freizeit möglich.

Der RH verglich die Entwicklung der Auslastung und der Belagstage im AKH mit der wienweiten Entwicklung. Er stellte fest, dass die Belagsstage im AKH von 2005 bis 2011 um rd. 2 %, wienweit um rd. 12 % gestiegen waren.⁷¹

Die Auslastung⁷² war sowohl im AKH als auch wienweit mit durchschnittlich rd. 92 % bis 94 % gleichbleibend hoch.

17.2 Der RH stellte fest, dass bei den „Kontingent-Betten“, bei den Frequenzen der Notfallambulanz und bei der Unfallchirurgie zusätzliche Belastungen für das AKH eingetreten waren. Diese waren im Vergleich zu den übrigen Krankenanstalten im KAV zwar unterdurchschnittlich, konnten aber zu Verschiebungen der früheren Schwerpunkte bzw. zwischen „akademischer Medizin“ und „Routineversorgung“ führen.

Der RH wies jedoch darauf hin, dass dies wienweite Änderungen widerspiegelte. Auch in Zukunft werden Änderungen z.B. bei der Patientenversorgung (z.B. höhere Zahl tagesklinischer Patienten, weitere Verkürzung der Belagsdauer) oder auch bei der Studierendenzahl nicht

⁷⁰ Die Regelung differenzierte zwischen Wochentagen und Wochenenden sowie zwischen regulären Kontingent-Betten und „Aufbuchungen“ im Notfall.

⁷¹ Das AKH hatte einen Vertrag mit dem Kuratorium der Wiener Pensionisten-Wohnhäuser geschlossen, nach dem Patienten für Zwecke der Remobilisation als Bewohner gegen Kostenersatz des AKH betreut werden konnten. Im Jahr 2011 nutzte das AKH diese Möglichkeit in einem Umfang von rd. 1,2 Mio. EUR. Dadurch konnten Patienten insbesondere in der Universitätsklinik für Unfallchirurgie früher entlassen und so die Versorgungswirkung des AKH erhöht werden.

⁷² Nach der im DIAG verwendeten Formel werden dabei die Belagstage zu den tatsächlichen Betten in Beziehung gesetzt.

auszuschließen sein. Nach Auffassung des RH musste das AKH derartigen Entwicklungen Rechnung tragen. Soweit dadurch Verschiebungen zwischen Patientenversorgung und akademischer Medizin unvermeidbar werden, sollte entweder durch Anpassungen in anderen Leistungsbereichen oder durch Anpassung der Zahlungsströme ein Ausgleich geschaffen werden.

Der RH empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, bei der Festlegung des Leistungsauftrags des AKH (TZ 15, 16) Möglichkeiten zur Anpassung an geänderte Bedürfnisse vorzusehen.

17.3 Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, dass der Empfehlung des RH nachgekommen werde.

Ambulanzen

18.1 (1) Das AKH behandelte im Jahr 2010 in rd. 70 Allgemein- und rd. 330 Spezialambulanzen rd. 568.000 Patienten und verzeichnete dabei rd. 1,8 Mio. Ambulanzbesuche. Das AKH erbrachte somit rd. 33 % der ambulanten Leistungen des KAV und damit im Vergleich zum Anteil der stationären Patienten überproportional viele.

- Aus Sicht der Medizinischen Universität Wien waren die allgemeinen Ambulanzen wenig forschungsrelevant. Die Inanspruchnahme der Ambulanzen sollte daher auf Fälle beschränkt werden, die klare Notfälle darstellten oder die spezifische Kompetenzen des AKH erforderten.
 - Demgegenüber stellte der ärztliche Direktor im Auftrag des Generaldirektors des KAV mit Schreiben vom 15. Oktober 2010 klar, dass jeder Patient, der eine Behandlung benötigte oder wünschte, „zu administrieren und von einem dazu qualifizierten Arzt zu untersuchen“ war.
- (2) Die gesetzlichen Vorgaben waren nicht eindeutig. Laut § 42 des Wiener Krankenanstaltengesetzes (Wr. KAG) waren Personen ambulant zu untersuchen oder zu behandeln:⁷³
- zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
 - wenn eine Behandlung im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt fortgesetzt werden musste,

⁷³ weiters für Fortpflanzungsmedizin, Organspenden und Blutspenden

Leistungsauftrag AKH

- wenn nötige Behelfe sonst nicht zur Verfügung standen,
- über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- für klinische Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten.

Die auf das Jahr 1988 zurückgehenden Verträge zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Krankenanstalten verpflichteten diese auch dann zur ambulanten Behandlung, wenn Patienten einen „Facharzt-Schein“ vorlegten.⁷⁴ Eine Regelung über die Anzahl der zu betreuenden Patienten oder die nötigen Ressourcen dafür gab es nicht. Aus Art. 25 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems⁷⁵ konnte abgeleitet werden, dass diese Sachleistungsverpflichtungen der Krankenanstalten übernommen wurden.⁷⁶

Die Spitalsambulanzen waren daher nach dem Wr. KAG – von Fällen der Ersten Hilfe abgesehen – nur für die Behandlung von Spezialfällen eingerichtet. Im Gegensatz dazu hatten sie nach der Vertragslage des Jahres 1996, auf die in der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Bezug genommen wurde, alle Patienten zu behandeln.

Die Gesundheitsplanung im RSG Wien führte zu keiner weiteren Klärung der ambulanten Leistungsverpflichtungen der Krankenanstalten. Sie sah zwar Gesamt-Vollzeitäquivalente für Ärzte bestimmter Fachrichtungen vor, aber keine Aufteilung dieser Ressourcen auf den niedergelassenen oder den spitalsambulanten Bereich.

⁷⁴ Dafür leistete die Sozialversicherung einen Pauschalbetrag (im Jahr 1988 ATS 210) pro Patient und Quartal, mit dem außer Sonderleistungen (z.B. Zahnbehandlung) alles abgegolten war. Der Pauschalbetrag war gedeckelt (1988 mit 235 Mio. ATS, 1996 mit 451 Mio. ATS).

⁷⁵ BGBl. I Nr. 105/2008

⁷⁶ Mit den Zahlungen der Träger der Sozialversicherung an die Landesgesundheitsfonds seien alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen zur Gänze abgegolten. Nach Ablauf der Vereinbarung würden die am 31. Dezember 1996 maßgeblichen Verträge zwischen den Trägern der sozialen Krankenversicherung und den Rechtsträgern der Krankenanstalten wieder rechtswirksam. Im Übrigen sollte die Angebotsplanung im Rahmen der Gesundheitsfonds im Hinblick auf die ambulante Versorgung einvernehmlich erfolgen.

(3) Eine übergreifende Strategie der Teilunternehmung AKH über Behandlungsabläufe oder Zielgruppen der Ambulanzen konnte der RH nicht feststellen.⁷⁷ Die Initiative für Veränderungen lag bei den Klinikleitern. Eine Abteilung der Ärztlichen Direktion prüfte deren Vorschläge unter organisatorischen Gesichtspunkten (z.B. Öffnungszeiten, Koordination von Anforderungen für Leitstellenmitarbeiter oder Pflegepersonal). Entscheidungen darüber traf die kollegiale Führung.

Der RH führte Interviews mit ausgewählten Klinikleitern und stellte sehr unterschiedliche Zugänge und Entwicklungen fest.

- Ein Klinikleiter gab an, er habe den Personaleinsatz für die Ambulanz seit seiner Berufung selbstständig wesentlich reduziert. Er habe die niedergelassenen Fachärzte informiert, so dass nunmehr weniger Patienten überwiesen würden.
- Ein Klinikleiter gab an, jeder Patient werde erstbegutachtet. Liege kein Notfall oder Spezialfall vor, könne der Patient zwischen einer Behandlung beim niedergelassenen Arzt und einem (gegebenenfalls deutlich) späteren Termin im AKH, der eine geordnete Betreuung bei vertretbarem Personaleinsatz ermögliche, wählen.
- Mehrere Kliniken gaben an, dass zwar jeder Patient begutachtet würde, aber durchaus Personen (mit Behandlungsempfehlung) an den niedergelassenen Bereich zur Behandlung verwiesen würden. Manche Ambulanzen hatten dazu ausführliche Unterlagen erstellt, wann eine Weiterverweisung erfolgen solle.
- Mehrere Kliniken gaben an, dass im Hinblick auf die Situation im niedergelassenen Bereich (mangelnde Verfügbarkeit von Fachärzten bzw. Öffnungszeiten der Ordinationen) eine einseitige Reduktion der Ambulanztätigkeit im AKH nicht möglich sei. Es sei ein abge-

⁷⁷ Im Internetauftritt des AKH war jedoch eine „Zugangsregelung zu den Ambulanzen des AKH Wien“ enthalten. Diese enthielt neben einem Verweis auf die Regelung des Wr. KAG folgende Passage: „Das AKH steht sehr gerne allen Patienten zur Verfügung. Es ersucht aber um Verständnis dafür, dass die Einhaltung des Zuweisungsweges zu beachten ist. Nur so ist sichergestellt, dass die Kapazität des AKH jenen Patienten zur Verfügung steht, die es wirklich brauchen.“

stimmtes Vorgehen mit den Krankenversicherungsträgern nötig, das nur seitens des Krankenanstaltenträgers initiiert werden könne.⁷⁸

- In Einzelfällen kam es immer wieder dazu, dass Patienten auf einer Behandlung (auch in der Nacht oder am Wochenende) bestanden, ohne dass ein Notfall vorlag. In der Regel erfolgte dann eine Behandlung.

(4) Eine Analyse der Entwicklung der Ambulanzen zeigte, dass die Ambulanzfrequenzen insgesamt im Zeitraum von 2005 bis 2011 um rd. 4 % rückläufig waren. Während die Erstbesuche im gleichen Zeitraum um rd. 11 % anstiegen, gingen die Kontrollen um rd. 19 % zurück.⁷⁹

In einzelnen Kliniken (z.B. für Kinder- und Jugendheilkunde) stiegen die Ambulanzfrequenzen deutlich an, in anderen (z.B. der Universitätsklinik für Augenheilkunde bzw. für Orthopädie) gingen sie deutlich zurück.

Die Anzahl der Ambulanzen, die weniger als 1.000 Patientenkontakte jährlich aufwiesen, stieg von 2005 bis 2011 um rd. 16 % an (von 61 auf 71).

18.2 Der RH stellte fest, dass das AKH überproportional viele ambulante Leistungen erbrachte und die Rechtsträger dazu unterschiedliche Strategien verfolgten: Während die Stadt Wien die Vorgabe machte, jeden Patienten zu behandeln, strebte die Medizinische Universität Wien eine Reduktion der Ambulanzfrequenzen an.

Die Vorgaben der gesetzlichen Grundlagen, der Gesundheitsplanung und der kollegialen Führung waren nicht eindeutig. Daraufhin verfolgten die einzelnen Kliniken sehr unterschiedliche Ziele. Dies betraf einerseits die Zielgruppen (Betreuung aller hilfesuchenden Patienten oder Beschränkung auf Spezialfälle) und andererseits die Art der Patientenbetreuung (z.B. Verweis auf den niedergelassenen Bereich mit

⁷⁸ Der Wiener Gesundheitsfonds organisierte von Juli 2006 bis Juni 2007 ein Reformpoolprojekt zur ambulanten Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche am AKH durch eine kinderfachärztliche Notdienst-Ordination. Ausgangspunkt war, dass an Wochenenden die Patientenfrequenz der Notfallambulanz rd. 40 % höher war als an anderen Tagen. Nicht alle Patienten würden die besondere Infrastruktur des AKH brauchen. Im Rahmen des Projekts betreuten niedergelassene Ärzte, die unmittelbar im AKH eine Ordination führten, an den Wochenenden für 36 Stunden die Patienten. Die Projektziele wurden erreicht, die Einsparungen waren höher als die Zusatzkosten. Andererseits war die Auslastung der Ordination ungünstig, und es kamen zusätzliche Patienten ins AKH. Eine Überführung des Projekts in den Dauerbetrieb erfolgte nicht.

⁷⁹ Die Erstkontakte erreichten ihren Höhepunkt allerdings bereits im Jahr 2007 (rd. 605.000 Fälle) und gingen danach wieder zurück (rd. 552.000 Fälle im Jahr 2011). Die Kontrollen gingen von rd. 770.000 im Jahr 2005 auf rd. 620.000 im Jahr 2011 zurück.

Behandlungsempfehlung oder Vereinbarung späterer Termine). Eine übergreifende Strategie im Sinne einer ökonomischen Optimierung oder einer Zuordnung der Patienten zu den besten Behandlungsmöglichkeiten war für den RH nicht erkennbar.

Tatsächlich war die Entwicklung nicht eindeutig: Während die Gesamtfrequenzen rückläufig waren, stieg die Zahl der (häufig besonders aufwendigen) Erstkontakte an. Weiters stieg die Zahl der Ambulanzen mit weniger als 1.000 Patientenkontakten an, was auf eine weitere Spezialisierung hinwies.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, für den ambulanten Bereich die Zielgruppen und die Art der Patientenbetreuung genauer festzulegen.

18.3 *(1) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, dass im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ neben einer stationären Leistungsplanung auch der ambulante Bereich bearbeitet würde. Die Umsetzung der Empfehlung des RH sei daher in Planung.*

(2) Die Stadt Wien hob hervor, dass auch der Konnex zum niedergelassenen Bereich eine große Rolle spiele. Auch wenn dabei die Einflussmöglichkeit durch das AKH Wien beschränkt sei, werde eine engere Zusammenarbeit angestrebt. In Umsetzung der Gesundheitsreform spiele die Anwendung ambulanter Versorgungskonzepte eine wesentliche Rolle. Die Ergebnisse aus dem Medizinischen Masterplan würden vom AKH Wien in die Arbeitsgruppen zur Umsetzung der Gesundheitsreform eingebracht.

(3) Das BMWF führte aus, es sei für die Umsetzung der Empfehlung nicht zuständig.

18.4 Der RH begrüßte die gemeinsame Bearbeitung der Umsetzung seiner Empfehlung zwischen Stadt Wien und Medizinischer Universität Wien. Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Mangelnde Ausrichtung am gemeinsamen Interesse

19.1 *(1) In einigen Fällen (z.B. bei „BRCA“-Leistungen, bei Transplantationsförderungen sowie bei der In-vitro-Fertilisation) waren die Teilunternehmung AKH bzw. die Medizinische Universität Wien nicht ausreichend am gemeinsamen Interesse orientiert.*

(2) Für Transplantationen war es in bestimmten Situationen erforderlich, den Tod von Organspendern zweifelsfrei festzustellen, ohne Organe zu beschädigen. Dazu untersuchten Neurologen der Medizinischen Universität Wien Gehirnströme. Die Stadt Wien erhielt als Träger des AKH Förderungen für die Unterstützung der Transplantationen,⁸⁰ die sie nicht an die Medizinische Universität Wien weiterleitete, obwohl diese die Kosten der Neurologen trug. Die Medizinische Universität Wien führte diesen Umstand als Begründung für die Kürzung des klinischen Mehraufwands ab dem Jahr 2009 an.⁸¹

(3) Die Stadt Wien verpflichtete sich in Verträgen mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundesgesundheitsagentur, molekulargenetische Analysen zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs („BRCA-Leistungen“) bzw. erhöhtem Risiko dafür im AKH zu erbringen. Die beiden Vertragspartner der Stadt Wien übernahmen jeweils ein Drittel der Kosten (mit einer Obergrenze von rd. 150.000 EUR), ein Drittel verblieb bei der Stadt Wien. Kosten, die der Bund bzw. die Medizinische Universität Wien trugen (etwa für Ärzte), wurden nicht ersetzt. Die Medizinische Universität Wien führte auch dies als Grund für die Reduktion des klinischen Mehraufwands an.

(4) Das AKH erbrachte mit Hilfe der Ärzte der Medizinischen Universität Wien auch Leistungen zur In-vitro-Fertilisation (IVF). Die Teilunternehmung AKH erhielt dafür als Krankenanstaltenträger unter bestimmten Umständen ein besonderes Entgelt.⁸² Sie leitete auch in diesen Fällen für die ärztliche Leistung keine Mittel an die Medizinische Universität Wien weiter.

Im Jahr 2008 schloss die Medizinische Universität Wien eine Vereinbarung mit einer Privatklinik über ein IVF-Institut ab. Sie stellte dafür Ärzte bereit, das Ambulatorium ersetzte die Personalkosten (im Jahr 2008 rd. 180.000 EUR) und beteiligte die Medizinische Universität Wien an den erzielten Deckungsbeiträgen.

⁸⁰ im Jahr 2005 rd. 58.220 EUR, im Jahr 2006 rd. 58.732 EUR, im Jahr 2007 rd. 43.610 EUR, im Jahr 2008 rd. 51.930 EUR und im Jahr 2009 rd. 61.360 EUR

⁸¹ Schreiben vom 13. Jänner 2010

⁸² Leistungen zur In-vitro-Fertilisation stellten keine Krankenbehandlung dar und wurden daher nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt. Unter bestimmten Umständen förderte sie aber ein (auch aus Mitteln der Sozialversicherung gespeister) Fonds. Nach dem IVF-Fonds-Gesetz, BGBl. I Nr. 180/1999, war beim BMG ein Fonds zur Mitfinanzierung der IVF einzurichten. Er hatte unter bestimmten Voraussetzungen (§ 4) 70 % der Kosten zu tragen. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger schloss für den Fonds mit Krankenanstaltenträgern Verträge ab, die eine Berechtigung zur Durchführung von IVF unter Kostentragung des Fonds begründen.

Die Medizinische Universität Wien gestattete ihren Mitarbeitern diese Tätigkeit als Forschungstätigkeit, somit in der Dienstzeit.

Die Mitwirkung an der Patientenakquisition war ausdrücklich Aufgabe des ärztlichen Leiters des IVF-Instituts, der Mitarbeiter der Medizinischen Universität Wien war.⁸³ Er appellierte schriftlich an Kollegen, IVF-Patientinnen an das Ambulatorium Döbling zu überweisen. Die Medizinische Universität Wien gab jedoch an, durch ihre Tätigkeit im IVF-Institut die im AKH erbrachten Leistungen nicht zu reduzieren.⁸⁴

(5) Es gab keine vertragliche Regelung, nach der die Stadt Wien bei der Übernahme von neuen klinischen Aufgaben (wie z.B. BRCA-Leistungen) auf die Interessen der Medizinischen Universität Wien Rücksicht zu nehmen hätte. Umgekehrt war diese nicht verpflichtet, ihr Personal vorrangig im Interesse des AKH einzusetzen.

19.2 Nach Ansicht des RH sollten die Medizinische Universität Wien und die Teilunternehmung AKH die gegenseitigen Interessen mitberücksichtigen, auch wenn dies nicht ausdrücklich vertraglich vereinbart war. Der RH kritisierte, dass dazu wenig Bereitschaft seitens der Rechtsträger erkennbar war.

Er empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, eine Verpflichtung zur wechselseitigen Interessenwahrung und eine Schiedsinstanz festzulegen. In diesem Zusammenhang sollten auch die Auseinandersetzungen um die BRCA-Leistungen, Transplantationsförderungen und In-vitro-Fertilisation einvernehmlich gelöst werden.

19.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien stimmten der Empfehlung des RH zu.*

(2) Auch das BMWF stimmte dem RH zu, dass derartige Regelungen integrierender Bestandteil eines abzuschließenden Zusammenarbeitsvertrags sein sollten, hielt sich aber für eine direkte Einflussnahme auf die Abwicklung der Krankenversorgung nicht für zuständig.

⁸³ Das Ambulatorium Döbling nahm im Vertrag zur Kenntnis, dass die Stadt Wien an einer Aufrechterhaltung ihres IVF-Fondsvertrags interessiert sei und dass von einer Erbringung der vorgeschriebenen Mindestmenge (50 Versuche pro Jahr) auf Dauer auszugehen sei.

⁸⁴ Das AKH vermutete, dass überwiegend Leistungen der Patientenbehandlung und nur geringfügig Leistungen der Forschung erbracht wurden. Zwischen 2009 und 2012 fanden mehrere Gespräche zwischen ärztlichem Direktor und Rektor statt, in denen auch dieses Projekt diskutiert wurde. Im Oktober 2011 beauftragte das AKH ein Rechtsgutachten über Möglichkeiten zur Bekämpfung des Vorgehens der Medizinischen Universität Wien. Der Gutachter empfahl dem AKH, von den Ärzten eidesstattliche Erklärungen zu verlangen, keine Patienten für das Ambulatorium Döbling „abzuwerben“.

Leistungsauftrag AKH

19.4 Der RH begrüßte die Zustimmung aller drei Rechtsträger zu seiner Empfehlung. Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Gesamteinschätzung

20.1 Zusammenfassend hob der RH hervor, dass nicht in ausreichendem Maße eine gemeinsame strategische Zielsetzung, insbesondere eine Priorisierung zwischen Aufgaben der Basisversorgung und „Spitzen-“ bzw. akademischer Medizin (TZ 9) erfolgte. Die Steuerung und Planung der Leistungen im AKH war auf eine Vielzahl unterschiedlicher Prozesse aufgeteilt, die weder personell noch zeitlich oder inhaltlich ausreichend zwischen den Rechtsträgern abgestimmt waren (TZ 10).

Hohe Bettensperren und deren ineffiziente Strukturen verursachten erhebliche Leerstandskosten (TZ 11, 13). Gegenmaßnahmen fehlten bis zum Jahr 2011 (TZ 12), die im Jahr 2012 schließlich beschlossenen Maßnahmen waren nicht auf eine ausreichende ökonomische Analyse gegründet (TZ 12, 14).

Wichtige Kennzahlen und Daten (etwa die auf Forschung verwandte Arbeitszeit) für die Feststellung einer Verschiebung zwischen „akademischer Medizin“ und „Routineversorgung“ waren nicht definiert (TZ 15). Für eine abgestimmte Leistungsplanung und die Anpassung des Leistungsspektrums des AKH an übergreifende Veränderungen fehlten somit wesentliche Voraussetzungen (TZ 16, 17). Die Vorgaben für die Ambulanzen waren besonders unklar (TZ 18). Bei strittigen Einzelfällen (z.B. bei „BRCA“-Leistungen, bei Transplantationsförderungen sowie bei der In-vitro-Fertilisation) waren die Medizinische Universität Wien bzw. die Teilunternehmung AKH nicht ausreichend am gemeinsamen Interesse orientiert (TZ 19).

20.2 Der RH hielt daher die Festlegung eines gemeinsamen strategischen Leistungsziels und abgestimmter Prozesse zur Vereinbarung konkreter Ziele sowie eine bessere Abstimmung im Einzelfall für unerlässlich und verwies auf seine diesbezüglichen Empfehlungen (TZ 9 bis 19).

Finanzielle Rahmenbedingungen

Methodik

21 Der RH erhob zunächst den Gesamtaufwand des AKH und analysierte, welche Rechtsträger dafür auf welche Weise aufkamen und welche Anreizeffekte sich daraus ergaben. Besonderen Fokus legte er dabei auf den klinischen Mehraufwand.

Weiters führte er einen Wirtschaftlichkeitsvergleich des AKH mit ausgewählten Vergleichskrankenanstalten durch.

Er erhob die Entwicklung der dem AKH seitens der beteiligten Rechtsträger zur Verfügung stehenden Mittel von 2005 bis 2011. Schließlich analysierte er die Planungs- und Berichtsprozesse und fasste seine Ergebnisse in einer Gesamteinschätzung zusammen.

Mittelaufbringung und Anreizwirkungen

Mittelaufbringung

- 22.1** (1) Aufgrund der Beteiligung mehrerer Rechtsträger fehlte ein gemeinsames umfassendes Rechenwerk für die Gebarung des AKH.

Die Teilunternehmung AKH legte einen Rechnungsabschluss, der sich an den Vorschriften des Unternehmensgesetzbuchs (UGB) orientierte. Dieser enthielt keine Aufwendungen, die von der Medizinischen Universität Wien getragen wurden (z.B. die Ärztekosten).

Die Medizinische Universität Wien erstellte einen Rechnungsabschluss nach dem UGB. Dieser umfasste alle Organisationseinheiten, also auch jene, die nicht unmittelbar mit dem AKH in Verbindung standen (z.B. medizinisch-theoretische Bereiche).

Somit lag kein Rechnungsabschluss vor, der die im AKH entstehenden Aufwendungen und Erträge gesamthaft auswies.⁸⁵

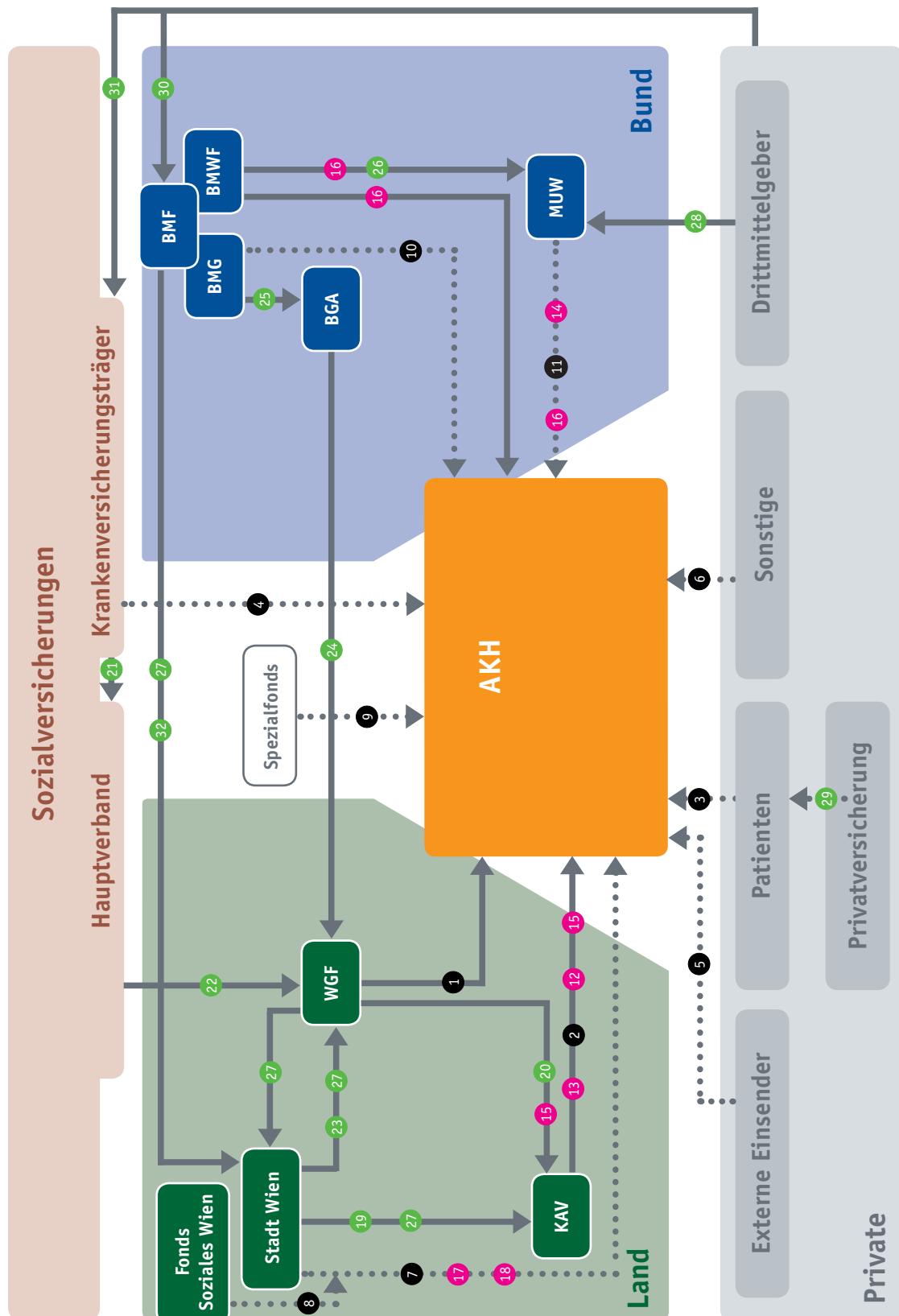
- (2) Der RH analysierte die Mittelaufbringung für das AKH im Jahr 2010 anhand des Rechnungsabschlusses, der Finanzbuchhaltung und der Kostenrechnung der Teilunternehmung AKH sowie des KAV, der Meldungen und des Rechnungsabschlusses der Medizinischen Universität Wien, des Tätigkeitsberichts des Wiener Gesundheitsfonds, des Bundesrechnungsabschlusses sowie des Rechnungsabschlusses der Stadt Wien.

Die folgende Abbildung zeigt die daraus gewonnene Übersicht. Dabei sind leistungsorientierte Mittel an das AKH schwarz, sonstige Mittel an das AKH rot gekennzeichnet. Wichtige sachbezogene Mittelflüsse zwischen den Trägern, die dem AKH Ressourcen zur Verfügung stellten („Refinanzierung“), sind grün gekennzeichnet.

⁸⁵ Entsprechend den Vorgaben des BMG hatte der Krankenanstaltenträger eine Meldung über die Kosten der Krankenanstalt zu erstellen. Dazu meldete die Medizinische Universität Wien bestimmte Daten an den Krankenanstaltenträger. Erlöse waren dabei nicht darzustellen. Zusätzlich war auch eine Leistungsstatistik zu erstellen, die auch die erzielten LKF-Punkte bzw. Ambulanzfrequenzen enthielt.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Abbildung 3: Mittelaufbringung für das AKH



Nr.	Wer	Wohin	Erläuterung	Nr.	Wer	Wohin	Erläuterung
1	WGF	AKH	"Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung"	19	Stadt	KAV	Betriebskostenzuschüsse und Investitionsfinanzierung
2	KAU	AKH	Ambulanzergütigung	20	WGF	KAV	Ambulanzergütigung
3	Patienten	AKH	z.B. Anstaltsgebühren, Sonderklassengebühren	21	WGKK	Hauptverband	Finanzierung des Landesgesundheitsfonds
4	Sozialversicherungsträger	AKH	z.B. Mutter-Kind-Pass Untersuchungen	22	Hauptverband	WGF	Finanzierung des Landesgesundheitsfonds
5	Externe Einsender	AKH	z.B. Entgelte für die Analyse von Laborproben	23	Stadt	WGF	Finanzierung des Landesgesundheitsfonds
6	Sonstige Private	AKH	z.B. Geschäftsmieten	24	BGA	WGF	Finanzierung des Landesgesundheitsfonds
7	Stadt	AKH	direkte Leistungsverrechnung (z.B. MA 40)	25	BMG	BGA	Finanzierung des Landesgesundheitsfonds
8	Fonds Soziales Wien	AKH	Abrechnung für Sozialhilfeempfänger	26	BMWFF	MUW	Budgetzuteilung über Leistungsvereinbarung
9	Spezialfonds	AKH	z.B. In-Vitro-Fertilisationsförderung	27	BMF über Stadt und WGF	KAV	Mittel nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
10	BMG	AKH	z.B. BRCA-Förderung	28	Drittmittelegeber	MUW	Finanzierung von Forschungsprojekten
11	MUW	AKH	Vergütung für Leistungen bei klinischen Studien	29	Privatversicherungen	Patienten	z.B. Ersatz von Sonderklassenhonoraren
12	KAV	AKH	Mittel nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (27)	30	Private	BMF	Steuermittel
13	KAV	AKH	Betriebskostenzuschüsse und Investitionszuschüsse	31	Private	Sozialversicherung	Krankenversicherungsbeiträge
14	MUW	AKH	Ausgleichsbetrag für klinischen Mehraufwand, Ärzte	32	BMF	Stadt Wien	Finanzausgleich
15	WGF	KAV	Investitionszuschüsse				
16	BMWFF	AKH	Investitionsförderung, Projektfinanzierung (z.B. AKIM)				Leistungsorientierte Finanzierung
17	Stadt	AKH	Ausbildende				Sonstige Finanzierung
18	Stadt	AKH	Verwaltungskostentersätze				Refinanzierung
							starker Geldfluss
							schwacher Geldfluss

Quelle: RH

Finanzielle Rahmenbedingungen

Die Abbildung lässt mehrere wichtige Elemente der Mittelaufbringung des AKH erkennen:

- Für das AKH bestanden zahlreiche Wege der Mittelaufbringung. Die Darstellung des RH stellt 18 Kategorien gesondert dar, in denen jedoch schon mehrere Mittelflüsse zusammengefasst sind.⁸⁶
- Die Mittelaufbringung erfolgte teilweise leistungsorientiert, teilweise nicht. Die Darstellung zeigt zwölf leistungsorientierte Wege der Mittelaufbringung und sechs sonstige.
- Mehrere Rechtsträger trugen zur Mittelaufbringung sowohl nach leistungsorientierten als auch nach sonstigen Kriterien bei. Teilweise hingen die jeweiligen Beträge dabei voneinander ab. Beispielsweise sollte der Betriebskostenzuschuss der Stadt Wien einen etwaigen Abgang des AKH ausgleichen; er war damit umso höher, je niedriger die leistungsorientierte Vergütung seitens der Stadt Wien war.
- Sowohl die leistungsorientierte als auch die sonstige Mittelaufbringung war auf mehrere Rechtsträger und Wege zersplittet. So leisteten neben dem Wiener Gesundheitsfonds auch Krankenversicherungsträger, Spezialfonds, die Stadt Wien, Patienten und die Bundesgesundheitsagentur leistungsorientierte Vergütungen nach jeweils unterschiedlichen Kriterien. Nicht leistungsorientierte Mittel erhielt das AKH z.B. von der Stadt Wien (Betriebskostenzuschüsse), vom Bund über die Medizinische Universität Wien (Ärzte, klinischer Mehraufwand) und über das BMF (Förderungen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG)).⁸⁷
- Auch zwischen den Rechtsträgern, die Mittel aufbrachten, bestanden sachbezogene Verflechtungen. Zum Beispiel beeinflusste die Höhe der Beiträge an die Sozialversicherungen [31]⁸⁸ im Wege deren Überweisung an den Hauptverband [21] dessen Leistungen an den Wiener Gesundheitsfonds [22] und damit die Höhe der Erlöse des AKH aus dem LKF-System [1] (siehe auch TZ 24).
- Mehrere Wege waren aufgrund im Kreis laufender Überweisungen kompliziert. So liefen die Mittel nach dem GSBG vom BMF an die Stadt Wien, diese wies die Mittel dem Wiener Gesundheitsfonds

⁸⁶ etwa von Patienten (vgl. z.B. die Darstellung der Sonderklasse unter TZ 14)

⁸⁷ Kranken- und Kuranstalten war ein Vorsteuerabzug nur beschränkt möglich. Sie erhielten als Ausgleich eine Beihilfe gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG).

⁸⁸ Die Zahlen in eckigen Klammern beziehen sich auf die Beschriftung in Abbildung 3.

zu,⁸⁹ der dann die Weiterleitung über die Stadt Wien und den KAV an das AKH anordnete [27, 12].

Rund zwei Drittel der Mittel wurden über drei Wege aufgebracht:

- die Abgeltung der LKF-Punkte durch den Wiener Gesundheitsfonds (2010: rd. 290,76 Mio. EUR),
- der Betriebskostenzuschuss der Stadt Wien (2010: rd. 193,59 Mio. EUR)⁹⁰ und
- die Leistungen der Medizinischen Universität Wien für Personal und den klinischen Mehraufwand (2010: rd. 225,52 Mio. EUR).

(3) Dennoch war der Anteil der beteiligten Rechtsträger an der Mittelaufbringung nicht ohne weiteres zu erkennen:

Der Bund beteiligte sich an der Mittelaufbringung des AKH wie folgt:

- Über das BMG stellte er der Bundesgesundheitsagentur Mittel zur Finanzierung des Wiener Gesundheitsfonds [24, 25] zur Verfügung.
- Über das BMF leistete er eine Beihilfe gemäß dem GSBG.
- Über das BMWF und die Medizinische Universität Wien stellte er mit dem Globalbudget⁹¹ [26] die Mittel für den laufenden klinischen Mehraufwand sowie für die im AKH tätigen Ärzte zur Verfügung [14].
- Zudem bekam das AKH Bundesmittel zur Finanzierung von Investitionen bzw. für spezielle Projekte⁹² (teilweise vom BMWF und teilweise über die Medizinische Universität Wien) [16].
- In Einzelfällen verrechnete das AKH selbst Leistungen mit der Bundesgesundheitsagentur (z.B. zu BRCA-Leistungen, siehe TZ 19) [10].

⁸⁹ Nach Art. 21 Abs. 1 Z 5 der Vereinbarung nach Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und § 3 Z 3 des Gesetzes über die Errichtung des Wiener Gesundheitsfonds waren die GSBG–Mittel solche des jeweiligen Landesgesundheitsfonds.

⁹⁰ ohne St. Anna Kinderspital

⁹¹ Gemäß § 12 UG sind die Universitäten vom Bund zu finanzieren. Sie erhalten ein Globalbudget, das für eine dreijährige Leistungsvereinbarungsperiode im Voraus festgelegt wird, und können im Rahmen ihrer Aufgaben und der Leistungsvereinbarung frei über dessen Einsatz verfügen. Im Falle der Medizinischen Universitäten erhöhte sich das Globalbudget um den Betrag des klinischen Mehraufwands.

⁹² z.B. für die Implementierung des neuen IT–Systems „Allgemeines Krankenhaus Informations–Management“ (AKIM)

Finanzielle Rahmenbedingungen

Die Stadt Wien beteiligte sich an der Mittelaufbringung über den Wiener Gesundheitsfonds, den KAV und über direkte Zahlungen an das AKH.

- Über den Wiener Gesundheitsfonds leistete die Stadt Wien Beiträge [23] zur leistungsorientierten Finanzierung der stationären Aufenthalte, zur Ambulanzfinanzierung [20] und zu den Investitionszuschüssen [15]. Erstere flossen vom Wiener Gesundheitsfonds direkt an das AKH, die beiden anderen im Wege des KAV [2].
- Die Mittel über den Wiener KAV bestanden größtenteils aus Betriebskostenersätzen zur Deckung eines Betriebsabgangs und Investitionskostenzuschüssen [13, 19]. Bis 2008 waren nur die Betriebskostenersätze für die Berechnung des Maastricht-Defizits relevant, danach auch die Investitionskostenzuschüsse.
- Bestimmte Leistungen (z.B. für nicht sozialversicherte Sozialhilfeempfänger) vergütete die Stadt Wien bzw. der Fonds Soziales Wien [8] dem AKH direkt [7]. Die Stadt Wien stellte dem AKH weiters Personal wie z.B. Auszubildende im Bereich der Krankenpflege zur Verfügung [17].
- In einigen Bereichen existierte eine Art „interne Leistungsverrechnung“ der Stadt Wien: Dienststellen der Stadt Wien erbrachten Leistungen für das AKH (z.B. die Magistratsabteilung 6 im Rechnungswesen) [18], für die das AKH einen Kostenersatz an die Stadt Wien leistete, den diese wieder vergütete. Zudem leistete das AKH einen Kostenersatz für zentrale Dienststellen und Organe der Stadt Wien, der ihm wieder rückvergütet wurde. Die Stadt Wien bezahlte Ruhe- und Versorgungsgenüsse für pensionierte Mitarbeiter nach der Pensionsordnung 1995. Dafür leisteten der KAV (und auch das AKH) anteilige Kostenersätze, die die Stadt Wien ihrerseits wieder vergütete.

Die Träger der Sozialversicherung leisteten einerseits einen erheblichen Anteil (2010 rd. 72 %) zur Finanzierung des Wiener Gesundheitsfonds⁹³ [22], andererseits rechnete das AKH mit ihnen auch direkt Leistungen ab (z.B. für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) [4].

⁹³ Der Wiener Gesundheitsfonds erhielt Mittel vom Bund (2010 rd. 21 %) sowie der Stadt Wien (2010 rd. 7 %) und der Sozialversicherung [1] (2010: rd. 72 %). Die Höhe der Mittel ergab sich dabei aus dem Umsatzsteueraufkommen und der Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung. Im Jahr 2010 finanzierte der Wiener Gesundheitsfonds 22 Wiener Krankenanstalten. Elf davon führte die Stadt Wien, acht Ordensgemeinschaften sowie je eine die St. Anna Kinderspital GmbH, die Wiener Gebietskrankenkasse und die Evangelische Krankenhaus Wien gemeinnützige Betriebsgesellschaft m.b.H.

Schließlich erhielt das AKH auch Mittel von Privaten, z.B. Entgelte von Patienten [3],⁹⁴ Entgelte von Spezialfonds (z.B. für In-vitro-Fertilisationen) [9], Kostenersätze für Leistungen an Dritte (z.B. Laborfachärzte) [5], Kostenersätze für Drittmittelprojekte [28] bzw. für klinische Studien [11] über die Medizinische Universität Wien und Mieten für Geschäftslokale [6].

(4) Ein öffentliches Berichtswesen, in dem die Gebietskörperschaften ersichtlich machten, welche Mittel sie insgesamt für das AKH aufbrachten, existierte nicht.

So wies z.B. der Bund im Bundesrechnungsabschluss zwar das Globalbudget der Medizinischen Universität Wien aus; die darin enthaltenen Aufwendungen für die dem AKH zur Verfügung gestellten Mitarbeiter gingen daraus aber nicht hervor.

Die Stadt Wien wies in ihrem Rechnungsabschluss 2010 in der Gruppe 5 „Gesundheit“ nur Ausgaben von 596,20 Mio. EUR an den KAV aus. In der Gruppe 8 „Dienstleistungen“ war derselbe Betrag als Einnahme dargestellt. Die gesamten Betriebskostenzuschüsse sowie die Verwaltungskostenersätze an den KAV (rd. 1.338,85 Mio. EUR) waren in der Gruppe 8 als Ausgabe dargestellt. Davon getrennt waren die Zahlungen an den Wiener Gesundheitsfonds [23] dargestellt. Direktverrechnungen der Stadt Wien an das AKH [7] waren in diesen Gruppen nicht gesondert erkennbar. Der Anteil des AKH an den Zahlungen war im Rechnungsabschluss der Stadt Wien nicht ersichtlich.

22.2 Insgesamt beurteilte der RH die Mittelaufbringung des AKH als komplex und wenig transparent. Dies betraf insbesondere die Anzahl der Wege der Mittelaufbringung, die Verflechtung von leistungsorientierten und anderen Formen der Mittelaufbringung, die Verflechtungen der Refinanzierung und verschiedene im Kreis laufende Überweisungen. Der RH wies kritisch darauf hin, dass aufgrund dieser Umstände der Anteil von Bund, Stadt Wien und Sozialversicherungsträgern an der Mittelaufbringung des AKH nicht ohne Weiteres zu erkennen war. Er wertete den Umstand, dass drei zentrale Wege der Mittelaufbringung (die LKF-Finanzierung, der Betriebsabgang und die Leistungen der Medizinischen Universität Wien) rund zwei Drittel des Volumens ausmachten, als Indiz dafür, dass eine Vereinfachung grundsätzlich möglich war.

⁹⁴ wie z.B. Sonderklassegebühren (siehe TZ 14) oder Gebühren von „Selbstzahlern“ (Personen ohne gesetzliche Krankenversicherung bzw. fremde Staatsangehörige ohne Wohnsitz im Europäischen Wirtschaftsraum)

Finanzielle Rahmenbedingungen

Der RH, der wie auch andere Einrichtungen bereits mehrfach eine einfachere und transparentere Krankenanstaltenfinanzierung gefordert hatte,⁹⁵ wiederholte diese Empfehlung in Bezug auf das AKH.

Er empfahl weiters dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die dem AKH zur Verfügung gestellten Mittel transparent darzustellen, z.B. in Erläuterungen zu den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen.

22.3 Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien stimmten der Empfehlung des RH zu.

Finanzierungsanteile und Anreizeffekte der Gesamtfinanzierung

23.1 (1) Die Gesamtkosten des AKH lagen im Jahr 2010 bei rd. 1.168 Mio. EUR.
Der RH untersuchte in der Folge

- den Anteil der Finanzierungsträger an der Gesamtfinanzierung des AKH,
- das Verhältnis des jeweiligen Finanzierungsanteils zu den Entscheidungsbefugnissen,
- den Anteil der leistungsorientierten Mittelaufbringung an der Gesamtfinanzierung und
- die Anreizwirkungen auf die Akteure.

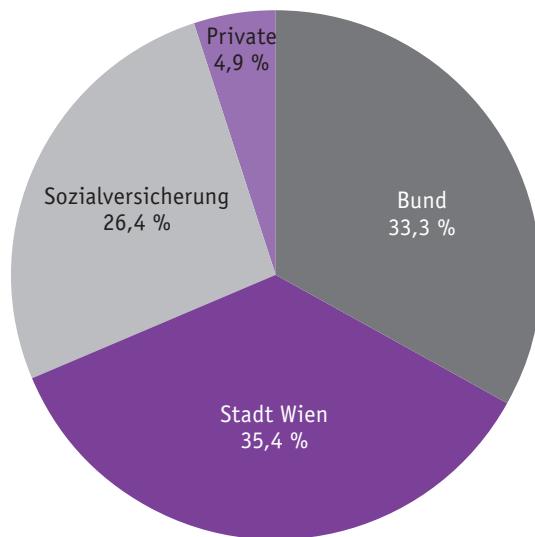
(2) Eine Auswertung des RH ergab, dass das AKH zu rd. 25,7 % aus Mitteln des Bundes, zu rd. 33 % aus Mitteln der Stadt Wien und zu rd. 36,6 % aus Mitteln des Wiener Gesundheitsfonds sowie zu rd. 4,7 % durch private Mittel (z.B. Gebühren der Patienten) finanziert wurde.

Der RH ordnete in einem zweiten Rechenschritt die Mittel des Wiener Gesundheitsfonds den ihn finanzierenden Rechtsträgern (Bund, Stadt Wien, Sozialversicherungen, Private) zu.

⁹⁵ z.B. RH Reihe Positionen 2011/1, Verwaltungsreform 2011, Vorschläge Nr. 268 bis 274; Masterplan Gesundheit des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger: „Die Mittelflüsse müssen einfacher und transparenter werden.“

Dies ergab die folgenden Finanzierungsanteile:⁹⁶

Abbildung 4: Anteil des Bundes, der Stadt Wien, der Sozialversicherung und der Privaten am Aufwand des AKH im Jahr 2010



Quelle: RH

(3) Der RH stellte diese Finanzierungsanteile der Aufgabenverantwortung bzw. der Entscheidungsbefugnis über wesentliche Aufwands- und Leistungsbereiche gegenüber:

⁹⁶ Im Jahr 2005 hatte eine Studie für die Gesamtfinanzierung aller Krankenanstalten in Österreich folgende Anteile ergeben: 44 % Sozialversicherung, 31 % Länder, 15 % Bund (inklusive klinischer Mehraufwand) und 10 % Gemeinden (Das österreichische LKF-System, S. 8).

Finanzielle Rahmenbedingungen

Tabelle 10: Finanzierungsanteile und Entscheidungsbefugnisse im AKH 2010

	Bund bzw. Medizinische Universität Wien	Stadt Wien	Sozial- versicherung	Private	WGF
in %					
Finanzierungsanteile					
Finanzierungsanteil	25,7	33,0	-	4,7	36,6
Finanzierungsanteil (Fonds verteilt)	33,3	35,4	26,4	4,9	-
Entscheidungsbefugnisse					
Personalhoheit (nach VBÄ)	27	73	-	-	-
Investitionen (Vorschlagsrecht)	14	86	-	-	-
laufender Sachaufwand (Einkauf)	-	100	-	-	-

Quelle: RH

Wie unter TZ 10 dargestellt, überwog auch bei der Entscheidung über die Leistungen (hinsichtlich Zielvereinbarungen bzw. Gesundheitsplanung) der Einfluss der Stadt Wien.

Insgesamt entsprachen die Finanzierungsanteile nicht den Entscheidungsbefugnissen:

- Wie generell in der österreichischen Krankenanstaltenfinanzierung hatte die Sozialversicherung primär eine Rolle als „Einkäufer“ von Leistungen und keinen Einfluss auf die Entscheidungen der Betriebsführung.
- Die Stadt Wien hatte einen ähnlich hohen Finanzierungsanteil wie der Bund, aber erheblich größeren Einfluss auf Personal und Sachmittel.⁹⁷ Sie war auch der alleinige Krankenanstaltenträger und trug die Haftung für allfällige Behandlungsfehler.
- Der Bund bzw. die Medizinische Universität Wien hatte zwar geringeren Anteil an den Gesamtentscheidungen, aber alleinige dienstrechtliche Entscheidungsbefugnisse im eigenen Bereich (über das eigene Personal).

⁹⁷ Die Entscheidungsfindung über die Leistungen spiegelt dieses Bild ebenfalls wider. Sie wird aufgrund ihrer besonderen Komplexität unter TZ 10 dargestellt.

(4) Rückgänge in den Leistungserlösen oder Aufwandssteigerungen führten (soweit keine Gegenmaßnahmen erfolgten) zu höheren Betriebskostenzuschüssen, umgekehrt führten Aufwandssenkungen oder Leistungssteigerungen zu einem Rückgang des Betriebskostenzuschusses.

Anreizeffekte der leistungsorientierten Finanzierung wurden durch die Deckung des Abgangs durch Betriebskostenzuschüsse erheblich geschwächt.⁹⁸

23.2 Der RH bemängelte, dass Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung nicht übereinstimmten. Er sah zwei grundsätzliche Möglichkeiten für eine schlüssige Mittelaufbringung: entweder eine klare vertragliche Verteilung der Zuständigkeiten (siehe TZ 6) oder eine gemeinsame Entscheidungsstruktur:

- Wenn die Stadt Wien als Krankenanstaltenträger allein zur Entscheidung über Leistungen, Investitionen und Betriebsführung berufen werden sollte, wären die Beiträge des Bundes, der Medizinischen Universität Wien und der Sozialversicherung (wie bei „Kunden“ bzw. „Lieferanten“) vertraglich exakt zu beschreiben und leistungsorientiert zu vergüten. Dies war jedoch nicht umgesetzt: Nur rund ein Drittel der Mittelaufbringung war leistungsorientiert organisiert. Die bestehende Vertragslage definierte die wechselseitigen Leistungen nicht eindeutig (TZ 6).
- Alternativ könnten der Bund, die Medizinische Universität Wien, die Sozialversicherungen und die Stadt Wien gemeinsam strategische Entscheidungen über Leistungen, Investitionen und Betriebsführung treffen. In diesem Fall wären gemeinsame Entscheidungsgremien bzw. Prozesse erforderlich; finanzielle Verantwortung und Entscheidungsbefugnisse wären aufeinander abzustimmen. Auch dieses Konzept war nicht konsequent umgesetzt: Die Finanzierungsanteile der Rechtsträger waren aus dem bestehenden Berichtswesen nicht transparent erkennbar. Die inhaltliche Verantwortung bzw. Einflussmöglichkeit entsprach nicht den Finanzierungsanteilen.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, bei der Regelung der künftigen Finanzierung des AKH auf eine möglichst hohe Übereinstimmung von Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung zu achten. Dies könnte ent-

⁹⁸ Evaluierung des LKF-Systems, Endbericht 2007, Kernaussage 3: „(...) werden die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten in hohem Umfang über die Betriebsabgangsdeckung finanziert (...), werden grundsätzlich die Anreizwirkungen einer prospektiven Fallpauschalierung gemindert und die einer retrospektiven Kostenertattung gestärkt.“

Finanzielle Rahmenbedingungen

weder über klare vertragliche Verpflichtungen oder über gemeinsame Entscheidungsgremien erfolgen.

23.3 Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien stimmten der Empfehlung des RH zu.

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung im AKH

24.1 (1) Grundlage der österreichischen Krankenanstaltenfinanzierung bildete seit dem Jahr 1997⁹⁹ die „leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)“ zur Abrechnung der stationären Spitalskosten.¹⁰⁰ Mit ihrer Einführung sollte ein einfach zu handhabendes Finanzierungssystem geschaffen werden, das Transparenz in das Leistungs geschehen bringen und Anreize zur wirtschaftlichen Erbringung von stationären Leistungen setzen sollte.

Dabei erfasste die Krankenanstalt ihre Leistungen im stationären Bereich nach einer österreichweit einheitlichen Klassifikation. Jeder Leistung war eine Punktzahl zugeordnet, die den Durchschnittskosten bestimmter Referenzkrankenanstalten für diese Leistung entsprach. Der finanzielle Wert eines Punktes leitete sich jedoch nicht aus den Kosten, sondern aus dem Verhältnis der im jeweiligen Bundesland verfügbaren Mittel zu allen abgerechneten Punkten ab.

Die zur Verfügung stehenden Mittel resultierten insbesondere aus den von der Sozialversicherung eingenommenen Beiträgen, dem Umsatzeinkommen und der Entscheidung des jeweiligen Gesundheitsfonds, welcher Teil der Gesamtmittel für die leistungsorientierte Spitalsfinanzierung zu verwenden war.¹⁰¹ Sie stiegen also nicht automatisch bei mehr abgerechneten Leistungen.

Eine Evaluierung des Systems im Jahr 2007 beurteilte dieses grundsätzlich positiv.¹⁰² Die regionale Umsetzung sei jedoch von den Ländern bzw. den Krankenhausträgern abhängig. Im Einzelfall stelle sich

⁹⁹ Umfassende Revisionen fanden 2002 und 2009 statt.

¹⁰⁰ Vorwort zu „Das österreichische LKF-System“, S. 5

¹⁰¹ Art. 21 der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG sah vor, dass zumindest 51 % der laufenden Kosten der Krankenanstalten (inklusive Abschreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden. Weiters konnten z.B. Betriebsabgänge und die Finanzierung des ambulanten Bereichs aus diesen Mitteln erfolgen.

¹⁰² Es seien verschiedene positive Effekte eingetreten (z.B. die Verringerung der Verweildauern). Negative Auswirkungen auf die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit medizinischer Leistungen seien generell nicht festzustellen. Die Evaluierung erfolgte im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, sie wurde koordiniert und zusammengefasst von der Gesundheit Österreich GmbH.

die Frage, ob es durch die Optimierung der Leistungsportfolios zu Leistungseinschränkungen komme. Dazu lagen bei dieser Evaluierung keine Angaben vor.

(2) Rund 37 % der Mittel des AKH folgten direkt bestimmten Leistungen,¹⁰³ 63 % nicht. Aus LKF-Erlösen erzielte das AKH im Jahr 2010 Einnahmen von rd. 290,76 Mio. EUR, das waren rd. 25 % der Gesamtkosten. Es erhielt – aufgrund der Beschlüsse des Wiener Gesundheitsfonds – im Jahr 2010 rd. 0,77 EUR je LKF-Punkt. Der Wiener Gesundheitsfonds ermittelte, dass im Schnitt aller Wiener Krankenanstalten ein Punktwert von 1,29 EUR kostendeckend gewesen wäre. Die Kosten des AKH lagen etwa um 50 % über den Kosten je LKF-Punkt der drei größten Schwerpunkt�험krankenhäuser in Wien (siehe TZ 26).

Aufgrund des im Verhältnis zu den Kosten relativ niedrigen Punktwerts gab es Leistungen, deren Grenzkosten höher als ihre Grenzerträge waren. Das AKH erzielte einen wirtschaftlichen Vorteil, wenn es solche Leistungen nicht erbrachte.

Dies galt beispielsweise für Cochlear-Implantate.¹⁰⁴ Das AKH trug dabei Kosten von rd. 21.000 EUR für das Implantat. Durchschnittlich konnte es rd. 24.500 LKF-Punkte verrechnen¹⁰⁵ und erzielte beim 2010 gültigen Punktwert von 0,77 EUR je Punkt daher Erlöse von rd. 18.800 EUR. Da die Erlöse geringer waren als die Kosten des Implantats, erhöhte jede Operation selbst bei Grenzkostenbetrachtung den Abgang des AKH.¹⁰⁶

(3) Der Wiener Gesundheitsfonds konnte nach bestimmten Kriterien die LKF-Punkte anstaltsspezifisch gewichten, was er für das AKH auch tat. Dieser „Steuerungsfaktor“ sollte abgrenzen, dass das AKH Personal und medizintechnische Geräte für besonders hochwertige Leistungen vorhalten musste. Eine konkrete Berechnung der Vorhaltekosten konnte dem RH nicht vorgelegt werden. Der Steuerungsfaktor für das AKH vari-

¹⁰³ überwiegend die Zahlungen der Sozialversicherung und der Privatpersonen sowie direkte Verrechnungen mit der Stadt Wien und für Spezialbereiche

¹⁰⁴ Das sind Hörprothesen für Gehörlose. Insbesondere taube Kinder können bei rechtzeitiger Nutzung des Implantats hören und sprechen lernen und so ein weitgehend barrierefreies Leben führen.

¹⁰⁵ Die Punktzahl ergab sich aus den durchschnittlichen Kosten der entsprechenden Referenzkrankenhäuser.

¹⁰⁶ Im Juli 2012 führte das AKH in einem Budgetbericht an die Generaldirektion des KAV eine Reduktion der Anzahl der Cochlear-Implantate als maßgeblich für die Minderung einer drohenden Budgetüberschreitung an. Die Reduktion ergebe sich aufgrund geringer Patientenzahlen.

Finanzielle Rahmenbedingungen

ierte stark: im Jahr 2008 galt ein Faktor von 1,21, in den Jahren 2009 und 2010 von 1,0, sowie im Jahr 2011 von 1,17.¹⁰⁷

Da die Vorhalteleistung durch einen Faktor auf die abgerechneten Leistungen bewertet war, führte die Abrechnung von mehr Leistungen zu einer höheren Abgeltung der Vorhalteleistung. Eine Verlagerung von Leistungen von einem anderen KAV-Spital ins AKH führte so zu einer Erhöhung der vom KAV abrechenbaren LKF-Punkte. Die Kosten der Vorhalteleistung stiegen dadurch aber nicht an.

(4) Für ambulante Leistungen erhielt das AKH (wie auch die übrigen Krankenanstalten des KAV) aufgrund der Beschlusslage im Wiener Gesundheitsfonds einen Ersatz von 18 % der ambulanten Endkosten. Damit war der Kostendeckungsgrad ambulanter Leistungen niedriger als jener für stationäre Leistungen. Der Krankenanstaltenträger konnte also einen Vorteil erzielen, wenn er eine Leistung stationär statt ambulant erbrachte und abrechnete. Aus Sicht der entstehenden Kosten war jedoch in der Regel eine ambulante Leistungserbringung günstiger als eine stationäre Aufnahme.

(5) Die vom RH befragten Klinikleiter (und auch das Rektorat der Medizinischen Universität Wien und die Krankenhausleitung) gaben an, dass viele vom AKH erbrachte Leistungen nicht im LKF-System abgebildet werden konnten.¹⁰⁸ Eine besondere Förderung medizinischer Innovationen oder gar eine Forschungsförderung war auch nicht Ziel des LKF-Systems.¹⁰⁹ Eine systematische Aufzeichnung oder Gesamtbewertung nicht im LKF-System erfassbarer Leistungen existierte nicht, weil sie nicht abgerechnet werden konnten. Der RH konnte daher lediglich Beispiele analysieren.

¹⁰⁷ Ergab etwa eine Leistung 100 Punkte, errechneten sich mit der Anwendung des Faktors aus 2011 (1,17) 117 Punkte. Diese wurden mit dem Punktewert (z.B. 0,77) multipliziert, um die geldwerte Gegenleistung zu ermitteln.

¹⁰⁸ Die Studie zur Evaluierung des LKF-Systems formulierte dazu Folgendes: „Die Anzahl der Pauschalen im LKF-Modell spiegelt nur eingeschränkt die Vielfalt der medizinischen Versorgung wider, da die Beschreibung des Leistungsgeschehens mittels möglichst homogener Leistungsgruppen seltene Leistungsanlässe nicht ausreichend erfassen kann.“

¹⁰⁹ Die Aufnahme einer Leistung ins LKF-System dauerte mindestens ein bis zwei Jahre. Eine vorläufige Aufnahme war als „NUB“ (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode) vorgesehen. Im Jahr 2010 wurden lediglich zwei derartige Leistungsarten mit jeweils fünf Fällen abgerechnet. Das AKH hatte in vier Jahren 25 Vorschläge zur Aufnahme neuer Leistungen in das LKF-System eingebracht. Neun davon führten zur Vergabe einer neuen Leistungsnummer (österreichweit wurden 175 verschiedene Vorschläge eingebracht, 50 davon angenommen).

So führte eine Klinik des AKH im Jahr 2010 bei etwa 150 Patienten rd. 1.000 Behandlungen mit Biologika durch.¹¹⁰ Die Medikamentenkosten je Behandlung machten etwa 2.000 EUR aus. Dafür existierte im LKF-System keine abrechenbare medizinische Einzelleistung, so dass dem AKH die Kosten von rd. 2 Mio. EUR nicht über die LKF-Finanzierung vergütet wurden.¹¹¹ Auch eine leistungsspezifische Finanzierung über Mittel der Stadt Wien und der Medizinischen Universität Wien (z.B. den klinischen Mehraufwand) erfolgte nicht.

(6) Das AKH erbrachte spezielle Leistungen für externe Einsender (z.B. die Analyse von Laborproben für niedergelassene Ärzte). Als Zentralkrankenanstalt mit hochspezialisierter Ausstattung war es grundsätzlich auch dafür konzipiert.

Zur Frage der Vergütung dieser Einsendungen lag dem RH ein Rechtsgutachten vor. Dieses führte aus, dass aufgrund der bestehenden Gesetzes- und Vertragslage das AKH zwar verpflichtet war, derartige Spezialleistungen zu erbringen, es den Einsendern bzw. den zuständigen Sozialversicherungsträgern dafür aber keine Kosten vorschreiben durfte. Einsendeleistungen seien nämlich bereits vor 1997 von den damaligen Ambulanzverträgen zwischen der Stadt Wien und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger umfasst gewesen und damit durch die Ambulanzpauschalen abgedeckt. Dies gelte auch für Leistungen, die im Rahmen des medizinischen Fortschritts neu entwickelt würden.¹¹²

(7) Das AKH erbrachte als überregionaler Anbieter spitzenmedizinischer Leistungen auch Leistungen an inländische und ausländische Gastpatienten. Das AKH führte im Jahr 2010 beispielsweise 112 Lungentransplantationen durch, davon 53 bei ausländischen Patienten aus 13 Ländern. 17 davon waren Selbstzahler, d.h. die Abrechnung erfolgte nicht über eine Sozialversicherung.

¹¹⁰ Biologika waren eine relativ neue Medikamentenklasse, die auf biotechnologischem Weg hergestellt wurden, also unter Zuhilfenahme lebender Zellen.

¹¹¹ Die Bundesgesundheitskommission hatte beschlossen, bis zu einer leistungsorientierten Ambulanzabrechnung Medikamente nur bei onkologischen Therapien als medizinische Einzelleistung abzurechnen.

¹¹² Bis 2012 hatte die Teilunternehmung AKH ein Entgelt verrechnet. Nach Vorlage des Gutachtens bildete sie für die Rückzahlung der erhaltenen Entgelte eine Rückstellung.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Bei ausländischen Selbstzahlern¹¹³ verrechnete das AKH behördlich festgelegte Pflegegebühren, d.h. einen leistungsunabhängigen Pauschalbetrag je Tag. Am Beispiel der Lungentransplantationen waren dies insgesamt rd. 570.000 EUR bzw. rd. 33.000 EUR pro Patient. Eine Bewertung der Leistungen nach dem LKF-System mit dem im Schnitt der Wiener Krankenanstalten kostendeckenden Punktwert hätte dagegen rd. 66.700 EUR ergeben.¹¹⁴ Mit dem für inländische sozialversicherte Patienten verrechenbaren Punktwert hätte das AKH Erlöse von rd. 41.000 EUR erzielt.¹¹⁵ Das AKH erhielt also für Lungentransplantationen bei ausländischen Selbstzahlern weniger als bei inländischen Patienten und zudem nur rd. 50 % der durchschnittlichen Kosten ersetzt.

Der RH analysierte für einen Monat das Verhältnis der Kosten und Erlöse für alle Leistungen für Selbstzahler aus dem Ausland.¹¹⁶ Im Schnitt aller Leistungen blieben die Erlöse um rd. 20 % bis 30 % hinter den Kosten zurück.¹¹⁷ Die Gesamtkosten waren wesentlich durch die teuren, nicht kostendeckenden Fälle beeinflusst.

Nach § 51 Abs. 2 Wr. KAG konnte die Landesregierung für kostenintensive Behandlungsfälle bei ausländischen Patienten mit Verordnung den Ersatz der tatsächlichen durchschnittlichen Kosten vorsehen. Eine solche Regelung gab es für vier Leistungen,¹¹⁸ nicht jedoch z.B. für Lungentransplantationen.

¹¹³ Bei den übrigen ausländischen Gastpatienten verrechnete zwar der Wiener Gesundheitsfonds der zuständigen ausländischen Sozialversicherung einen Punktwert, der im Schnitt der Wiener Krankenanstalten kostendeckend war (rd. 1,29 EUR im Jahr 2010), die Krankenanstalt erhielt jedoch nur denselben Punktwert wie für inländische Patienten (im Jahr 2010 rd. 0,77 EUR). Die höheren Kosten des AKH (das einen deutlich höheren Anteil an Gastpatienten hatte als der Durchschnitt der Krankenanstalten, da die bessere Ausstattung und höhere Spezialisierung häufig gerade der Grund für den ausländischen Patienten war, sich in Wien behandeln zu lassen) waren dabei nicht berücksichtigt. Seitens der ausländischen Sozialversicherungen bestanden teilweise erhebliche Außenstände (im Rechnungsabschluss 2010: offene Forderungen gegenüber ausländischen Sozialversicherungsträgern von rd. 56,30 Mio. EUR).

¹¹⁴ Die Codierung dieser Leistungen nach dem LKF-System hätte 878.864 Punkte ergeben. Der WGF hatte ermittelt, dass im Jahr 2010 im Durchschnitt der Wiener Spitäler ein Punktwert von 1,29 EUR kostendeckend wäre. Somit hätten sich 1,13 Mio. EUR (rd. 66.700 EUR pro Patient) ergeben. Die höheren Kosten des AKH – nur hier wurden in Wien Lungentransplantationen durchgeführt – waren dabei noch gar nicht berücksichtigt.

¹¹⁵ Eine Bewertung mit dem tatsächlichen Punktwert des Jahres 2010 von 0,77 EUR hätte rd. 690.000 EUR (rd. 41.000 EUR pro Patient) ergeben.

¹¹⁶ Mai 2008; in diesem Monat gab es rd. 80 Selbstzahler aus dem Ausland.

¹¹⁷ Die Erlöse ergaben sich aus den Pflegegebühren; die Kosten aus der Bewertung nach LKF-Punkten mit dem vom Wiener Gesundheitsfonds errechneten, im Schnitt der Wiener Krankenanstalten kostendeckenden Punktwert. Für rd. 60 % der Patienten waren die Durchschnittskosten durch die Pflegegebühren gedeckt. Die Bandbreite ergab sich je nach Berücksichtigung abzuschreibender Forderungen.

¹¹⁸ Radiochirurgische Behandlungen mit der Gamma Unit, Cochlear Implantate, Matrix-assistierte Knorpelzelltransplantationen und Nervus-Vagus-Stimulation

(8) Die Betreuung von Patienten aus anderen Bundesländern war pauschal durch höhere Finanzierungsschlüssel bei der Mittelverteilung an die Landesgesundheitsfonds abgegolten. Ein Patient aus einem Bundesland brachte für den Wiener Gesundheitsfonds keine zusätzlichen Mittel, erhöhte aber die Anzahl der abgerechneten LKF-Punkte und reduzierte so den Punktewert. Jeder zusätzlich behandelte inländische Gastpatient erhöhte somit den Betriebsabgang für die Wiener Krankenanstalten und auch für das AKH.¹¹⁹

24.2 Der RH wies darauf hin, dass die Ausgestaltung der „leistungsorientierten“ Mittelaufbringung im AKH mehrere problematische Anreize schuf, nämlich:

- medizinische Innovationen (stationär und bei eingesendeten Leistungen) zu unterlassen, da diese nicht abgerechnet werden konnten,
- den überregionalen Auftrag zu reduzieren, da die Leistungen (z.B. Lungentransplantationen) teilweise nicht adäquat vergütet waren,
- Leistungen ins AKH zu verschieben, für die dessen teure Infrastruktur gar nicht nötig wäre, weil durch den Steuerungsfaktor im LKF-System so die Erlöse der Stadt Wien gesteigert werden konnten,
- Leistungen stationär statt ambulant zu erbringen, obwohl dies höhere Kosten verursachte,¹²⁰
- medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvolle Leistungen zu unterlassen, wenn die Grenzkosten (z.B. Implantate) sehr hoch waren.

In der aktuellen Form hielt der RH die „leistungsorientierte“ Mittelaufbringung daher nicht für geeignet, Anreize für eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Führung des AKH zu bieten.

¹¹⁹ Eine Vergütung nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ würde eine Abrechnung der Patienten zwischen den Landesgesundheitsfonds erfordern. Dies war derzeit dadurch erschwert, dass unterschiedliche Punktewerte („EUR/Punkt“) existierten, so dass im Verhandlungsweg ein „Preis“ festzulegen wäre. Der RH hatte dazu (z.B. im Teilbereich der Gesundheitsreform 2005 in Tirol und Wien, Reihe Wien 2010/2) eine Vereinheitlichung empfohlen.

¹²⁰ Endbericht zur Evaluierung des LKF-Systems, 2007, Kernaussage 2: „Wenn wie in Österreich eine adäquate leistungsorientierte Finanzierung der Ambulanzen bzw. eine Verlagerung der Mittel vom intramuralen zum extramuralen Bereich fehlt, werden Patienten, die ambulant oder extramural versorgt werden könnten, stationär behandelt.“

Finanzielle Rahmenbedingungen

Eine Vielzahl von Einrichtungen verantwortete die Rahmenbedingungen dafür, z.B.:

- das BMG die Definition der im LKF-System abbildbaren Leistungen;
- der Wiener Gesundheitsfonds (mit Vertretern auch der Sozialversicherung) die Ermittlung des Punktwerts und des Steuerungsfaktors;
- das BMF, das BMWF, die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien die Berechnung des klinischen Mehraufwands.

Wiederum andere Einrichtungen hatten vorbereitende Tätigkeiten zu leisten: Zum Beispiel konnte die Teilunternehmung AKH auf Basis der Arbeit der von der Medizinischen Universität Wien angestellten Klinikleiter Vorschläge für die Aufnahme von Leistungen ins LKF-System machen.

Nach Auffassung des RH war es Aufgabe der an der Führung des AKH beteiligten Rechtsträger, im Einvernehmen mit diesen Einrichtungen, dafür zu sorgen, dass die leistungsorientierte Mittelaufbringung die richtigen Anreize setzte.

Der RH empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, bei der Ausgestaltung der leistungsorientierten Mittelaufbringung des AKH sicherzustellen, dass Anreize für eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Führung des AKH gesetzt werden. Dabei wären folgende Ziele anzustreben:

- stärkere Orientierung des Punktwerts in der LKF-Finanzierung an der Kostendeckung¹²¹ (so entstünde kein Anreiz mehr, sinnvolle Leistungen zu unterlassen);
- ausreichende Vergütung ambulanter Leistungen¹²² (so entstünde kein Anreiz mehr, Leistungen in den stationären Bereich zu verschieben);

¹²¹ siehe auch RH Reihe Positionen 2011/1, Verwaltungsreform 2011, Vorschlag Nr. 269: leistungsbezogene Mittelaufteilung aller Finanzmittel zur Finanzierung der Krankenanstalten (daraus würde ein höherer Punktwert resultieren); Vorschlag Nr. 270: Abdeckung eines möglichst hohen Anteils der Krankenanstaltenfinanzierung durch die Fondsmittel

¹²² siehe RH Reihe Positionen 2011/1, Verwaltungsreform 2011, Vorschlag Nr. 272: vollständige Umsetzung eines leistungsorientierten und bundesweit einheitlichen Modells zur Finanzierung ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich

- leistungsorientierte Vergütung medizinischer Innovationen;
- möglichst kostendeckende Vergütung von überregionalen Leistungen sowie
- optimierte Vergütung der Vorhalteleistungen.

Der RH empfahl der Stadt Wien, Leistungen, die nicht im LKF-System abgerechnet werden konnten, systematisch zu erfassen, um für Wirtschaftlichkeitsvergleiche über realistische Grundlagen zu verfügen.

Der Stadt Wien empfahl er weiters, die Möglichkeit des § 51 Abs. 2 Wr. KAG verstärkt zu nutzen und für ausländische Selbstzahler für Spitzenleistungen kostendeckende Gebühren festzulegen.

24.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien führte aus, dass die Empfehlung in erster Linie an die Stadt Wien gerichtet sei. Trotzdem werde die Medizinische Universität Wien im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ auf eine Umsetzung hinwirken.*

(2) Die Stadt Wien sagte zu, dass bei der Wahl eines geeigneten Betriebsführungsmodells für das AKH im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ genau darauf geachtet werde, der Anforderung an ein Anreizsystem für eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Führung des AKH Rechnung zu tragen. Die Anpassung bzw. Änderung des derzeitigen Finanzierungssystems liege nicht in der ausschließlichen Entscheidungskompetenz der Stadt Wien. Es bestehe jedoch die Bereitschaft, gemeinsam mit dem Bund, den übrigen Ländern und der Sozialversicherung das Finanzierungssystem weiter zu entwickeln.

(3) Sowohl die Stadt Wien als auch die Medizinische Universität Wien wiesen weiters darauf hin, dass das Leistungsspektrum des AKH bei innovativen bzw. seltenen, aber kostenintensiven Leistungen im LKF-System nicht vollständig und leistungsgerecht abgebildet werde.

(4) Das BMWF führte aus, es „schließe sich der Empfehlung des RH zu einer sachgerechten Optimierung der LKF-Systematik“ an.

Allerdings könne die Adressierung dieser Empfehlung an das BMWF und auch an die Medizinische Universität Wien nicht nachvollzogen werden. Eine grundlegende Änderung des vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Systems der Krankenanstaltenfinanzierung durch den anzustrebenden Zusammenarbeitsvertrag liege nicht im Bereich des rechtlich Zulässigen. Das BMWF unterstütze jedoch die Anregungen des RH zu einer geeigneten Weiterentwicklung dieses Systems. Dabei

Finanzielle Rahmenbedingungen

erscheine insbesondere die angeregte leistungsorientierte Vergütung medizinischer Innovationen für den Bereich der Medizinischen Universitäten zielführend.

24.4 Der RH begrüßte die Zusage der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, an der Umsetzung seiner Empfehlung zu arbeiten.

Hinsichtlich der Stellungnahme des BMWF rief der RH zunächst in Erinnerung, dass er seine Empfehlungen zur leistungsorientierten Mittelaufbringung nicht ausschließlich auf die LKF-Finanzierung bezogen hatte. Beispielsweise wäre die – vom RH empfohlene und in den Stellungnahmen der Stadt Wien und der Medizinischen Universität Wien als besonders wichtig hervorgehobene – leistungsorientierte Vergütung medizinischer Innovationen durchaus außerhalb des LKF-Systems denkbar. So könnte ein entsprechendes Vergütungssystem seitens des BMWF für die Medizinische Universität Wien (höhere Mittel bei Nachweis auch im klinischen Betrieb praktisch verwertbarer Innovationen) oder auch seitens der Stadt Wien zur Abgangsdeckung für das AKH (höhere Mittel bei Nachweis des Einsatzes innovativer teurer Behandlungsmethoden) in die empfohlene gemeinsame Ausgestaltung des Finanzierungssystems bzw. in die Ausgestaltung des klinischen Mehraufwands einfließen. Dies auch deshalb, weil das LKF-System für alle Krankenanstalten gilt, und daher für spezifische Innovationsförderung gegebenenfalls weniger geeignet ist als die Gestaltung der Finanzierung für Universitätskliniken.

Hinsichtlich des LKF-Systems selbst wies der RH darauf hin, dass zwar grundsätzlich das BMG für dessen Ausgestaltung verantwortlich ist; jedoch wäre durchaus denkbar, dass in die Entscheidungsprozesse des Bundes seitens des BMWF maßgebliche Punkte eingebracht werden, die zur Aufgabenerfüllung der Medizinischen Universitäten notwendig sind (wie z.B. die geeignete Berücksichtigung medizinischer Innovationen).

Weiters setzt das LKF-System voraus, dass Innovationen auch tatsächlich als abrechenbare Leistungen beantragt, geprüft und beschlossen werden. Dafür hat gerade das akademische Personal eine wesentliche Verantwortung. Wenn die Professoren von ihrem Dienstgeber nur an Impact Punkten, also Veröffentlichungen, gemessen werden und nicht an abrechenbaren Leistungen, wird ihr Anreiz zur Auseinandersetzung mit dem LKF-System nicht sehr hoch sein. Der RH erinnerte daran, dass das AKH in vier Jahren 25 Vorschläge zur Aufnahme neuer Leistungen in das LKF-System eingebracht hatte, von denen neun zur Vergabe einer neuen Leistungsnummer geführt hatten (österreichweit wurden 175 verschiedene Vorschläge eingebracht, davon wurden 50 angenommen). Die Schaffung eines Anreizsystems für akademisches

Personal in dieser Hinsicht ist nach Ansicht des RH durchaus im Aufgabenbereich der Medizinischen Universität Wien bzw. im Rahmen der strategischen Vorgaben auch beim BMWF gelegen.

Klinischer Mehraufwand

25.1 (1) Nach § 55 KAKuG und § 29 UG hatte der Bund (bzw. seit dem Jahr 2007 die Medizinische Universität namens des Bundes)¹²³ dem Krankenanstaltenträger den klinischen Mehraufwand zu ersetzen. Das waren jene Mehrkosten, die sich bei der Errichtung bzw. beim laufenden Betrieb aus den Bedürfnissen von Forschung und Lehre ergaben.

Nach § 56 KAKuG konnte das BMWF im Einvernehmen mit dem BMF nähere Vorschriften zur Berechnung des klinischen Mehraufwands durch Verordnung bestimmen. Das KAKuG sah für die Verordnung lediglich eine Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierungen vor. Nach der Vereinbarung über den Konsultationsmechanismus waren Verordnungen des Bundes, die eine finanzielle Belastung eines Landes verursachten, auf Verlangen in einem dafür vorgesehenen Gremium zu verhandeln. Im Falle einer Nichteinigung waren automatische Kostenersatzpflichten vorgesehen.¹²⁴

Diese Möglichkeit einer Verordnung über die Berechnung des klinischen Mehraufwands blieb bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung ungenutzt.

(2) Die Höhe des klinischen Mehraufwands im AKH war bereits kurz nach dem 2. Weltkrieg strittig geworden. Im Jahr 1957 gelang eine einvernehmliche Regelung zwischen Bund und Stadt Wien, die bis zu ihrer Kündigung durch die Stadt Wien im Jahr 1981 galt. Seither war der klinische Mehraufwand laufend Gegenstand von Auseinandersetzungen. Die folgende Tabelle zeigt deren Eckpunkte.

¹²³ Aufgrund der Einführung der Universitätsautonomie war nach einer Übergangsperiode von 2004 bis 2006 der klinische Mehraufwand ab 2007 aus dem Globalbudget der jeweiligen Medizinischen Universität zu bedecken. Dementsprechend hatten die Medizinischen Universitäten gemäß § 33 UG die Kostenersätze gemäß § 55 KAKuG namens des Bundes an den jeweiligen Rechtsträger der Krankenanstalt zu leisten.

¹²⁴ Art. 4 der Vereinbarung zwischen Bund, Ländern und Gemeinden über einen Konsultationsmechanismus und einen künftigen Stabilitätspakt der Gebietskörperschaften, BGBl. I Nr. 35/1999

Finanzielle Rahmenbedingungen

Tabelle 11: Eckpunkte der Auseinandersetzungen zum klinischen Mehraufwand

Jahr	Aktivität
1953	erste VfGH-Entscheidung zur Höhe des klinischen Mehraufwands
1957	Vereinbarung der Festsetzung des klinischen Mehraufwands mit 18 % des Nettobetriebsaufwands des AKH zwischen Bund und Stadt Wien
1981	Kündigung der Vereinbarung durch die Stadt Wien
1982	Feststellungsklage der Stadt Wien beim VfGH
1985	Leistungsklage der Stadt Wien beim VfGH
1991	Erkenntnis des VfGH
1999	Leistungsklage der Stadt Wien beim VfGH
2002	neue Berechnungsvorgaben im UG
2004	Gutachten für Bund und Stadt Wien über die Höhe des klinischen Mehraufwands
2005	politische Vereinbarung vom 6. Juni 2005
2009	Beginn der betriebswirtschaftlichen Berechnung des klinischen Mehraufwands
2011	Feststellungsklage des Landes Tirol beim VfGH
2012	Vergleich zwischen Bund und Land Tirol
2014	erneute Bestellung eines Gutachters laut Vereinbarung 2005 vorgesehen

Quelle: RH

Der VfGH war erstmals im Jahr 1953 aufgerufen, eine Entscheidung über den klinischen Mehraufwand zu treffen.¹²⁵ Er ermittelte diesen als Unterschied der Kosten eines Universitätsspitals gegenüber nicht akademisch genutzten, ansonsten aber vergleichbaren Krankenanstalten („Differenzmethode“) durch eine Schätzung nach § 273 der Zivilprozeßordnung.¹²⁶ Im Jahr 1957 trafen der Bund und die Stadt Wien eine Vereinbarung, die die Höhe des klinischen Mehraufwands mit 18 % des „Nettobetriebsaufwands“ des AKH festlegte.

Im Jahr 1981 kündigte die Stadt Wien diese Vereinbarung. Sie brachte 1982 eine Feststellungsklage vor dem VfGH über die Berechnung des klinischen Mehraufwands ein, die 1984 als unzulässig zurückgewiesen wurde. Daraufhin brachte die Stadt Wien im Jahr 1985 eine Leistungsklage (für die Jahre 1982 bis 1984) ein. In der Entscheidung im Jahr 1991 erkannte der VfGH der Stadt Wien einen zusätzlichen klinischen Mehraufwand für die Jahre 1982 bis 1984 zu. Er stützte sich

¹²⁵ für die Jahre 1948 bis 1952

¹²⁶ Wenn eine Forderung feststeht, der Beweis über den streitigen Betrag aber nicht oder nur mit unverhältnismäßigen Schwierigkeiten zu erbringen ist, so kann das Gericht diesen Betrag nach freier Überzeugung festsetzen.

dabei auf einen von ihm beauftragten Gutachter, der in mehreren Gutachten (1987, 1988, 1990, 1991) letztlich wieder anhand der Differenzmethode einen Wert ermittelte.

Die Anwendung der Grundsätze dieser Entscheidung auf die Folgejahre wurde jedoch wieder strittig, so dass die Stadt Wien im Jahr 1999 erneut ein Verfahren vor dem VfGH anstrengte. Nach einem Gutachten¹²⁷ endete dieses Verfahren im Jahr 2000 durch einen Vergleich. Darin legten Bund und Stadt Wien den klinischen Mehraufwand bis 2003 fest. Bis Ende 2002 sollte ein weiterer Gutachter ein sachgerechtes Modell zur Ermittlung des klinischen Mehraufwands ab dem Jahr 2004 erarbeiten und die Parteien zu einer Aufgabenausgliederung in Form einer Betriebsgesellschaft beraten. Sollte keine Einigung zustande kommen, war ein Betrag auch für die Zukunft festgelegt, der jedoch an im Wesentlichen unveränderte Umstände gebunden war.

Im Jahr 2002 legte das UG neue Grundlagen für die Ermittlung des klinischen Mehraufwands fest:¹²⁸ Danach hatte die Medizinische Universität Wien die notwendigen Daten über die Erfordernisse von Forschung und Lehre zur Ermittlung des klinischen Mehraufwands nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu erheben und zu bewerten.¹²⁹

¹²⁷ seitens des BMWF nach der Differenzmethode auf Basis des LKF-Systems

¹²⁸ nach § 29 Abs. 4 Z 2

¹²⁹ Sie hatte ab 1. Jänner 2007 das Ergebnis ihrer Ermittlung ihrer Zahlung zugrunde zu legen, sofern nicht in einer Verordnung oder in einem Zusammenarbeitsvertrag eine andere Regelung getroffen wurde. Im Jahr 2004 beauftragte das BMWF einen Gutachter mit der Erarbeitung eines entsprechenden Modells, das für eine Ex-ante-Vereinbarung geeignet sein sollte. Der Gutachter definierte den klinischen Mehraufwand nicht mehr als Differenz der Kosten der Universitätsklinik zu anderen Krankenanstalten, sondern als Ergebnis eines Leistungsaustauschs. Insbesondere „kaufte“ der Krankenanstaltenträger die Leistung der Ärzte ein, die Universität dagegen die Infrastruktur des Krankenhauses (z.B. Hörsäle).

Finanzielle Rahmenbedingungen

2004 legte der entsprechend dem Vergleich aus 2000 bestellte Sachverständige sein Gutachten vor.¹³⁰ Er errechnete nach einem auf Vergleichsabteilungen bezogenen Differenzverfahren eine Bandbreite des klinischen Mehraufwands von 27,36 % bis 31,56 % des Gesamtaufwands. Das Gutachten führte nicht zu einer einvernehmlichen Lösung, so dass unmittelbar danach wieder Auseinandersetzungen über die Höhe des klinischen Mehraufwands entstanden. 2005 ließ sich die Stadt Wien eine Vollstreckbarkeitsbestätigung des Vergleichs 2000 ausstellen und holte ein Gutachten darüber ein, welche Vermögenswerte des Bundes gegebenenfalls pfändbar wären (z.B. die ÖIAG). Einen Antrag des Bundes auf Aufhebung der Vollstreckbarkeitserklärung beim VfGH lehnte dieser ab.

Schließlich gelang durch die Vereinbarung vom 6. Juni 2005 erneut eine einvernehmliche Lösung. Darin vereinbarten Bund und Stadt Wien grundsätzlich eine jährliche Pauschalzahlung. Ab dem Jahr 2009 sollte die Medizinische Universität Wien den klinischen Mehraufwand aber wieder betriebswirtschaftlich ermitteln. Das Ergebnis durfte jedoch jährlich maximal 2 % Veränderung gegenüber dem Vorjahreswert ergeben. Vor dem Auslaufen der Vereinbarung im Jahr 2015 sollte im Jahr 2014 wieder ein gemeinsamer Gutachter bestellt werden.

Tatsächlich überwies die Medizinische Universität Wien 2009, 2010 und 2011 jeweils 2 % weniger als im Jahr davor, in den Jahren 2009 und 2010 begründete sie dies in Schreiben an die Stadt Wien.¹³¹

¹³⁰ B. Güntert u.a., Endbericht zum Projekt zur Erstellung eines sachgerechten Modells für die Ermittlung und Abwicklung des klinischen Mehraufwandes beim Betrieb des AKH Wien ab dem Jahr 2004 auf der Grundlage des Vergleiches, Dezember 2000, Kurzfassung Mai 2004, Langfassung 30. August 2004. Der Endbericht beschrieb verschiedene Methoden, darunter die Differenzmethode, aber auch die Methode der Bewertung von Leistungen und Gegenleistungen sowie eine Trennungsrechnung. Dabei wird in der Kostenrechnung jeder Mitteleinsatz (z.B. medizinische Geräte, Arbeitsstunden) akademischen Zwecken oder der Krankenversorgung zugeordnet. Trennungsrechnungen waren teilweise in deutschen Universitätskliniken im Einsatz, erforderten jedoch auch Konsens über die Zuordnung aller Aktivitäten.

Der Gutachter wählte eine Differenzmethode mit umfassenden Bereinigungen.

¹³¹ Die Medizinische Universität Wien überwies im letzten Quartal 2009 zunächst ohne Erläuterung um 800.000 EUR weniger. Erst auf Nachfrage seitens der Teilunternehmung AKH führte sie aus, dass es sich nicht um einen Irrtum handle. Die 2005 vereinbarte betriebswirtschaftliche Bewertung des klinischen Mehraufwands habe einen niedrigeren Wert ergeben. Am 13. Jänner 2010 lieferte sie eine ausführliche Begründung. Es sei ohne Abstimmung zu einer wesentlichen Leistungserweiterung im AKH in der routinemäßigen Krankenbehandlung gekommen. Ein entsprechendes Schreiben für das Jahr 2010 erging im Februar 2011. Für das Jahr 2011 erstellte die Medizinische Universität Wien keine schriftliche Begründung.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Die Teilunternehmung AKH widersprach dem und forderte die Medizinische Universität Wien zur Begleichung des Differenzbetrags auf.¹³² Zudem überlegte sie eine Klage, brachte jedoch keine ein. Dies begründete sie in einem internen Aktenvermerk mit einer mündlichen Nebenabrede zur Vereinbarung vom 6. Juni 2005. Demnach habe der Bund im Jahr 2008 den – in der Vereinbarung vom 6. Juni 2005 vereinbarten – Einmalbetrag von 2 Mio. EUR im Ausgleich für die vorgesehene 2%ige Anpassung des laufenden klinischen Mehraufwands bezahlt. Daraus würde sich ergeben, dass die „betriebswirtschaftliche Bewertung“ des klinischen Mehraufwands eigentlich als automatische 2 %-Kürzung vereinbart war.

Die Teilunternehmung AKH verweigerte zwischen 2009 und 2012 die Bezahlung von Forderungen der Medizinischen Universität Wien (siehe TZ 39). Sie begründete dies mit mangelnder Rechnungslegung, erklärte jedoch auch, dass die Zahlungen nicht erfolgen würden, bis die Bezahlung des klinischen Mehraufwands geklärt sei.

Die seit 1981 laufenden Auseinandersetzungen über den klinischen Mehraufwand verursachten nicht nur direkte Kosten wie z.B. für Rechtsvertretung, Gutachten und Berechnungen, sondern auch erhebliche indirekte Kosten. Der Streit über die Datengrundlagen der Kosten des AKH führte z.B. dazu, dass seit rund drei Jahren die Grundlagen für die Personalbedarfsplanung unvollständig waren (siehe TZ 34 f.).

(3) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Zahlungen des klinischen Mehraufwands im AKH in den Jahren 1995 bis 2011:¹³³

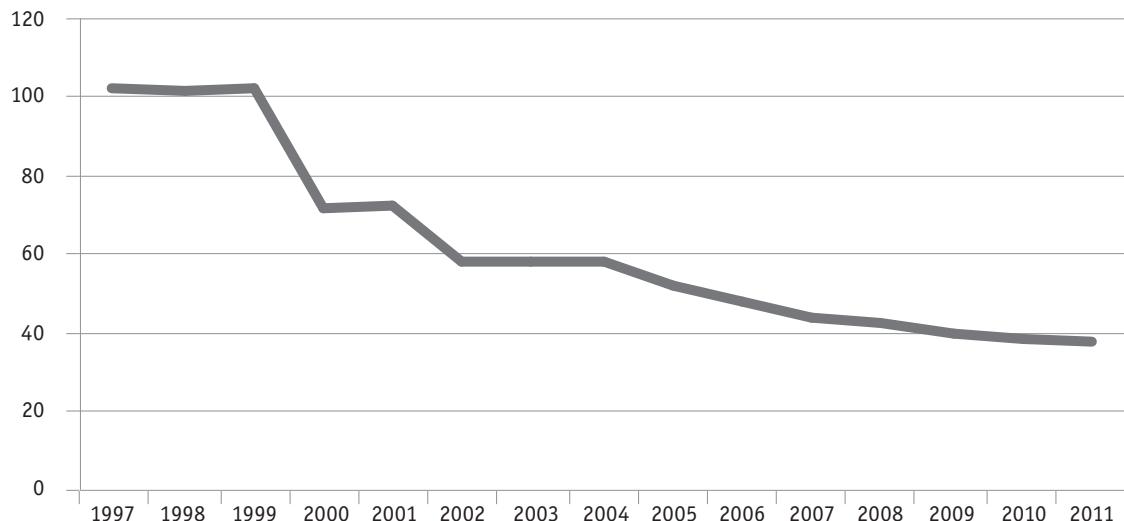
¹³² Die Teilunternehmung AKH führte in internen Aktenvermerken aus, der Argumentation der Medizinischen Universität Wien, wonach höhere Leistungen des AKH in der Patientenversorgung und daher höhere Personalaufwendungen für Ärzte zu einer Absenkung des Ausgleichsbetrags führen sollten, müsse jedenfalls grundsätzlich widersprochen werden. Andernfalls hätte jede Gehaltserhöhung bei den Ärzten (auf welche die Stadt Wien keinerlei Einfluss habe) eine Absenkung der Zahlungen zur Folge. Weiters sei man bezüglich der Personalkosten auf die Meldungen der Universität angewiesen und habe keine Möglichkeit, diese selbst zu überprüfen. Zudem wäre bei der Ermittlung des klinischen Mehraufwands zu berücksichtigen, dass das AKH der Universität zusätzliche Flächen zur Verfügung gestellt hätte.

¹³³ ohne Nachzahlungen für die Jahre 1984 bis 1994, die auf Basis des Vergleichs 2000 in den Jahren 2000 bis 2003 ausgezahlt wurden (rd. 109,53 Mio. EUR)

Finanzielle Rahmenbedingungen

Abbildung 5: Entwicklung der Höhe des Ausgleichsbetrags zum klinischen Mehraufwand 1995 bis 2011

in Mio. EUR



Quellen: BMWF; KAV; RH

Insgesamt zeigt sich dabei eine deutlich sinkende Tendenz. Die Zahlungen betrugen im Jahr 1995 umgerechnet rd. 107,05 Mio. EUR, im Jahr 2005 rd. 52,00 Mio. EUR und im Jahr 2011 rd. 37,65 Mio. EUR (35 % des Werts von 1995).¹³⁴

(4) Der VfGH hielt im Jahr 2011 fest, dass sich Forschung, Lehre und Krankenbehandlung aufgrund ihrer Gemengelage für die Zusammenhänge in der Verursachung des Betriebsaufwands nicht voneinander abgrenzen ließen, weshalb der klinische Mehraufwand rein rechnerisch nicht zu ermitteln sei.

¹³⁴ Die Zahlungen zum laufenden klinischen Mehraufwand unterschieden sich von den „Kostenersätzen Krankenanstaltenträger“ (TZ 29) bzw. der Darstellung in TZ 15 durch die dort inkludierten weiteren Elemente (z.B. paktierte Investitionen, Pflichtfamulaturen, aktivierte Nutzungsrechte etc.).

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Im Jahr 2012 empfahl der Wissenschaftsrat,¹³⁵ es sollte in einem dreiseitigen Verfahren zwischen Bund, Landeskrankenanstalten und jeweiliger Medizinischer Universität eine Einigung über die Finanzierung der Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung erzielt werden. Das Ziel sei weniger die detaillierte Zuteilung von Budgets zu Kostenstellen als die Steigerung der Leistungsfähigkeit der universitären Medizin Österreichs. Erforderlich sei, dass es leistungsfähige und ausgewogene Entscheidungsstrukturen für das Zusammenwirken der jeweiligen Medizinischen Universität mit dem Krankenanstaltenträger gebe und dass die Finanzmittel zweckentsprechend eingesetzt würden.

- 25.2** (1) Der RH stellte fest, dass sowohl die (Bundes)Mittel zur Finanzierung des klinischen Mehraufwands als auch die (Landes)Mittel zur Abgangsdeckung aus allgemeinen Steuermitteln stammten. Er kritisierte, dass die zur Finanzierung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung zur Verfügung gestellten Mittel teilweise für juristische und kaufmännische Dispute zwischen den Gebietskörperschaften verwendet wurden und zudem Mängel in der Betriebsorganisation (etwa Unklarheiten in der Personalbedarfsplanung) entstanden.
- (2) Der RH stellte fest, dass beim klinischen Mehraufwand die Konstruktion der Gesamtfinanzierung des AKH eine sachliche Lösung erschwerte:

Ohne klare vertragliche Regelungen für die wechselseitigen Leistungen (z.B. die Anzahl der zur Verfügung zu stellenden Ärzte) oder gemeinsame Entscheidungsgremien und -prozesse war die Festlegung der Höhe des klinischen Mehraufwands problematisch. Seine Höhe definierte letztlich nämlich nicht – wie eigentlich beabsichtigt – ein Leistungsentgelt für den Aufwand für Forschung und Lehre, sondern den Anteil der jeweiligen Gebietskörperschaft an der Gesamtfinanzierung des bestehenden AKH. Eine Änderung der Höhe des klinischen Mehraufwands bedeutete so nicht notwendigerweise eine Änderung des Leistungsumfangs für Forschung und Lehre, sondern lediglich eine Verschiebung der Finanzierungslast. Die mehrfach ohne Erfolg versuchte analytische Bewertung war daher praktisch von einem Interessengegensatz überlagert.

¹³⁵ Der Wissenschaftsrat war in § 119 UG als Beratungsgremium des BMWF, der gesetzgebenden Körperschaften und der Universitäten in den Angelegenheiten der Universitäten und in Fragen der Wissenschaftspolitik und der Kunst eingerichtet worden. Er diente als Beobachtungs- und Analysestelle des österreichischen Universitäts- und Wissenschaftssystems unter Bedachtnahme auf europäische und internationale Entwicklungen sowie Erarbeitung von Vorschlägen zu dessen Weiterentwicklung. Er setzte sich aus zwölf Mitgliedern aus Wissenschaft und Kunst, aus Wirtschaft und Industrie zusammen.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Ohne Auflösung dieses Interessengegensatzes hielt der RH eine weitere aufwendige Detailberechnung des klinischen Mehraufwands für wenig erfolgversprechend. Der RH merkte an, dass während der Gelungsdauer der Vereinbarung eines Prozentsatzes der Gesamtaufwendungen von 1957 bis 1981 erheblich weniger Auseinandersetzungen erfolgt waren als danach.

Für eine erfolgreiche Lehre, Forschung und Krankenversorgung war aus Sicht des RH nicht primär entscheidend, ob der klinische Mehraufwand analytisch korrekt ermittelt wurde. Maßgeblich war vielmehr eine klare Festlegung, welche Leistungen (in Lehre, Forschung und Versorgung) die Universitätskliniken erbringen sollten, welche Mittel dafür nötig waren, wie diese ohne kontraproduktive Anreizeffekte zur Verfügung zu stellen und möglichst effizient einzusetzen waren.

(3) Der RH empfahl daher dem BMWF, der Stadt Wien und der Medizinischen Universität Wien, die Vergütung des klinischen Mehraufwands durch ein einfaches und kostendeckendes Verfahren zu regeln.

25.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien stimmte der Empfehlung des RH zu, betonte aber, dass eine Einigung auf höchster Ebene zwischen Bund und Stadt Wien erforderlich sei. Den klinischen Mehraufwand gemäß § 29 Abs. 4 UG auf Basis eines reinen Einkaufsmodells zu berechnen, habe sich auch international als schwer durchführbar erwiesen.*

(2) Die Stadt Wien nahm die Empfehlung des RH zustimmend zur Kenntnis und führte aus, sie werde diese in die Verhandlungen mit dem Bund einbringen.

(3) Das BMWF führte aus, dass aktuelle Bemühungen im Gange seien, gemeinsam mit dem BMF eine Verordnung nach § 56 KAKuG zu erarbeiten. Der Anregung, dafür ein einfaches und kostengünstiges Verfahren zu regeln, werde vom BMWF gerne gefolgt. Auch der Empfehlung, auf eine möglichst hohe Übereinstimmung von Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung zu achten, könne nur beigeplichtet werden. Gerade diese Vorgaben würden bei der Erarbeitung einer Verordnung nach § 56 KAKuG zu berücksichtigen sein.

Wirtschaftlichkeits-vergleich

26.1 (1) Der RH verglich die Kosten je Bett und je LKF-Punkt zwischen den drei Universitätskliniken und drei Wiener Schwerpunktankrankenanstalten¹³⁶ für das Jahr 2010.

Tabelle 12: Vergleich der Wirtschaftlichkeit des AKH mit Vergleichskrankenanstalten 2010

	AKH	Graz	Innsbruck	Wien
„Endkosten“ in EUR je tatsächliches Bett	566.356	368.901	295.483	291.426
bereinigte Kosten ¹ in EUR je tatsächliches Bett	556.737	398.499	338.404	264.314
bereinigte Kosten je LKF-Punkt in EUR	2,61	2,03	1,60	1,74
bereinigte Kosten je LKF-Punkt in % der Kosten des AKH	100	78	61	67

¹ Um die Gemengelage von Forschung und Krankenversorgung möglichst gut abzubilden, berücksichtigte der RH dabei die Nebenkostenstellen Forschung, nicht aber die sonstigen Nebenkostenstellen. Aufgrund der Unterschiede in der Kostenminderung (in Wien war der als Kostenminderung abgezogene Ausgleichsbetrag des klinischen Mehraufwands relativ niedrig, die nicht als Kostenminderung abgezogenen Ärztekosten dagegen höher als in den übrigen Universitätskliniken) ging der RH von den Kosten vor Abzug der Kostenminderung aus.

Quellen: DIAG; Teilunternehmung AKH; KAGes; TILAK; RH

Wie die Auswertung zeigt, hatte das AKH die bei weitem höchsten Kosten je tatsächliches Bett (566.737 EUR; das waren 40 % bis 111 % mehr als die Vergleichskrankenanstalten) oder je LKF-Punkt (2,61 EUR; das waren rd. 30 % bis rd. 60 % mehr als die Vergleichskrankenanstalten).

¹³⁶ Die Verwendung anderer Bezugsgrößen, wie z.B. der Anzahl stationärer Patienten, wurde vom RH als Sensitivitätsanalyse durchgeführt, führte jedoch nicht zu wesentlich anderen Ergebnissen. Als Vergleichskrankenanstalten in Wien wählte der RH das Sozialmedizinische Zentrum Ost, das Wilhelminenspital und das Krankenhaus Hietzing aus.

Finanzielle Rahmenbedingungen

(2) Als erste Annäherung einer Analyse der Ursachen trennte der RH die Kosten der Infrastruktur¹³⁷ und des klinischen Betriebs.¹³⁸

Tabelle 13: Kostenvergleich Infrastruktur- und klinische Kosten 2010

	AKH	Graz	Innsbruck	Wien
Infrastrukturstkosten in EUR je tatsächliches Bett	258.918	118.088	126.897	97.636
Infrastrukturstkosten in EUR je LKF-Punkt	1,21	0,60	0,60	0,64
in %	100	50	50	53
klinische Kosten in EUR je tatsächliches Bett	297.819	280.411	211.507	166.678
klinische Kosten in EUR je LKF-Punkt	1,40	1,43	1,00	1,10
in %	100	102	72	79

Quellen: DIAG; Teilunternehmung AKH; KAGes; TILAK; RH

Die Analyse zeigte, dass die Infrastrukturstkosten im AKH je Bett rund doppelt so hoch waren (1,2 EUR je LKF-Punkt) wie in anderen Universitätskliniken und Wiener Schwerpunktkrankenhäusern (etwa 0,6 EUR je LKF-Punkt).

Der RH stellte dazu fest, dass die Nettogrundrissfläche pro tatsächlichem Bett¹³⁹ im AKH mehr als doppelt so hoch war wie im Schnitt der Vergleichskrankenanstalten. Überwiegend war dies auf größere den Hilfskostenstellen zugeordnete Flächen (z.B. Gänge und Technikbereiche) zurückzuführen. Auch die Abschreibungen und die kalkulatorischen Zinsen waren (insbesondere aufgrund der höheren historischen Baukosten) im AKH wesentlich höher als in allen Vergleichskrankenanstalten.

¹³⁷ Als Kosten der Infrastruktur betrachtete der RH dabei die Primärkosten der Hilfskostenstellen für medizinische und nichtmedizinische Ver- und Entsorgung sowie die Kosten der Hilfskostenstelle Verwaltung und die kalkulatorischen Kapitalkosten.

¹³⁸ Um Unterschiede in der Erfassung der unterschiedlichen Krankenanstalten auszuschließen (direkte Erfassung auf den Hauptkostenstellen vs. Erfassung auf Hilfskostenstellen und Umlage), führte der RH Bereinigungen hinsichtlich Energiekosten, der Reinigungskosten, der Instandhaltungskosten und hinsichtlich von Verwaltungspersonal, das direkt den einzelnen Kliniken zugeordnet war, durch. Eine Bereinigung von Leistungen an Dritte (z.B. Küchenservice, aber auch medizinische Leistungen an Dritte) erfolgte nur als Sensitivitätsanalyse. Zu erwähnen war jedoch auch, dass der Teilunternehmung AKH pauschale Kosten zentraler Dienststellen sowie der Organe der Stadt Wien in Höhe von rd. 24,9 Mio. EUR (rd. 13.000 EUR pro tatsächlichem Bett) angelastet wurden. Diesen Aufwendungen standen aber gleichlautende Erträge gegenüber, die jedoch nicht als Kostenminderung in der Kostenrechnung angesetzt wurden.

¹³⁹ bereinigt um nicht forschungsbezogene Nebenkostenstellen wie z.B. Akademien oder Geschäftsflächen

(3) Die Auswertung zeigte weiters, dass die Kosten der eigentlichen klinischen Leistungserbringung (z.B. Ärzte, Pflegepersonal, Medikamente etc.) 2010 je LKF-Punkt im AKH etwa gleich hoch wie in Graz, aber deutlich höher als in Innsbruck und in den Wiener Vergleichskrankenanstalten waren. Die Daten waren jedoch nur bedingt vergleichbar:

- Die Universitätsklinik Graz setzte mangels Kenntnis der tatsächlichen Kosten für die bei der Medizinischen Universität Graz angestellten Ärzte den Durchschnitt der vertragsbediensteten Landesärzte an. Die Universitätsklinik Innsbruck bewertete das Bundespersonal mit berufsgruppenspezifischen Standardwerten, da ebenfalls keine konkreten Personalkostendaten vorlagen. Das AKH erfasste die von der Medizinischen Universität Wien gemeldeten Echtkosten.
- Weiters war im AKH Wien zwischen der Teilunternehmung der Stadt Wien und der Medizinischen Universität Wien strittig, inwieweit Kosten für nichtärztliches Personal (rd. 36 Mio. EUR) zu berücksichtigen waren.
- Es war nicht auszuschließen, dass wesentliche Leistungen des AKH nicht im LKF-System abgebildet waren bzw. dort nicht verrechnet wurden (siehe TZ 24).

Es bestanden jedoch auch echte Effizienzunterschiede, z.B. eine nicht optimierte Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen (siehe TZ 38) oder ungünstige Dienstzeitenregelungen im AKH (siehe TZ 42).

(4) Ohne jene Kosten, die der Bund trug (z.B. ärztliches Personal und klinischer Mehraufwand), lagen die Kosten des klinischen Bereichs je LKF-Punkt im AKH um rd. 16 % niedriger als bei den Wiener Vergleichskrankenanstalten. Die klinischen Kosten inklusive der vom Bund getragenen Kosten (Tabelle 13) lagen im AKH dagegen um rd. 27 % höher.

26.2 Der RH wies zunächst darauf hin, dass die Kosten des AKH wesentlich (rd. 30 % bis 60 %) über den Kosten der Vergleichskrankenanstalten lagen. Eine Einschätzung der Wirtschaftlichkeit des AKH war daher von wesentlicher Bedeutung für die weitere Vorgehensweise, insbesondere für die Festlegung der im AKH zu tätigen Investitionen und der dort zu erbringenden Leistungen.

Er kritisierte daher, dass wesentliche Kostenteile unterschiedlich erfasst (Ärzte) bzw. strittig waren (nichtmedizinisches Personal der Medizinischen Universität Wien) und die erbrachten Leistungen im AKH nur unvollständig erfasst waren.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Der RH verwies dazu auf seine Empfehlungen aus vorangegangenen Geburgsüberprüfungen¹⁴⁰ zur Verbesserung der Vergleichbarkeit von Krankenanstalten, zur Evaluierung der Unterschiede der Leistungskennzahlen und zu einheitlichen Vorgaben für die Kostenrechnung in Krankenanstalten.

Weil die klinischen Kosten der Stadt Wien (ohne vom Bund getragene Kosten) im AKH niedriger waren als in den Vergleichskrankenanstalten, bestünde theoretisch ein Anreiz für die Stadt Wien, Leistungen von anderen Krankenanstalten ins AKH zu verschieben. Die gesamten klinischen Kosten (inklusive der vom Bund getragenen Kosten wie etwa der Ärztekosten) lagen dagegen im AKH deutlich höher, so dass gesamt-wirtschaftlich betrachtet Leistungen, die auch in anderen Krankenanstalten gleichermaßen versorgungswirksam möglich waren, nicht im AKH erbracht werden sollten.

Das Auseinanderfallen der Anreize für einzelne Rechtsträger vom gesamtwirtschaftlich sinnvollen Vorgehen verdeutlichte die Notwendigkeit einer rechtsträgerübergreifenden Betrachtung, um ökonomische Entscheidungen der Betriebsführung zu gewährleisten.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, auf Basis eines aussagekräftigen Wirtschaftlichkeitsvergleichs die Ursachen der hohen Kosten (insbesondere im Bereich der Infrastruktur) zu evaluieren und Möglichkeiten zu deren Reduktion zu prüfen.

26.3 Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, dass im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ auch ein baulicher Masterplan als Entscheidungsgrundlage für eine Folgekostenbewertung bei der Anpassung der Infrastruktur erarbeitet werde. Die Umsetzung der Empfehlung des RH sei daher in Planung.

Viele Kosten seien jedoch nur eingeschränkt beeinflussbar, da eine langfristige Bindung an Verträge bestehe und Rückbauten einen hohen Investitionsbedarf verursachen würden.

Reinvestitionen und Umbauten würden jedoch unter dem Aspekt der Steigerung der Wirtschaftlichkeit geplant.

¹⁴⁰ vgl. RH Reihe Positionen 2011/1, Verwaltungsreform 2011, Vorschläge Nr. 283 und 284

Entwicklung der zur
Verfügung stehenden
Mittel

Teilunternehmung AKH

27.1 (1) Die folgende Übersicht gibt einen Überblick über die Entwicklung der Aufwands- und Ertragspositionen der Teilunternehmung AKH:

Tabelle 14: Finanzielle Entwicklung der Teilunternehmung AKH 2005 bis 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2005 bis 2011	in %
	in Mio. EUR								
Betriebsleistung	765,95	758,78	782,47	848,38	813,41	882,01	927,82	161,87	21
<i>LKF-Erlöse</i>	282,65	287,45	282,1	316,14	288,45	290,76	356,62	73,97	26
<i>Erlöse ambulante Leistungen</i>	30,74	32,02	33,34	34,5	35,07	35,92	36,52	5,78	19
<i>Betriebskostenersätze</i>	124,29	106,91	131,66	149,76	145,28	205,77	179,48	55,19	44
<i>klinischer Mehraufwand</i>	47,27	43,64	40	38,73	36,36	34,92	34,23	- 13,04	- 28
<i>Ersätze für Sozialhilfeempfänger</i>	2,01	2,73	2,59	2,34	2,13	4,33	0,2	- 1,81	- 90
<i>sonstige Erlöse¹</i>	50,09	55,09	53,6	57,39	59,83	60,6	59,45	9,36	19
<i>sonstige betriebliche Erträge</i>	228,9	230,94	239,18	249,52	246,29	249,71	261,32	32,42	14
Betriebsaufwendungen	777,59	795,02	815,83	849,36	884,71	886,43	932,32	154,73	20
<i>Materialaufwendungen</i>	163,93	173,32	178,76	187,2	192,36	198,13	205,58	41,65	25
<i>Personalaufwendungen</i>	265,73	271,89	280,64	297,19	314,99	310,67	320,25	54,52	21
<i>Abschreibungen</i>	90,35	90,1	89,01	89,38	90,17	94,82	96,74	6,39	7
<i>sonstige betriebliche Aufwendungen²</i>	257,58	259,71	267,42	275,59	287,19	282,81	309,75	52,17	20
Betriebsergebnis	- 11,64	- 36,24	- 33,36	- 0,98	- 71,3	- 4,42	- 4,5	7,14	
Finanzergebnis	0,43	0,02	0,2	1,6	0,66	0,29	0,76	0,33	
Jahresüberschuss/-fehlbetrag	- 11,21	- 36,22	- 33,16	0,62	- 70,64	- 4,13	- 3,74	7,47	
Auflösung von Rücklagen	11,08	43,62 ³	11,6	17,63	59,78 ⁴	26,17	15,07	3,99	
Zuführung von Rücklagen	- 0,39	- 0,42	- 7,7	-	- 7,17	- 7,88	- 14,75	- 14,36	
Jahresgewinn/-verlust	- 0,52	6,98	- 29,26	18,25	- 18,03	14,16	- 3,42	- 2,9	
Stand Eigenkapital zum Stichtag 31.12.	8,44	15,84	- 0,07	12,32	- 0,44	6,58	7,95	- 0,49	- 6

¹ Die sonstigen Erlöse umfassten bestimmte stationäre und ambulante Leistungserlöse.

² Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen umfassten im Wesentlichen die Technische Betriebsführung (2010 rd. 75 Mio. EUR), die Abgangsdeckung St. Anna Kinderspital (2010 rd. 33 Mio. EUR) (entsprechend einem Vertrag zwischen der Stadt Wien und dem Träger des St. Anna Kinderspitals) sowie Aufwendungen für Personalbereitstellung bzw. Arbeitskräfteüberlassung (2010 rd. 26 Mio. EUR). Die Technische Betriebsführung des AKH Wien war an die VKMB übertragen.

³ Auflösung einer Investitionsrücklage in Höhe von 35,00 Mio. EUR

⁴ Auflösung einer Finanz-Ausgleichsrücklage in Höhe von rd. 45,84 Mio. EUR

Quellen: Rechnungsabschlüsse der Teilunternehmung AKH 2005 bis 2011

Finanzielle Rahmenbedingungen

(2) Die betrieblichen Aufwendungen stiegen von 2005 bis 2011 relativ konstant mit durchschnittlich jährlich rd. 3,1 %.

Ertragsseitig zeigte die Entwicklung weniger Kontinuität:

- Die größte Erlösposition, die LKF-Erlöse, entwickelte sich sehr sprunghaft. Dies ergab sich jedoch nicht aus Änderungen bei den Leistungen der Patientenversorgung, sondern durch Änderungen im LKF-System, auf die das AKH selbst keinen Einfluss hatte.¹⁴¹
- Beim klinischen Mehraufwand (siehe TZ 25) sowie bei den Ersätzen für Sozialhilfeempfänger¹⁴² verzeichnete das AKH jährlich einen Rückgang.

Insgesamt stieg die selbst erwirtschaftete Betriebsleistung (ohne Betriebskostenersatz) von 2005 bis 2011 um durchschnittlich rd. 2,7 %.

Da somit die Aufwendungen stärker stiegen als die Betriebsleistung, wuchs der Betriebskostenersatz von 2005 bis 2011 um rd. 55,19 Mio. EUR (44 % bzw. 8 % p.a.) an. Er wurde so angesetzt, dass bei kameraler Betrachtung unter Berücksichtigung der Rücklagenentwicklung ein ausgeglichener Haushalt sichergestellt war.

27.2 Der RH wies darauf hin, dass der Betriebskostenersatz zwischen 2005 und 2011 um rd. 8 % pro Jahr anstieg, obwohl die Aufwandssteigerung mit rd. 3 % pro Jahr geringer war. Die größte Erlösposition des AKH (LKF-Erlöse) schwankte in Abhängigkeit von externen Entscheidungen stark.

Insgesamt entsprach die Gebarung des AKH somit nicht der eines selbstständigen, nachhaltig operierenden Unternehmens. Die in Zukunft zur Verfügung stehenden Mittel waren von wachsenden Zuschüssen der Stadt Wien bzw. des KAV und externen Entscheidungen zur leistungsorientierten Finanzierung abhängig. Der RH analysierte daher zunächst die finanzielle Lage des KAV.

¹⁴¹ Wie unter TZ 24 beschrieben, erhielt das AKH in den Jahren 2005 bis 2008 für einen LKF-Kernpunkt jeweils 1,21 Abrechnungspunkte, in den Jahren 2009 und 2010 nur einen Abrechnungspunkt (1,0) und im Jahr 2011 wieder 1,17 Abrechnungspunkte.

¹⁴² Durch das Mindestsicherungsgesetz sanken mit 1. September 2010 die Ersätze für Sozialhilfeempfänger.

Wiener Krankenanstaltenverbund

28.1 (1) Die Entwicklung der Aufwands- und Ertragspositionen des KAV der Jahre 2005 bis 2011 stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 15: Finanzielle Entwicklung des KAV 2005 bis 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2005 bis 2011	
	in Mio. EUR								in %
Betriebsleistung	2.541,93	2.604,72	2.652,03	2.874,93	2.854,21	2.999,31	3.035,82	493,89	19
<i>Erlöse WGF¹</i>	894,93	922,32	925,6	1.006,87	979,76	1.003,89	1.123,32	228,39	26
<i>Betriebskostenersätze²</i>	649,82	670	717,1	823,72	830,23	912,43	862,57	212,75	33
<i>Pflegeentgelt Fonds Soziales Wien</i>	131,8	126,95	117,3	108,28	108,17	104,4	103	- 28,8	- 22
<i>klinischer Mehraufwand</i>	47,27	43,64	40	38,73	36,36	34,92	34,23	- 13,04	- 28
<i>Ersätze für Sozialhilfeempfänger</i>	25,48	25,17	25,69	27,91	26,5	24,7	10	- 15,48	- 61
<i>sonstige Erlöse</i>	80,84	83,5	86,93	91,72	91,12	99,17	88,41	7,57	9
<i>sonstige betriebliche Erträge³</i>	711,79	733,14	739,41	777,7	782,07	819,8	814,29	102,5	14
Betriebsaufwendungen	2.581,21	2.651,12	2.713,24	2.875,77	2.970,92	3.068,73	3.145,85	564,64	22
Betriebsergebnis	- 39,28	- 46,4	- 61,21	- 0,84	- 116,71	- 69,42	- 110,03		
Finanzergebnis	0,3	0,18	- 0,62	1,75	- 0,1	- 1,15	- 6,2		
Jahresüberschuss/-fehlbetrag	- 38,98	- 46,22	- 61,83	0,91	- 116,81	- 70,57	- 116,23		

¹ beinhaltet LKF-Erlöse und Erlöse für ambulante Leistungen

² einschließlich der Position „WGF-Abgeltung“

³ einschließlich der Positionen „Veränderung des Bestands“ sowie „aktivierte Eigenleistungen“

Quellen: Rechnungsabschlüsse KAV 2005 bis 2011

Die Betriebsaufwendungen stiegen im jährlichen Durchschnitt von 2005 bis 2011 um rd. 3,4 %; die Ertragsseite – ohne Betriebskostenersätze – erhöhte sich im Durchschnitt um rd. 2,4 %.

Aufgrund der stärker als die Erlöse steigenden Aufwendungen stieg der Betriebskostenzuschuss ebenfalls. Von 2005 bis 2010 lag der jährliche Anstieg bei durchschnittlich rd. 7 %.¹⁴³

¹⁴³ 2011 waren die Erlöse WGF deutlich höher als 2010. Dies war jedoch auch durch eine Verschiebung von Betriebsabgangsmitteln in die LKF-Finanzierung (rd. 85 Mio. EUR davon wurden über LKF-Punkte ausbezahlt) und eine Änderung des Steuerungsfaktors für das AKH bedingt. In den Jahren 2005 bis 2011 stieg der Betriebskostenersatz um 212,75 Mio. EUR bzw. rd. 5 % jährlich.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Folgende Besonderheiten waren dabei zu beachten:

- Aufwandsseitig stiegen ab dem Jahr 2008 die externen Leistungen für Beratungs- und Projektkosten aufgrund der Implementierung von Projekten wie z.B. dem EDV-Projekt Impuls oder den Planungsarbeiten für das Krankenhaus Nord überdurchschnittlich.¹⁴⁴
 - Ertragsseitig standen einer deutlichen Steigerung der LKF-Erlöse Rückgänge anderer, nicht auf Krankenanstalten bezogener Bereiche gegenüber (insbesondere bei den Pflegeentgelten Fonds Soziales Wien und den Pauschalzahlungen für Ersätze der Sozialhilfeempfänger).
- (2) Für die weitere Entwicklung lagen dem RH Berechnungen für eine mittelfristige Finanzplanung und die schließlich beschlossene, mit September 2012 datierte Mehrjahresplanung 2013 bis 2017 des KAV vor. Diese Planungen waren an einer kontinuierlichen Kostendämpfung orientiert, um die Steigerung des Finanzierungsbedarfs seitens der Stadt Wien zu begrenzen.¹⁴⁵ Gegenüber einem Basisszenario ohne Kostendämpfungsmaßnahmen sollte der Gesamtaufwand erheblich gesenkt werden. Das Basisszenario rechnete mit einem Anstieg der LKF-Erlöse um lediglich 0,2 %. Hauptausrichtungen bei den Maßnahmen waren
- Leistungs- und Standortkonzentrationen¹⁴⁶ (z.B. Schließung des Kaiserin-Elisabeth-Spitals) bzw. Synergien in der Leistungserbringung und
 - kontinuierliche Verbesserung der Performance in den wirtschaftlichen Prozessen (z.B. Standardisierung in der Materialbeschaffung).

Dafür waren für die Jahre 2013 bis 2017 Investitionen von rd. 2,4 Mrd. EUR vorgesehen. Nach Angaben des KAV sollten sich diese Investitionen durch effizientere Abläufe (z.B. kürzere Transportwege) selbst finan-

¹⁴⁴ Sie verdoppelten sich von rd. 62 Mio. EUR im Jahr 2007 auf rd. 138 Mio. EUR im Jahr 2011.

¹⁴⁵ In der Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012 verpflichtete sich die Stadt Wien zur Erreichung bestimmter Haushaltzziele. Weiters legten der Bund und die Länder in der „Politischen Vereinbarung über ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem für das österreichische Gesundheitswesen und einen Ausgabendämpfungspfad für die öffentlichen Gesundheitsausgaben“ vom 13. Juni 2012 fest, dass die Steigerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben bis 2016 auf 3,6 % (die erwartete Steigerung des BIP) gesenkt werden und danach konstant bei 3,6 % verbleiben sollte.

¹⁴⁶ Im Rahmen der Neuausrichtung des KAV wurde gemeinsam mit der politischen Ebene das Spitalskonzept 2030 ausgearbeitet.

zieren. Zur Realisierung der Maßnahmen hatte der KAV eine Reihe von Einzelprojekten und ein Multiprojektmanagement eingerichtet.

Der Anteil der Kostendämpfung, der auf das AKH entfiel, bzw. eine Mittelfristplanung für das AKH waren zur Zeit der Geburungsüberprüfung noch nicht festgelegt.

28.2 Der RH hielt fest, dass der KAV eine erhebliche Kostendämpfung plante. Er hob hervor, dass dies teilweise auf die Notwendigkeit zurückzuführen war, die eingetretene Steigerung im Betriebskostenzuschuss zu beschränken. Teilweise waren jedoch auch strategische Entscheidungen (etwa IT-Projekte und Investitionspläne) dafür ursächlich.

Schließlich wies der RH kritisch darauf hin, dass für das AKH noch keine mittelfristigen Finanzziele vorlagen, obwohl vorhersehbar war, dass auch eine entsprechende Kostendämpfung vom AKH erwartet werden wird.

Der RH empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, im Rahmen der anzustrebenden gemeinsamen oder zumindest abgestimmten Finanzplanung (TZ 31) auch mittelfristige Finanzziele für die dem AKH von der Stadt Wien zur Verfügung zu stellenden Mittel festzulegen.

28.3 *Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, dass beabsichtigt sei, einen gemeinsamen Planungsprozess auszuarbeiten, um so wesentliche Grundlagen für eine Mittelfristplanung bereitzustellen. Die Umsetzung der Empfehlung des RH sei daher in Planung.*

Medizinische Universität Wien

29.1 (1) Die Aufwands- und Ertragslage der Medizinischen Universität Wien der Jahre 2005 bis 2011 stellte sich wie folgt dar:

Finanzielle Rahmenbedingungen

Tabelle 16: Finanzielle Entwicklung der Medizinischen Universität Wien 2005 bis 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2005 bis 2011	in %
	in Mio. EUR								
Betriebsleistung	390,78	370,40	395,47	406,77	425,06	451,5	448,41	57,63	15
Betriebsaufwendungen	383,97	371,95	393,08	404,2	420,91	432,62	447,53	63,56	17
Materialaufwand	8,5	9,7	11,11	13,36	13,99	14,21	14,12	5,62	66
Personalaufwand	254,83	266,66	276,44	286,54	306,37	314,4	325,46	70,63	28
Kostenersätze Krankenanstaltenträger¹	87,96	61,93	64,66	62,95	60,64	53,71	52,84	- 35,12	- 40
sonstige betriebliche Aufwendungen²	32,68	33,66	40,87	41,35	39,91	50,3	55,11	22,43	69
Betriebsergebnis	6,81	- 1,55	2,39	2,57	4,15	18,88	0,88	- 5,93	
Finanzergebnis	- 3,96	- 2,55	- 1,58	- 1,72	- 4,15	- 18,52	- 9,31	- 5,35	
Jahresüberschuss/- fehlbetrag	2,85	- 4,1	0,81	0,85	0	0,36	- 8,43	- 11,28	

¹ laufender klinischer Mehraufwand, Investitionen klinische Geräte sowie sonstige Mehrkosten gemäß § 55 KAKuG (z.B. Pflichtfamilaturen, Unterrichtspatienten)

² einschließlich Abschreibungen, jedoch ohne Kostenersätze Krankenanstaltenträger nach § 33 UG

Quellen: Rechnungsabschlüsse der Medizinischen Universität Wien der Jahre 2005 bis 2011

Die mit Abstand größte Aufwandsposition an der Medizinischen Universität Wien stellten die Personalaufwendungen dar. Die zweitgrößte einzelne Aufwandsposition waren die Kostenersätze an den Krankenanstaltenträger, die den klinischen Mehraufwand betrafen. Gemeinsam machten diese beiden Positionen durchschnittlich rd. 87 % der Aufwendungen aus. Die Personalaufwendungen stiegen von 2005 bis 2011 um rd. 28 %, die Kostenersätze für Krankenanstaltenträger (inklusive dem klinischen Mehraufwand) sanken im selben Zeitraum um rd. 40 %. Insgesamt stiegen die Aufwendungen seit dem Jahr 2005 um rd. 17 %. Die Betriebsleistung erhöhte sich hingegen um rd. 15 %.

(2) Nach § 16 der Verordnung über den Rechnungsabschluss der Universitäten waren aus der Bilanz bestimmte Kennzahlen zu bilden. Falls diese ein kritisches Niveau erreichten,¹⁴⁷ musste die jeweilige Universität einen Frühwarnbericht erstellen. Dieser hatte u.a. die Ursachen für die kritische Situation und Sanierungsmaßnahmen darzustellen.

¹⁴⁷ Gemäß § 16 Abs. 4 Univ. Rechnungsabschlussverordnung war im Falle eines Jahresverlustes ein Frühwarnbericht zu erstellen, wenn entweder eine Eigenmittelquote unter 8 % oder ein Mobilitätsgrad von weniger als 100 % vorlag. Der Mobilitätsgrad war der Prozentsatz, der sich aus dem Verhältnis zwischen dem kurzfristigen Vermögen einerseits und dem kurzfristigen Fremdkapital andererseits ergibt. Als kurzfristig waren Beträge mit einer Restlaufzeit von bis zu einem Jahr anzusehen.

Weiters war anzugeben, ob Zahlungsunfähigkeit drohte sowie ob seit Abschluss der Leistungsvereinbarung gravierende Änderungen der Rahmenbedingungen eingetreten waren.

Ab der 2. Jahreshälfte 2011 war die Medizinische Universität Wien der Ansicht, dass weder ein positives Jahresergebnis noch eine entsprechende Eigenmittelquote bzw. ein entsprechender Mobilitätsgrad zu erreichen wären. Sie erstellte daher einen Frühwarnbericht. Darin führte sie aus, dass sie ohne Abdeckung der Mehrkosten bei unveränderter Betriebsorganisation des AKH auch im weiteren Verlauf Verluste erwarte, wenn die Leistungen im bisherigen Umfang weiterhin erbracht werden sollten. Zahlungsunfähigkeit drohe jedoch nicht. Ende 2011 war in der Bilanz ein positiver Kassenbestand von rd. 99 Mio. EUR ausgewiesen. Der Wirtschaftsprüfer stellte dar, dass aufgrund kurzfristiger Rückstellungen und Verbindlichkeiten davon rd. 29 Mio. EUR disponibel waren.

Als Hauptursache für die negative Entwicklung nannte die Medizinische Universität Wien im Frühwarnbericht, dass der Bund Personalkostensteigerungen nicht im vollen Umfang abgedeckt hatte.¹⁴⁸ Der Bund erwarte zwar von den Universitäten eine teilweise Abdeckung von Personalkostensteigerungen durch Effizienzgewinne, für die Medizinische Universität Wien werde aber eine Sondersituation schlagend: Ein wesentlicher Teil ihres Globalbudgets werde für Personal ausgegeben, das vertraglich für den Betrieb des AKH zugesagt sei. Eine Grundvoraussetzung, mit dem zugewiesenen Budget das Auslangen zu finden, sei jedoch eine dem Universitätsbetrieb angemessene Leistungs- und Kapazitätsplanung am AKH gewesen. Diese Grundvoraussetzung sei aber nicht erfüllt worden.

(3) Zur Verbesserung ihrer finanziellen Lage plante die Medizinische Universität Wien aufwands- und ertragsseitige Maßnahmen.

Der Personalstand sollte im Jahr 2012 im Globalbudgetbereich im Durchschnitt um 44 VBÄ¹⁴⁹ gesenkt werden. Für das Jahr 2013 war ein weiterer Personalabbau von 30 VBÄ geplant.

¹⁴⁸ Zum Beispiel seien durch den Wechsel des Universitätspersonals in das Angestelltenteilrecht durch das UG bzw. durch den Kollektivvertrag für Arbeitnehmer der Universitäten Mehrkosten aus der Entgeltfortzahlung hinsichtlich der Journaldienste entstanden. Eine Bezugserhöhung für Beamte und Vertragsbedienstete im Jahr 2009 für das Jahr 2010 sei nicht voll abgedeckt worden. Im Übrigen sei die Medizinische Universität Wien bereits mit negativem Eigenkapital ausgegliedert worden (aufgrund einer Bestandsgarantie durch den Bund sei aber eine positive Fortbestandsprognose gegeben). Eine Änderung der Bilanzierungsvorschriften habe 2010 durch Aktivierung von Nutzungsrechten aus den paktiert finanzierten Investitionen einen positiven Einmaleffekt von rd. 18,2 Mio. EUR ergeben.

¹⁴⁹ Die Medizinische Universität Wien hatte im Jahr 2011 rd. 4.249 VBÄ.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Ab Februar 2012 sollten die Journaldienste um 14 % gesenkt werden, was eine Einsparung von rd. 6 Mio. EUR bringen sollte. Die Klinikeleiter und Jungärzte protestierten dagegen und führten aus, dass diese Maßnahmen zur Beeinträchtigung der Patientenversorgung führen würden.

Daraufhin sagte das BMWF eine Überbrückungshilfe zu und die Medizinische Universität Wien nahm die Reduktion der Journaldienste im Dezember 2011 zurück. Sie strebte Einsparungen nunmehr durch eine Neuregelung der Arbeitszeiten ab Mitte 2013 an.¹⁵⁰

Ertragsseitig forderte die Medizinische Universität in den im Herbst 2012 stattfindenden Verhandlungen zur Leistungsvereinbarungsperiode 2013 bis 2015 vom BMWF eine Erhöhung des Grundbudgets¹⁵¹ für diesen Zeitraum von zumindest rd. 17 % (rd. 139 Mio. EUR).¹⁵² Im Dezember 2012 schlossen BMWF und Medizinische Universität Wien eine Leistungsvereinbarung für 2013 bis 2015 ab. Für das Grundbudget ohne Hochschulraum-Strukturmittel¹⁵³ war ein Anstieg um rd. 13 % ver einbart, mit Hochschulraum-Strukturmitteln ein Anstieg um rd. 16 %.

29.2 Der RH wies darauf hin, dass voraussichtlich auch seitens der Medizinischen Universität Wien in Zukunft weniger Mittel für das AKH zur Verfügung stehen werden. Wie beim KAV (TZ 28) war auch bei der Medizinischen Universität Wien zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht genau definiert, welche Finanzziele für die im AKH eingesetzten Ressourcen bestanden. Eine Priorisierung des Mitteleinsatzes zwischen den klinischen Bereichen, den medizinisch-theoretischen Bereichen und der Verwaltung war daher erforderlich.

Der RH empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, im Rahmen der anzustrebenden gemeinsamen oder zumindest abgestimmten Finanzplanung (TZ 31) auch mittelfristige Finanzziele für die dem AKH von der Medizinischen Universität Wien zur Verfügung zu stellenden Mittel festzulegen.

¹⁵⁰ Weiters waren Reduktionen im Bereich von Gesellschafterzuschüssen und Kürzungen des Sachaufwands im Bereich der Verwaltung geplant.

¹⁵¹ Globalbudget ohne klinischen Mehraufwand und Bauvorhaben

¹⁵² Im Zeitraum 2010 bis 2012 war das Globalbudget im Vergleich zum Zeitraum 2007 bis 2009 um rd. 16 % gestiegen.

¹⁵³ Die Hochschulraum-Strukturmittel fließen über leistungsorientierte Kriterien an die Universitäten. Sie werden für die Medizinische Universität Wien voraussichtlich 2013 bis 2015 rd. 25 Mio. EUR betragen.

29.3 Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, dass beabsichtigt sei, einen gemeinsamen Planungsprozess auszuarbeiten, um so wesentliche Grundlagen für eine Mittelfristplanung bereitzustellen. Die Umsetzung der Empfehlung des RH sei daher in Planung.

Mittel für Investitionen

30.1 (1) Die Teilunternehmung AKH erstellte im Jahr 2004 ein Investitionsmemorandum. Dieses bewertete den Investitionsbedarf in den Jahren 2005 bis 2015 mit 1.175,32 Mio. EUR.

Der Bund und die Stadt Wien stellten mit der Vereinbarung vom 6. Juni 2005 für die Jahre 2007 bis 2015 für die Erhaltung und Fortführung des Standards 600 Mio. EUR (brutto) zur Verfügung („paktierte Investitionen“).¹⁵⁴ Sie legten nicht fest, welche Projekte des Investitionsmemorandums finanziert werden sollten.

(2) Die Mittel wurden nicht nur für die Erhaltung des Standards eingesetzt, sondern – nach Genehmigung durch die ARGE AKH¹⁵⁵ und die kollegiale Führung – insbesondere in den Jahren 2010 und 2011 auch für Erweiterungen wie die Errichtung des Bauteils 61.1 (siehe TZ 51).

Ende 2011 waren nach einer Auswertung des Finanzbereichs der Teilunternehmung AKH vom Juni 2012 bereits rund ein Viertel mehr Investitionsmittel (rd. 69,67 Mio. EUR) disponiert als ursprünglich geplant, so dass für 2012 bis 2015 entsprechend weniger Mittel zur Verfügung standen.

(3) Die Medizinische Universität Wien führte 2011 aus, dass zu wenig Geld verfügbar sei, um das technische Niveau des Hauses zu halten. Weiters bestehe dringender Aufholbedarf für neue und bereits anerkannte Behandlungsmethoden (z.B. Hybrid OP, intraoperativer MR).

¹⁵⁴ Drei Jahre 60 Mio. EUR und sechs Jahre 70 Mio. EUR. Im Jahresdurchschnitt trugen die Stadt Wien 43 Mio. EUR und der Bund 23 Mio. EUR. Der Finanzierungsanteil der Stadt Wien lag bei rd. 67 %. Von den 600 Mio. EUR wurden 60 Mio. EUR noch in der Vereinbarung für die Restfertigstellung des AKH gewidmet. Die verbleibenden 540 Mio. EUR waren inkl. USt kalkuliert, so dass netto rd. 463,64 Mio. EUR verblieben. Für den Bund galt dabei ein Umsatzsteuersatz von 10 %, für die Stadt Wien von 20 %.

¹⁵⁵ Die ARGE AKH bildete ein Forum für die Zusammenarbeit zwischen Bund und Stadt Wien, in dem das BMF, das BMWF sowie die Stadträte für Finanzen und für Gesundheit der Stadt Wien vertreten waren. Die ARGE AKH wurde zur Neuerrichtung des AKH eingerichtet und existierte nach den geltenden Verträgen bis zur Endabwicklung des Totalübernehmervertrags.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Eine Unterlage der Finanzbuchhaltung der Teilunternehmung AKH vom Februar 2012 schätzte die „vordringlichen“ Investitionen im Bereich Bau von 2012 bis 2015 mit rd. 116 Mio. EUR rund fünfmal höher als die verfügbaren (noch nicht anderweitig disponierten) Mittel von rd. 21,45 Mio. EUR.

Folgende Kennzahlen sprachen für einen erhöhten Investitionsbedarf:

- Rund 62 % der medizintechnischen Geräte waren zur Zeit der Gebrauchsüberprüfung zwölf Jahre oder älter (im Jahr 2002 waren es 12 % gewesen).
 - Rund die Hälfte der kostenrechnerischen Abschreibungen erfolgte auf Anlagegüter ohne Restbuchwert (in Vergleichskrankenanstalten rund ein Drittel).
 - Bei technischen Anlagen und Maschinen waren im Jahr 2011 rd. 83 %, bei Betriebs- und Geschäftsausstattung rd. 85 % der Anschaffungskosten bereits abgeschrieben.
- (4) Eine abgestimmte, langfristige Reinvestitionsplanung der beteiligten Rechtsträger lag dem RH nicht vor. Es existierte jedoch ein Entwurf der VKMB,¹⁵⁶ der den Investitionsbedarf 2012 bis 2015 mit rd. 60 Mio. EUR bis 90 Mio. EUR p.a. einschätzte.

30.2 Der RH kritisierte, dass

- die politische Vereinbarung vom 6. Juni 2005 die Investitionsmittel bei etwa der Hälfte der Investitionsplanung des AKH festgelegt hatte, ohne klar zu machen, welche Projekte zu realisieren waren,
- die Mittel der paktierten Investitionen trotzdem auch für andere Zwecke als die Erhaltung des Standards, insbesondere für die Errichtung des Bauteils 61.1 verwendet worden waren und
- Ende 2011 bereits mehr Mittel als vorgesehen disponiert waren.

¹⁵⁶ Die Voest-Alpine-Medizintechnik GmbH (VAMED) wurde 1982 im Zusammenhang mit der Errichtung des AKH gegründet. Im Juli 1996 wurde die VAMED, die bis dahin über die ÖIAG zu 100 % in Staatsbesitz war, mehrheitlich an den deutschen Gesundheits-Konzern Fresenius SE & Co. KGaA verkauft (einer der größten privaten Krankenhausbetreiber Deutschlands, der auch im Pharma- und Gesundheitsdienstleistungsbereich tätig ist). Die VKMB (VAMED Krankenhausmanagement und Betriebsführungsges.m.b.H.) ist ein Tochterunternehmen der VAMED.

Er wies darauf hin, dass mehrere Kennzahlen für einen erhöhten Investitionsbedarf sprachen, jedoch in Zukunft nur noch geringere Mittel zur Verfügung stehen werden.

Der RH vermisste daher eine abgestimmte, priorisierte Reinvestitionsplanung der Rechtsträger und hielt deren Übertragung an einen Anbieter entsprechender Dienstleistungen für problematisch, da dieser keinen Anreiz haben konnte, Effizienzpotenziale in den Vordergrund zu stellen. Als Grundlage für eine Reinvestitionsplanung wäre ein klares Verständnis über die im AKH zu erbringenden Leistungen (z.B. Bettenzahlen, Patientenzahlen, Art der Leistungen) zu erarbeiten (TZ 9 bis 16).

Der RH empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die notwendigen Reinvestitionen zu priorisieren und festzulegen.

30.3 *(1) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, dass im vierten Quartal 2012 von der Teilunternehmung AKH gemeinsam mit der VKMB der Reinvestitionsbedarf für den Zeitraum 2013 bis 2020 in bestimmten Teilbereichen (insbesondere Bau-technik) erhoben worden sei. Diese Unterlagen seien am 11. März 2013 der Medizinischen Universität Wien übermittelt worden. Die übrigen Bereiche (insbesondere Medizintechnik) würden nach Vorliegen des Medizinischen Masterplans ergänzt. Im Anschluss daran seien Verhandlungen in Bezug auf die Mittelbereitstellung zwischen Stadt Wien und Bund aufzunehmen. Die Empfehlung des RH werde somit umgesetzt.*

(2) Die Medizinische Universität Wien führte aus, sie könne die Darstellung der unzureichenden Investitionsmittel nur bekräftigen. Sie hätte gewünscht, dass der RH nicht nur auf Planungserfordernisse hingewiesen hätte, sondern eine bessere finanzielle Ausstattung des AKH empfohlen hätte. Dies sei nämlich die entscheidende Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Zukunft des AKH.

(3) Das BMWF führte aus, die Anregung des RH, die notwendigen Reinvestitionen gemeinsam zu priorisieren und festzulegen, wie die Fortführung oder Ausgestaltung des derzeitigen Instrumentariums (z.B. paktierte Kommission) gestaltet werden solle, werde vom BMWF unterstützt. Eine direkte Einflussnahme bzw. Mitgestaltung durch das BMWF sei allerdings im Hinblick auf die verfassungsrechtlich vorgegebene Zuständigkeitsregelung nicht möglich.

Finanzielle Rahmenbedingungen

30.4 Der RH merkte zu den Ausführungen der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien zunächst an, dass er im Zuge dieser Gebarungsüberprüfung weder gegenüber dem Bund noch gegenüber der Stadt Wien eine Wertung abgegeben hatte, ob im Rahmen der Gesamtfinanzierung und der Gesamtaufgaben die dem AKH insgesamt zur Verfügung gestellten Mittel der Höhe nach richtig bemessen waren. Es steht der Stadt Wien frei, ihre Aufgabe der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen in von ihr gewählten Krankenanstalten zu erfüllen und es steht auch dem Bund frei, die budgetäre Dotierung der Universitäten im Allgemeinen und der Medizinischen Universität Wien im Besonderen unterschiedlich zu priorisieren. Sowohl bei der Gesundheits- als auch bei der Universitätspolitik ist ein sparsamer Mitteleinsatz von erheblicher Bedeutung für die finanzielle Gebarung der öffentlichen Hand.

Der RH hatte jedoch sehr wohl kritisiert, dass im Planungsprozess Discrepanzen aufgetreten waren und für die Zukunft erhebliche Planungsdefizite bestanden. Bei der Festlegung der Investitionen im Jahr 2005 war keine abgestimmte Leistungs- und Investitionsplanung vorgelegen und auch zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war eine mit einer Leistungsplanung unterlegte Finanzplanung nicht vorhanden. Eine „Fortschreibung des Ist-Zustandes“ hatte der RH daher aufgrund der angeführten Kennzahlen als nicht realistisch erachtet.

Der RH begrüßte daher, dass im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ vor dem Auslaufen der Finanzierungsvereinbarung 2015 eine Leistungsplanung im Rahmen des „Medizinischen Masterplans“ angestrebt wird. Er wies jedoch auch auf seine Kritik hin, dass in diesem Projekt die Finanzierung des AKH gerade nicht Gegenstand war. Insofern besteht die Gefahr, dass es erneut zu einer mangelnden Konkurrenz zwischen dem Projektergebnis und der letztlich zur Verfügung gestellten Finanzmittel kommt.

Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Planungs- und Berichtsprozesse

31.1 (1) Vertraglich waren zwischen Bund, Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien nur der Ausgleichsbetrag zum laufenden klinischen Mehraufwand und die Investitionsfinanzierung vereinbart (somit

rd. 10 % des Gebarungsumfangs des AKH).¹⁵⁷ Die übrigen Mittel, wie die Mittel für das dem AKH bereitzustellende Personal der Medizinischen Universität Wien und die Betriebszuschüsse der Stadt Wien, waren vertraglich nicht exakt festgelegt.

Die beiden Rechtsträger planten diese Bereiche daher autonom. Eine rechtsträgerübergreifende Budgetierung, eine mittelfristige Planung oder ein gemeinsames Berichtswesen (Finanzplanung) gab es nicht.

Wie in TZ 3 dargestellt, hatten dagegen die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. und die Medizinische Universität Graz im Jahr 2011 einen Zusammenarbeitsvertrag geschlossen und darin eine gemeinsame Budgetierung vereinbart.

(2) Für die von der Stadt Wien verantworteten Ausgaben war nach § 15 des Statuts des KAV jährlich ein Wirtschaftsplan zu erstellen und dem Gemeinderat vorzulegen.¹⁵⁸

- Er war auf Basis der von der Stadt Wien festgelegten Betriebs- und Investitionskosten-Zuschüsse so erstellt, dass die Einnahmen und Ausgaben ein ausgeglichenes Ergebnis ergaben. Im Budgetvollzug wurde regelmäßig die zu gering dotierte Finanzierung durch Überschreitungsanträge abgedeckt.

Im Wirtschaftsplan war jeweils ein Vergleich mit dem letzten Wirtschaftsplan, nicht aber mit Ist-Werten ausgewiesen, so dass die zu niedrigen Werte nicht auffielen.

Beispielsweise budgetierte der Wirtschaftsplan des KAV die sonstigen betrieblichen Aufwendungen im Jahr 2010 mit rd. 623,63 Mio. EUR; für das Vergleichsjahr 2009 waren rd. 599,29 Mio. EUR angegeben. Tatsächlich betrugen sie – gemäß Rechnungsabschluss 2009 – rd. 701,53 Mio. EUR und im Jahr 2010 rd. 742,94 Mio. EUR. Im Wirtschaftsplan 2011 standen für das Vergleichsjahr 2010 wieder nur rd. 623,63 Mio. EUR, obwohl dieser Betrag bereits 2009 überschritten worden war.

¹⁵⁷ Diese Grobschätzung geht von Investitionsmitteln von rd. 60 Mio. EUR bis 70 Mio. EUR p.a. und einem Ausgleichsbetrag zum klinischen Mehraufwand von rd. 30 Mio. EUR bis 40 Mio. EUR p.a. in Bezug auf die Gesamtaufwendungen des AKH (rd. 1.168 Mio. EUR) aus.

¹⁵⁸ Der Wirtschaftsplan bestand gemäß dem Statut aus dem Erfolgsplan, dem Investitionsplan, dem Finanzschuldenrückzahlungsplan und dem Finanzierungsplan.

Finanzielle Rahmenbedingungen

- Die Zielvereinbarungen zwischen KAV und AKH gingen zunächst von den vom Gemeinderat genehmigten Ausgaben aus. Diese hielt der KAV teilweise selbst nicht für realistisch. Beispielsweise enthielt die Zielvereinbarung vom 5. Dezember 2007 für das AKH die ausdrückliche Feststellung, dass der Wirtschaftsplan zu geringe Mittel auswies. Es werde „eine Nachdotierung von rd. 50 Mio. EUR geben, wie dies alljährlich geübt worden ist.“¹⁵⁹
- Beginnend mit dem Wirtschaftsjahr 2009 führte der KAV einen weiteren Planungsprozess ein.¹⁶⁰ Nunmehr waren von den Dienststellen bzw. dem KAV erstellte Planungsgrößen (u.a. Leistungen, Personal, Kosten) Grundlage für die Zielvereinbarungen. Dem Gemeinderat wurde gemäß dem Statut des KAV jedoch weiterhin (nur) der Wirtschaftsplan vorgelegt.
- Während die Planung auf der Grundlage der doppischen Darstellung erfolgte, legte die Stadt Wien die Betriebs- und Investitionskosten-Zuschüsse weiterhin auf kameraler Basis fest.¹⁶¹
- Eine mittelfristige Planung gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht. Es lag jedoch ein Entwurf für die Jahre 2013 bis 2017 vor. Dieser Entwurf enthielt Planzahlen auf KAV-Ebene, nicht aber für das AKH.

(3) Die Medizinische Universität Wien schloss ab dem Jahr 2007 jeweils auf drei Jahre ausgerichtete Leistungsvereinbarungen mit dem BMWF ab, denen entsprechende mittelfristige Planungen zugrunde lagen. Wie unter TZ 29 dargestellt, war die Medizinische Universität Wien jedoch der Ansicht, dass wesentliche Annahmen (etwa eine mit der Stadt Wien abgestimmte Leistungsplanung und ein Ersatz der Personalkostensteigerungen durch den Bund) nicht eingetreten waren.

¹⁵⁹ Ansonsten wäre eine Bedeckung der Gehälter nicht möglich. Beim Sachaufwand enthielt der Wirtschaftsplan einen Wert von 328 Mio. EUR für 2008, die Prognose für 2007 lag jedoch bei 350 Mio. EUR. Protokolliert wurde, dass die Generaldirektion die Einhaltung des Wirtschaftsplans betonte, der Direktor der Teilunternehmung AKH einen Sachaufwand von 356 Mio. EUR für 2008 erwartete, jedenfalls aber Bemühungen zur Effizienzsteigerung vereinbart würden.

¹⁶⁰ Der Planungsprozess im KAV wurde im Rahmen der EFQM-Zertifizierung evaluiert und mit Committed to Excellence (1. Stufe EFQM) ausgezeichnet.

¹⁶¹ Der Wirtschaftsplan wies zwar eine Gliederung wie eine Gewinn- und Verlustrechnung auf, war aber auf Basis von kameralen Daten erstellt.

31.2 Der RH kritisierte, dass es keine gemeinsame oder zumindest abgestimmte Planung der beiden Rechtsträger gab.

Er kritisierte weiters, dass die Stadt Wien in den Wirtschaftsplänen regelmäßig zu niedrige Werte ansetzte und daher die Zielvereinbarungen nicht realistisch waren.

Die parallele Führung kameraler Vorgaben im Wirtschaftsplan und doppischer Vorgaben in den Zielvereinbarungen des KAV mit dem AKH hielt der RH für intransparent. So könnten durch Periodenverschiebungen die kameralen Vorgaben eingehalten werden, die doppelischen jedoch nicht.

Der RH begrüßte die geplante Einführung eines mittelfristigen Planungsprozesses im KAV und wertete auch die mittelfristige Planung der Medizinischen Universität Wien grundsätzlich positiv. Er wies jedoch darauf hin, dass es für das AKH zur Zeit der Geburgsüberprüfung weder seitens des KAV noch seitens der Medizinischen Universität Wien klare Vorgaben für die im AKH einsetzbaren Ressourcen gab.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die Budgetierung, die mittelfristige Planung und das Berichtswesen für die im AKH verwendeten Ressourcen künftig gemeinsam oder zumindest abgestimmt durchzuführen. Weiters wiederholte er auch hinsichtlich dieser Planungsinstrumente seine Empfehlung, die Mittel transparent darzustellen (TZ 22).

31.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, dass die Empfehlungen des RH bei der Bearbeitung der Themen Planung, Budgetierung und Berichtswesen im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ berücksichtigt würden.*

(2) Das BMWF führte aus, die geforderte gemeinsame Budgetierung und mittelfristige Planung sowie das gemeinsame Berichtswesen wären aufgrund der unterschiedlichen Rechtsträgerschaft und der unterschiedlichen rechtlichen Ausgestaltung nicht realisierbar. Auch die empfohlene Darstellung in den Erläuterungen zu den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen sei „daher“ nicht direkt umsetzbar und betreffe im Übrigen nicht die Zuständigkeit des Ressorts des BMWF.

Allerdings unterstützte das BMWF die Bemühungen der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, im Rahmen der abzuschließenden Zusammenarbeitsvereinbarung eine bessere Abstimmung der mittelfristigen Budgetierung (allerdings unter Bedachtnahme auf die Leistungsvereinbarung) zu erzielen.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Die Empfehlung, die Ursachen der hohen Kosten und Möglichkeiten zu deren Reduktion zu prüfen, werde vom BMWF voll unterstützt. Es weise jedoch darauf hin, dass die Umsetzung der Empfehlung ausschließlich durch den Krankenanstaltenträger und nicht durch die Medizinische Universität Wien oder das BMWF durchgeführt werden könne.

- 31.4** Der RH begrüßte die gemeinsame Bearbeitung seiner Empfehlung durch die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien und die Zustimmung des BMWF zu einer verbesserten Abstimmung der mittelfristigen Planung.

Zur Stellungnahme des BMWF, eine gemeinsame Planung und Berichterstattung seien rechtlich nicht realisierbar, erinnerte er jedoch daran, dass die Aufgabe der Verbesserung der Zusammenarbeit im AKH nicht nur eine korrekte Vollziehung bestehender Vorgaben erfordert, sondern auch eine aktive (Mit)Gestaltung von Zusammenarbeitsformen und gegebenenfalls eine Anpassung der vertraglichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Dazu kommt dem BMWF als legitistisch für das UG zuständigem und als zustimmungspflichtigem Ressort für einen Zusammenarbeitsvertrag eine besondere Verantwortung zu. Er wies in diesem Zusammenhang auch auf die jährlichen Gesamtkosten des AKH von rd. 2 Mrd. EUR hin und hielt eine etwaige gesonderte Regelung für die Planung und Berichterstattung aufgrund des besonderen Umfangs für angemessen.

Weiters war der RH der Ansicht, dass in den Erläuterungen zu den Vorschlägen und Rechnungsabschlüssen des Bundes durchaus zusätzliche Informationen zur Gesamtfinanzierung des AKH aufgenommen werden können (etwa die Höhe des vom Bund getragenen Aufwands für Universitätspersonal im klinischen Bereich oder der Anteil des Bundes an der Gesamtfinanzierung des AKH).

Gesamteinschätzung

- 32.1** Das Finanzierungssystem des AKH war intransparent (TZ 22, 23), bot keine Anreize für eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Führung (TZ 24) und führte seit 1981 beinahe kontinuierlich zu Auseinandersetzungen zwischen dem Bund und der Stadt Wien (TZ 25). Das AKH hatte die bei weitem höchsten Kosten je LKF-Punkt (TZ 26). Aufgrund externer Einflüsse auf die Erlössituation und eines steigenden Zuschussbedarfs war es kaum selbstständig zu führen (TZ 27). Sowohl seitens des KAV als auch seitens der Medizinischen Universität Wien waren aufgrund finanzieller Engpässe Konsolidierungsmaßnahmen angekündigt bzw. eingeleitet (TZ 28, 29). Eine gemeinsame oder abgestimmte Planung existierte jedoch nicht (TZ 30, 31).

32.2 Der RH wiederholte daher seine Empfehlungen:

- Zunächst wäre Transparenz über die eingesetzten Ressourcen zu schaffen,
- auf Basis eines aussagekräftigen Wirtschaftlichkeitsvergleichs sollte eine finanzielle Zielsetzung für die Gesamtkosten entwickelt werden,
- darauf aufbauend wäre der jeweilige Anteil der Rechtsträger an diesen Gesamtkosten zu vereinbaren, wobei nach Auffassung des RH der Fokus dabei nicht auf der aufwendigen und bisher wenig erfolgreichen analytischen Ableitung des klinischen Mehraufwands liegen sollte, sondern auf einer einfachen Regelung, die Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung zusammenführt und Anreize für eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Führung des AKH bietet,
- schließlich wäre eine gemeinsame oder zumindest abgestimmte Planung einzurichten.

32.3 Das BMWF führte aus, dass eine Aufteilung der Mittelaufbringung nur nach den Grundsätzen des § 55 KAKuG, also im Rahmen des klinischen Mehraufwands erfolgen könne. Dazu würden aktuelle Bemühungen laufen, gemeinsam mit dem BMF eine Verordnung nach § 56 KAKuG zu erarbeiten. Der Anregung, dafür ein einfaches und kostengünstiges Verfahren zu regeln, werde vom BMWF gerne gefolgt. Auch der Empfehlung, auf eine möglichst hohe Übereinstimmung von Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung zu achten, könne nur beigeplichtet werden. Gerade diese Vorgaben würden bei der Erarbeitung einer Verordnung nach § 56 KAKuG zu berücksichtigen sein.

Personal

Transparenz über das eingesetzte Personal

Übersicht über die Beschäftigten im AKH

33.1 Im AKH waren im Jahr 2010 rd. 10.000 VBÄ beschäftigt. Die folgende Übersicht zeigt ihre Verteilung nach Berufsgruppe bzw. Beschäftigungsverhältnis.

Tabelle 17: Beschäftigte im AKH in VBÄ per 31. Dezember 2010

	Stadt Wien		Medizinische Universität Wien		Sonstige	Summe ²	VKMB	Gesamt
	Gemeindebedienstete	Schüler	Medizinische Universität Wien	Sondermittelbedienstete	überlassene Arbeitskräfte			
Ärzte	14,27		1.555,64	1,00		1.570,91		1.570,91
Apotheker, Chemiker, Physiker	69,25		115,06	7,15		191,46		191,46
Hebammen	30,05	1,08				31,13		31,13
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	2.673,83	161,42		2,00		2.837,25		2.837,25
Medizinisch-Technisches Dienstpersonal	753,89	26,12	190,81	50,53		1.021,35		1.021,35
Sanitätshilfspersonal, Pflegehelfer	228,58		33,72	33,99		296,29		296,29
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	686,06		283,03	154,51	146,46	1.270,06	n.v. ¹	1.270,06
Betriebspersonal	1.054,73		27,70	28,36	202,06	1.312,85	n.v. ¹	1.312,85
Sonstiges	292,26		30,64	2,57	133,31	458,78	n.v. ¹	458,78
Summe²	5.802,92	188,62	2.236,60	280,11	481,83	8.990,08	1.000	9.990,08

¹ Die VKMB stellte Mitarbeiter zur Verfügung, die unter Aufsicht der VKMB für die Technische Betriebsführung verantwortlich waren. Eine Zuordnung nach den Kategorien der Kostenrechnung des AKH erfolgte nicht.

² Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Teilunternehmung AKH

Die AKH-Bediensteten teilten sich auf mehrere Berufsgruppen und Beschäftigungsverhältnisse auf (in Tabelle 17 entsprechend der bereits vereinfachten Systematik der Kostenrechnung der Teilunternehmung AKH waren es neun Berufsgruppen und sechs Arten von Beschäftigungsverhältnissen, die 33 verschiedene Formen von Mitarbeiterverhältnissen bildeten). Die Personalbewirtschaftung des AKH war dementsprechend ausgesprochen komplex. Dies war u.a. auf folgende Umstände zurückzuführen:

- Es waren unterschiedliche Dienstgeber zu koordinieren: die Medizinische Universität Wien, die Stadt Wien sowie verschiedene Arbeitskräfteübersteller.
- Innerhalb der Rechtsträger waren unterschiedliche Entscheidungsebenen beteiligt (z.B. Magistratsdirektion, Generaldirektion des KAV, Teilunternehmung AKH (siehe TZ 34)).

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

- Dabei waren verschiedene Dienstrechte zu beachten (z.B. Beamten- und Vertragsbediensteten-Dienstrechte sowie der Kollektivvertrag für Arbeitnehmer der Universitäten).¹⁶²
- Da die technische Betriebsführung auf die VKMB mit rd. 1.000 Mitarbeitern ausgelagert war, mussten deren Leistungen über den technischen Betriebsführungsvertrag gesteuert werden.
- Die Beschaffung, Administration und Integration der über Arbeitskräfteüberlassung rekrutierten Mitarbeiter unterlag eigenen Regelungen (Verträgen und Erlässen) (siehe TZ 37).
- Weiters war die Administration und Nachbesetzung der Sondermittelbediensteten zu vollziehen (siehe TZ 39).

33.2 Der RH wies darauf hin, dass im AKH im Jahr 2010 rd. 10.000 Mitarbeiter tätig waren. Es waren verschiedene Berufsgruppen, Dienstgeber und Dienstrechte zu koordinieren. Die Komplexität wurde weiter durch unterschiedliche Zuständigkeiten innerhalb der Rechtsträger, durch Arbeitskräfteüberlassungen und Sonderregelungen erhöht. Diese Rahmenbedingungen führten zu Ineffizienzen, für die der RH im Folgenden Beispiele darstellte (TZ 38 bis 46). Nach Auffassung des RH war eine deutliche Vereinfachung der Personalstruktur im AKH erforderlich.

Dies war in einigen Aspekten durch Maßnahmen innerhalb der jeweiligen Rechtsträger möglich (z.B. hinsichtlich der Arbeitskräfteüberlassung, der Sondermittelbediensteten bzw. der Aufgabenverteilung innerhalb der Rechtsträger). Eine wirklich umfassende Vereinfachung würde nach Ansicht des RH jedoch eine gemeinsame Betriebsführung erfordern.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, eine deutliche Vereinfachung der Personalstruktur im AKH umzusetzen.

33.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien teilte mit, die Umsetzung der Empfehlung des RH sei in Arbeit. Der RH habe richtigerweise auf das Erfordernis einer gemeinsamen Betriebsführung hingewiesen, die Medizinische Universität Wien bedauere jedoch, dass der RH keine grundlegende Empfehlung dazu ausgesprochen habe.*

¹⁶² Rund 30 % der Dienstnehmer der Stadt Wien waren Beamte, rd. 70 % Vertragsbedienstete. Bei der Medizinischen Universität Wien unterlagen rund zwei Drittel der Mitarbeiter dem Kollektivvertrag für Arbeitnehmer der Universitäten, rd. 25 % waren Beamte, rd. 10 % Vertragsbedienstete.

(2) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien teilten mit, die Sondermittelbediensteten würden in Abstimmung zwischen der Teilunternehmung AKH und der Medizinischen Universität Wien schrittweise auf Dienstposten der Stadt Wien übernommen, wenn sie Aufgaben der Krankenbehandlung erfüllten, und auf Dienstposten der Medizinischen Universität Wien, wenn sie in der Forschung und Lehre beschäftigt werden sollen.

(3) Auch die Stadt Wien teilte mit, die Empfehlungen des RH würden umgesetzt. Die Stadt Wien führte weiters aus, dass bereits im Jahr 2012 die „Strategie zur Reduktion des Ressourceneinsatzes mittels Arbeitskräfteüberlassung im AKH Wien“ erarbeitet worden sei, die nun schrittweise zur Umsetzung gelange. Basis dafür sei ein Dokument aus dem Oktober 2012.

(4) Das BMWF führte aus, die Empfehlung der Herstellung wechselseitiger Transparenz über das im AKH beschäftigte Personal im Wege einer gemeinsamen Datenbasis und einvernehmlichen Ermittlung des Einsatzgebiets des nichtmedizinischen Personals werde vom BMWF grundsätzlich unterstützt.

Verteilung der Zuständigkeiten bei Bund bzw. Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien

34.1 (1) Die Teilunternehmung AKH war in die Verwaltungsorganisation der Stadt Wien eingebunden.

- Der Gemeinderat war u.a. für die Zuerkennung des Budgets und die Festsetzung des Dienstpostenplans zuständig.
- Dem Magistratsdirektor oblag grundsätzlich die gesamte Leitung des inneren Dienstes. Er delegierte mit Erlässen vom September 2001, vom März 2005 und vom März 2010 jeweils bestimmte Angelegenheiten an den KAV, z.B. die Entscheidung über die Besetzung bestimmter höherwertiger Dienstposten,¹⁶³ bestimmte Versetzungen und Änderungen des Dienstpostenplans in einem bestimmten Ausmaß.¹⁶⁴

¹⁶³ Hinsichtlich rechtskundiger Bediensteter, Kanzlei- und Fachverwaltungsdienstbediensteter wurden die Personalauswahl und Eignungsfeststellungen weiterhin vom Geschäftsbereich Personal und Revision in der Magistratsdirektion wahrgenommen.

¹⁶⁴ siehe dazu auch den Bericht des Kontrollamts der Stadt Wien KA-K-21/06 Tätigkeitsbericht 2007

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

- Der Generaldirektor des KAV hatte eine Richtlinienkompetenz, konnte Weisungen erteilen und Geschäftsfälle an sich ziehen.
- Die Teilunternehmung AKH selbst konnte z.B. Personalumschichtungen zwischen den Fachbereichen vornehmen (z.B. zwischen Kanzlei und Pflegehilfsdiensten), Nebenbeschäftigung genehmigen und Dienstposten bestimmter Bewertungen umwandeln.

Innerhalb der Teilunternehmung AKH waren die Personalbefugnisse zwischen der Direktion der Teilunternehmung und den Direktoren der kollegialen Führung aufgeteilt.¹⁶⁵ Im Rahmen eines Projekts der Teilunternehmung AKH stellte ein externes Beratungsunternehmen im Jahr 2012 fest, dass die Arbeitsabläufe und die Abstimmung zwischen den Direktionen aufwändig, die Kommunikation verbesserungswürdig und die Prozesse uneinheitlich, fehleranfällig und teilweise ineffizient waren. Es sollten daher eine Reorganisation der Bereiche und die Zuordnung von klaren Verantwortungen erfolgen.

Die komplexe Zuständigkeitsverteilung führte zu Verzögerungen bei wichtigen Entscheidungen.

- So waren zur Zeit der Geburungsüberprüfung in der Teilunternehmung AKH 25 % der Abteilungsleitungen in der Direktion der Teilunternehmung und der kollegialen Führung bereits zwischen einem und vier Jahren unbesetzt bzw. interimistisch besetzt. Dies betraf wesentliche Abteilungen wie bspw. die Personalabteilung, die Wirtschaftsabteilung und die Technische Direktion.
- Als Führungsprobleme im Bereich der Hebammen im AKH auftraten und mehrere Stellenausschreibungen für eine Stationshebamme erfolglos blieben, strebte die Teilunternehmung AKH die Aufwertung eines Stationshebammenpostens in einen Dienstposten für eine Oberhebamme an. Die Genehmigung durch die vorgesetzten Dienstbehörden und die Umsetzung dauerten letztlich rund ein Jahr.¹⁶⁶

(2) Die Medizinische Universität Wien war seit Erlangung der Vollrechtsfähigkeit im Jahr 2004 in Personalangelegenheiten weitgehend selbstständig; Zuständigkeiten des Bundes bestanden jedoch weiterhin hinsichtlich der Budgetzuteilung und beim Dienstrecht der Beamten

¹⁶⁵ Die Abteilung Personal war bei der Direktion der Teilunternehmung angesiedelt. Zusätzlich nahmen einzelne Fachbereiche, wie die Pflegedirektion und die Abteilung für medizinische, therapeutische und diagnostische Gesundheitsberufe, in der ärztlichen Direktion Personalagenden wahr.

¹⁶⁶ Siehe dazu ausführlich den Bericht des Kontrollamts der Stadt Wien KA-K-10/10 vom Jänner 2012.

und Vertragsbediensteten (z.B. bei Vergütung und Dienstzeit). In Disziplinarangelegenheiten entschied die Medizinische Universität Wien über Disziplinaranzeigen, weitere Schritte lagen jedoch bei einer Disziplinarkommission beim BMWF. Die Vergütung der Kollektivvertragsmitarbeiter wurde in Tarifverhandlungen festgelegt, die auf Dienstgeberseite der Dachverband der Universitäten führte.

Aufgrund der dienstrechtlichen Vorgaben waren der Dispositionsfreiheit der Klinikleiter teilweise enge Grenzen gesetzt. Zum Beispiel wies ein Klinikleiter in seiner Personaleinsatzplanung einem Arzt weniger Journaldienste zu und setzte ihn verstärkt in der konservativen (statt der chirurgischen) Patientenversorgung ein. Der Arzt erwirkte einen Feststellungsbescheid des Amtes der Medizinischen Universität Wien, wonach er hinsichtlich der Anzahl der Journaldienste und seiner inhaltlichen Verwendung einzusetzen wäre wie zuvor. Andernfalls läge eine unzulässige Verwendungsänderung vor.

- 34.2** Der RH stellte fest, dass der KAV als Unternehmung zwar mehr Kompetenzen als andere Dienststellen der Stadt Wien hatte, aber mit einem privatwirtschaftlich geführten Unternehmen kaum vergleichbar war, da er hinsichtlich der Zahl der Dienstposten und ihrer Bewertung und Vergütung an die Vorgaben der Stadt gebunden war. Die Teilunternehmung AKH hatte noch weniger Möglichkeiten der selbstständigen Personalbewirtschaftung. Ihre Aufteilung der Personalagenden innerhalb der Teilunternehmung war ineffizient.

Die Medizinische Universität Wien hatte insbesondere bei Angestellten größere Selbstständigkeit in der Personalbewirtschaftung. Dennoch war auch sie in wesentlichen Elementen, insbesondere als Dienstbehörde für Beamte, in die Verwaltungsstruktur des Bundes eingebunden und in ihren Entscheidungen eingeschränkt.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, auch innerhalb der Rechtsträger die Zuständigkeiten zur Personalbewirtschaftung stärker zusammenzuführen.

Er empfahl der Stadt Wien weiters, aufbauend auf bestehende Vorarbeiten eine Neuorganisation der Personalagenden innerhalb der Teilunternehmung AKH vorzunehmen.

- 34.3 (1)** *Die Medizinische Universität Wien wies darauf hin, dass die Zahl der Beamten derzeit noch rd. 35 % der aus dem Globalbudget finanzierten Mitarbeiter ausmache, aber in den nächsten Jahren rasch abnehmen werde. Die Personalzuständigkeiten würden auf Seiten der Medi-*

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

zinischen Universität Wien daher künftig ausschließlich bei dieser liegen.

Im Übrigen hob sie hervor, dass wesentliche Aspekte des Personalwesens nur unzureichend mit einem Zusammenarbeitsvertrag erfasst werden könnten und verwies auf ihre Ansicht, dass eine Betriebsführungsgesellschaft notwendig wäre.

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass die Neuorganisation der Personalagenden innerhalb der Teilunternehmung AKH ein Konzept erfordere, das von der neu besetzten Leitung der Personalabteilung zu erarbeiten sei. Diesbezüglich werde ein entsprechender Auftrag erteilt werden. Die Umsetzung der Empfehlung des RH sei daher in Planung.

(3) Das BMWF kritisierte, dass der RH bei seiner Darstellung die geltenden dienst- und arbeitsrechtlichen Grundlagen, die an sämtlichen Universitäten gelten würden, nicht ausreichend in Betracht ziehe. Die vom RH empfohlene weitere Zusammenführung der Zuständigkeiten zur Personalbewirtschaftung stoße an die vom Beamtdienstrecht vorgegebenen Grenzen. Allfällige Änderungen seien nur durch Änderungen des entsprechenden Rechtsbestands, nicht aber im Bereich eines einzelnen Ressorts oder einer einzelnen Universität möglich.

34.4 Der RH erinnerte zur Stellungnahme des BMWF erneut daran, dass die Aufgabe der Verbesserung der Zusammenarbeit im AKH nicht nur die Vollziehung bestehender Vorgaben erfordert, sondern auch eine aktive (Mit)Gestaltung und gegebenenfalls eine Anpassung der vertraglichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Gerade dazu kommt dem BMWF als legistisch für das UG zuständigem und als zustimmungspflichtigem Ressort für einen Zusammenarbeitsvertrag eine besondere Verantwortung zu.

Der RH wies in diesem Zusammenhang auch auf die jährlichen Gesamtkosten des AKH von rd. 2 Mrd. EUR hin und hielt eine etwaige gesonderte Regelung für das AKH bzw. die Universitätskliniken angesichts dieses Umfangs für durchaus angemessen.

Datengrundlagen

35.1 (1) Eine gemeinsame Personalbewirtschaftung zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien fand nicht statt. Somit waren die Träger auf gegenseitige Meldungen angewiesen.

Die Medizinische Universität Wien meldete dem AKH bis inklusive 2009 für die Erstellung der Kostenrechnung das am AKH tätige medizinische und nichtmedizinische Personal und dessen Kosten. Ab dem Jahr 2010 änderte sie ihre Vorgangsweise und gab nur mehr die Zahl der Ärzte und deren Kosten bekannt. Sie begründete dies damit, dass die rd. 680 VBÄ nichtmedizinisches Personal (bzw. rd. 36 Mio. EUR Personalkosten) eigentlich nicht für die Krankenversorgung, sondern im Rahmen der Lehre und Forschung eingesetzt wären.

Die Teilunternehmung AKH führte dennoch in den Kostenrechnungen 2010 und 2011 auch dieses Personal an,¹⁶⁷ da sie der Ansicht war, dass durchaus im entsprechenden Umfang Tätigkeiten für die Krankenbehandlung vorlagen. Sie informierte im Jahr 2010 das BMG als Empfänger der Meldungen nach der Kostenrechnungsverordnung über ihr Vorgehen. Das BMG nahm das Vorgehen des AKH zur Kenntnis und begann Erhebungen bei allen Universitätskliniken über die Integration des Universitätspersonals in der Kostenrechnung der Krankenanstalten. Im Sommer 2012 lag noch keine endgültige Aussage des BMG vor, wie dabei vorzugehen war.

Für einzelne Berufsgruppen (z.B. medizinisch-technische Berufe) lagen detaillierte Aufzeichnungen vor, anhand derer eine Objektivierung der tatsächlichen Einsatzbereiche erfolgen könnte. Im Übrigen waren Stellenbeschreibungen verfügbar.

(2) Für den Betrieb des AKH war eine aktuelle Personalliste erforderlich, z.B. um die telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen oder Mitarbeiterausweise für den Zutritt zum AKH zu erstellen.

Die Medizinische Universität Wien meldete entsprechende Daten schriftlich. Bereits 2009 ersuchte der ärztliche Direktor um elektronische Übermittlung, um eine Doppelerfassung bzw. erneute Dateneingabe bei der Teilunternehmung AKH zu vermeiden. Die Medizinische Universität Wien lehnte dies mit dem Hinweis ab, dass ein elektronischer Datenaustausch einer Regelung im Rahmen eines umfassenden Zusammenarbeitsvertrags bedürfe.

Hinsichtlich der Mitarbeiterausweise gelang am 30. Dezember 2010 für ein Jahr befristet eine Einigung auf elektronische Übermittlung bestimmter Daten (bspw. akademischer Grad und Organisationseinheit). Die elektronische Übermittlung der Telefonnummer und E-Mail-Adresse lehnte die Datenschutzkommission der Medizinischen Universität Wien ab. Im Mai 2012 ersuchte der ärztliche Direktor des AKH

¹⁶⁷ Sie ging dabei von den Meldungen der Medizinischen Universität Wien des Jahres 2009 aus und führte eine Inflationsanpassung durch.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

den Rektor der Medizinischen Universität Wien erneut um Unterstützung bei der Herbeiführung einer elektronischen Datenüberleitung.

35.2 Nach Ansicht des RH war es zur Führung des AKH für alle dabei beteiligten Rechtsträger unerlässlich, zu wissen, wer mit welchen Aufgaben im AKH tätig war. Abgesehen von operativen Aufgaben, wie z.B. der Erstellung eines aktuellen Telefonverzeichnisses, war auch eine Personalbedarfsplanung anders nicht möglich (siehe TZ 47 f.). Es war für den RH nicht nachvollziehbar, dass die Rechtsträger trotz des gesetzlichen Auftrags zur Zusammenarbeit (TZ 4 bis 7) keine Möglichkeit fanden, diese fundamentalen Daten auf pragmatische Weise auszutauschen.

Der RH empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, wechselseitige Transparenz über das im AKH beschäftigte Personal herzustellen. Dazu wären das Einsatzgebiet des nichtmedizinischen Personals der Medizinischen Universität Wien (rd. 680 VBÄ) und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für den Personalbedarf des AKH einvernehmlich zu ermitteln.

35.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ sei eine gesonderte Personalbedarfserhebung von der Teilunternehmung AKH und der Medizinischen Universität Wien definiert und freigegeben worden. Diese erfolge gemeinsam mit einem externen Partner.*

(2) Die Medizinische Universität Wien vertrat die Ansicht, die geforderte Transparenz könne durch elektronische Datenüberleitung aufgrund von Datenschutzproblemen nur durch eine gemeinsame Betriebsführung erreicht werden.

(3) Die Stadt Wien befürwortete eine erhöhte Transparenz durch wechselseitige elektronische Datenüberleitung.

(4) Das BMWF führte aus, dass die Ermittlung des Einsatzgebiets des nichtmedizinischen Personals der Medizinischen Universität Wien am AKH nur Gegenstand bzw. Ergebnis eines Verhandlungsprozesses zwischen beteiligten Rechtsträgern sein könne. Dabei werde zu berücksichtigen sein, dass ein Anteil des Personals der Medizinischen Universität Wien ausschließlich für Forschungszwecke eingesetzt werde. Die Kritik des RH an der bestehenden, unbefriedigenden Lage berücksichtige nicht die Tatsache unterschiedlicher dienst- bzw. arbeitsrechtlicher Grundlagen. Die Nennung des BMWF als direkter Adressat der Empfehlung sei nicht nachvollziehbar.

Personal

35.4 Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Verschiebungen im Personalstand

36.1 (1) Am 14. März 2011 übermittelte die Medizinische Universität Wien an den Bürgermeister der Stadt Wien ein Schreiben, in dem sie einen Mangel an Pflegepersonal kritisierte. Demgegenüber hätte sie in den letzten sechs Jahren den Ärztestand um 180 Dienstposten (12 %) erhöht. Trotzdem seien die Ärzte im AKH an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit.

Am 13. April 2011 erwiderte die Stadträtin für Gesundheit und Soziales, dass nach ihren Informationen der ärztliche Personalstand zunächst reduziert worden war. Nach einer zwischenzeitigen Erhöhung wolle die Medizinische Universität Wien nunmehr einseitig den Personalstand um 180 Dienstposten reduzieren. Dies sei keinesfalls zu akzeptieren, Einsparungen beim Pflegepersonal würden nicht stattfinden.

Der RH erhab daher die Entwicklung der Anzahl der Ärzte und des Pflegepersonals in den Jahren 2004 bis 2011.

(2) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der im Jahresschnitt im AKH eingesetzten Ärzte in VBÄ nach den Meldungen der Medizinischen Universität Wien für die Kostenrechnung der Teilunternehmung AKH.

Tabelle 18: Entwicklung der im AKH tätigen Ärzte 2004 bis 2011 in VBÄ

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
in VBÄ								
	1.564	1.431	1.426	1.436	1.452	1.438	1.556	1.569
in %								
Veränderung		- 9	0	1	1	- 1	8	1

Quellen: Teilunternehmung AKH; Medizinische Universität Wien

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

Die dabei auffallenden Veränderungen erläuterte die Medizinische Universität Wien wie folgt:

- Im Jahr 2005 musste die Medizinische Universität Wien befristet gewährte Dienstposten abbauen. Der Bund hatte im Jahr 2000 Dienstposten geschaffen, um das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz umsetzen zu können. Diese Dienstposten waren jedoch bis 2005 befristet, da bis dahin der vermehrte Personalbedarf durch Effizienzsteigerungen aufgrund einer besseren Zusammenarbeit mit der Stadt Wien ausgeglichen werden sollte.
- In der Folge erhöhte die Medizinische Universität Wien die Anzahl der aus dem Globalbudget finanzierten Ärztestellen um rd. 70.
- Im Jahr 2010 berücksichtigte die Medizinische Universität Wien erstmals auch aus Drittmitteln finanzierte Ärzte als versorgungsrelevant, wenn sie Journaldienste leisteten. Für frühere Jahre erfolgte keine Nachmeldung. Der starke Anstieg der Meldung im Jahr 2010 war daher vor allem durch eine geänderte Berechnungsweise bedingt.
- Im Übrigen sei es aufgrund der unterschiedlichen Gruppen der Bediensteten, aufgrund unterschiedlicher Vorgaben für die Erfassung und aufgrund von Wechseln in der IT-Unterstützung sehr schwierig, die Entwicklung der im AKH tatsächlich eingesetzten Ärzte exakt nachzuvollziehen.

Im Zuge der Sparmaßnahmen der Medizinischen Universität Wien sollten laut deren Finanzplanung 2011 bis 2013 wieder Dienstposten eingespart werden (TZ 29).

(3) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der VBÄ der im AKH eingesetzten Pflegekräfte im Jahresschnitt:¹⁶⁸

¹⁶⁸ Es sind nur die Mitarbeiter im Bereich der Pflegedirektion ausgewiesen. Darin nicht enthalten waren Personen, die zwar in der Kostenrechnungsklassifikation der Pflege zugewiesen, aber organisatorisch nicht der Pflegedirektion zugeordnet waren (z.B. Kardiotechniker, die der Abteilung für medizinische, therapeutische und diagnostische Gesundheitsberufe in der ärztlichen Direktion unterstanden).

Tabelle 19: Entwicklung des Pflegepersonals 2004 bis 2011 in VBÄ

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
in VBÄ								
	2.622	2.651	2.667	2.683	2.701	2.778	2.676	2.693
in %								
Veränderung		1	1	1	1	3	- 4	1

Quelle: Teilunternehmung AKH

Auch dazu waren Besonderheiten anzumerken:

- Die Teilunternehmung AKH stellte ab 1. Jänner 2010 die Erfassung von Personen mit Beschäftigungsverbot wegen Mutterschutz um. Dadurch wies das AKH im Jahr 2010 um 78,5 VBÄ weniger Pflegekräfte aus.
- Im Laufe des Jahres 2009 beschäftigte die Teilunternehmung AKH bis zu rd. 90 Pflegemitarbeiter über dem Dienstpostenplan: Sie besetzte neben dem genehmigten Überstand von 42 Dienstposten auch Stellen nach, wenn Mitarbeiter aufgrund von Langzeitkrankenstand kein Gehalt mehr von der Stadt Wien erhielten. Ab dem Jahr 2010 erfolgte dies nicht mehr.
- In den Jahren 2010 und 2011 konnten mangels geeigneter Bewerber nicht alle Dienstposten sofort besetzt werden.

Eine Information zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien über die zur Interpretation der Daten nötigen Besonderheiten erfolgte nicht.

- 36.2** Der RH stellte fest, dass aufgrund von Änderungen in der Auswertungslogik bzw. mangelnden Zusatzinformationen (z.B. hinsichtlich der Berücksichtigung von Beschäftigungsverboten, hinsichtlich Dritt-mittelärzten und Langzeitkrankenständen) die gemeldeten Daten für den jeweils anderen Rechtsträger wenig aussagekräftig waren.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, eine gemeinsame Datenbasis zur Personalverwaltung zu erstellen und die Grundlagen der Berechnung und Darstellung (personalbezogene Kennzahlen) detailliert abzustimmen.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

36.3 (1) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, dass am 11. März 2013 mit dem AKH vereinbart worden sei, eine intensivere Zusammenarbeit im Bereich Personalverwaltung zwischen den beiden Personalverwaltungen aufzunehmen. Der Informationsaustausch werde um gemeinsam zu vereinbarende Personalkennzahlen erweitert werden.

(2) Die Stadt Wien merkte weiters an, die Leiterin der Personalabteilung der Teilunternehmung AKH sei bereits beauftragt worden, ein Konzept zur Einführung eines Personalcontrollings zu erarbeiten.

(3) Das BMWF führte aus, dass die empfohlene Schaffung einer gemeinsamen Datenbasis und die Abstimmung personalbezogener Kennzahlen integrierender Bestandteil des abzuschließenden Zusammenarbeitsvertrags sein könne. Die Nennung des BMWF als direkter Adressat der Empfehlung sei nicht nachvollziehbar, vielmehr sei ein Verhandlungsprozess zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien erforderlich.

36.4 Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Arbeitskräfteüberlassung

37.1 (1) Das AKH setzte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Sommer 2012 Mitarbeiter im Umfang von rd. 830 VBÄ im Wege der Arbeitskräfteüberlassung ein.¹⁶⁹ Es nutzte vier Vertragspartner, wobei teilweise jeweils bis zu drei Verträge gleichzeitig galten. Die Mitarbeiter waren sehr unterschiedlich eingesetzt, insbesondere in den Bereichen Reinigung, hauswirtschaftliche Tätigkeiten im Pflegebereich, Transportdienste, Verwaltung, Kanzlei und IT.

(2) Über die Erhöhung der Zahl der überlassenen Arbeitskräfte und das dazugehörige Vergabeverfahren hatte das Kontrollamt der Stadt Wien bereits vor der Gebarungsüberprüfung des RH einen Bericht veröffentlicht. Es hatte insbesondere festgestellt, dass die Steuerungsfunktion des Dienstpostenplans durch die hohe Anzahl überlassener Arbeitskräfte abgeschwächt worden war.

¹⁶⁹ Nicht miteinbezogen wurden die Mitarbeiter der VKMB, die auf Basis des Technischen Betriebsführungsvertrags vom 6. Dezember 1991 im AKH tätig waren, sowie Sondermittelbedienstete.

(3) Ab Februar 2012 konnten ausscheidende überlassene Mitarbeiter aufgrund eines Erlasses der Magistratsdirektion nur nach Genehmigung des Magistrats der Stadt Wien im Wege der Generaldirektion des KAV ersetzt werden. Die Fluktuation der betroffenen Personen war jedoch sehr hoch (z.B. wechselten von 481 überlassenen Arbeitskräften im Bereich Betriebspersonal im Jahr 2011 rd. 224 bzw. 47 %). Im Juli 2012 waren nach Auskunft der Personalabteilung der Teilunternehmung AKH 50 Anträge auf Nachbesetzungen offen. Die entsprechenden Verzögerungen bei der Nachbesetzung verursachten im AKH operative Schwierigkeiten (siehe TZ 13). Ab September 2012 waren Ersatzabrufe aus der Arbeitskräfteüberlassung auf Basis eines Erlasses der Magistratsdirektion wieder ohne vorherige Genehmigung durch diese möglich.

(4) Im Juni 2012 legte das AKH ein Konzept zur Reduktion der überlassenen Arbeitskräfte vor. Demnach sollten rd. 100 VBÄ ins Eigenpersonal auf neu zu schaffende Dienstposten übernommen werden (insbesondere in für den Betrieb wesentlichen IT-Bereichen). Die Aufgaben von bis zu 450 VBÄ wären als externe Dienstleistung zu vergeben. Somit würden rd. 300 VBÄ in der Arbeitskräfteüberlassung verbleiben.

37.2 Der RH stellte zunächst fest, dass der Einsatz überlassener Arbeitskräfte die Komplexität der Personalbewirtschaftung im AKH weiter erhöhte. Er unterstrich die Wertung des Kontrollamts der Stadt Wien, dass die Deckelung des Dienstpostenplans durch die Nutzung von Arbeitskräfteüberlassung teilweise aufgeweicht worden war. Weiters führte der Ausweis des Aufwands der überlassenen Arbeitskräfte im Sachaufwand zu geringerer Transparenz hinsichtlich der Entwicklung des Personalaufwands im Vergleich der Jahre und im Vergleich zu anderen Einrichtungen.¹⁷⁰

Die Bindung aller Nachbesetzungen überlassener Arbeitskräfte an Einzelfallgenehmigungen der Magistratsdirektion hatte sich für eine effiziente Betriebsführung des AKH als ungeeignet erwiesen. Der RH begrüßte grundsätzlich die Strategie, die Zahl der überlassenen Arbeitskräfte wieder zu reduzieren. Die Umsetzung durch Vergabe von Dienstleistungsverträgen bzw. Schaffung eigener Dienstposten war jedoch noch offen.

¹⁷⁰ Der RH hatte in seinem Bericht „Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug“ (Reihe Bund 2012/3, TZ 36) kritisiert, dass der Ausweis von dauerhaft beschäftigtem Personal als Sachaufwand dem im Bundeshaushaltsgesetz niedergelegten Grundsatz der Budgetwahrheit widersprach.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

Der RH empfahl der Stadt Wien, die geplante Reduktion der Zahl der überlassenen Arbeitskräfte konsequent umzusetzen und in die Gesamtpersonalplanung (TZ 47 bis 49) einzubetten.

37.3 *Die Stadt Wien führte aus, dass bereits im Jahr 2012 die „Strategie zur Reduktion des Ressourceneinsatzes mittels Arbeitskräfteüberlassung im AKH Wien“ erarbeitet worden sei, die nun schrittweise zur Umsetzung gelange. Basis dafür sei ein Dokument aus dem Oktober 2012. Die Empfehlung des RH werde somit umgesetzt.*

Beispiele für
Probleme der
Zusammenarbeit

Zusammenarbeit Pflegedienst und Ärzte

38.1 (1) Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) regelte in § 15, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung¹⁷¹ unter welchen Voraussetzungen durch Pflegepersonal ausgeführt werden durften.¹⁷²

(2) Im Jänner 2008 gab die Generaldirektion des KAV die Rahmenleitlinie „Medizin und Pflege“¹⁷³ vor. Demnach waren Vitalzeichenkontrollen (Atmung, Puls etc.), kapilläre Blutabnahmen, subkutane Injektionen, Spülen von peripheren Venenzugängen, Aufhängen und Wechseln von Infusionslösungen ohne Arzneimittelzusatz, Setzen von Dauerkathetern und Absaugen der oberen Atemwege grundsätzlich an den gehobenen Pflegedienst zu delegieren. Die Leitlinie war für die Ärzte im AKH nicht verbindlich, da diese dienstrechtlich der Medizinischen Universität Wien unterstanden.

¹⁷¹ § 49 Abs. 3 Ärztegesetz: Der Arzt kann im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder an in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen ärztliche Tätigkeiten übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufs umfasst sind. Er trägt die Verantwortung für die Anordnung.

¹⁷² Dieser „mitverantwortliche Tätigkeitsbereich“ umfasste z.B. die Verabreichung von Arzneimitteln, Blutentnahmen und Infusionen. Auch weitere ärztliche Tätigkeiten waren delegierbar, sofern sie vom Berufsbild des diplomierten Pflegepersonals umfasst waren, einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad aufwiesen und die entsprechende Ausbildung sichergestellt war. Dabei trug der anordnende Arzt die Verantwortung für die Anordnung und der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit.

¹⁷³ KAV-GED/2007. Diese basierte auf Ergebnissen des „Arbeitspakets 7“ des Projekts „Verbesserung der Ausbildungsqualität der Turnusärzte“ und verfolgte die Zielsetzung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen und die Formen der Zusammenarbeit der Berufsgruppen weiterzuentwickeln und festzulegen.

(3) Von April bis September 2008 erhab das AKH, dass das Pflegepersonal bereits rd. 50 % der in der Rahmenleitlinie genannten Tätigkeiten durchführte.¹⁷⁴ Das AKH vertrat die Ansicht, dass die Übernahme zusätzlicher Aufgaben durch die Pflege ohne Entlastung oder zusätzliche Pflegeposten nicht möglich wäre.

Beginnend mit September 2009 startete es für sechs Monate auf neun Pilotstationen¹⁷⁵ ein Projekt, bei dem das Pflegepersonal durch Etablierung von „Stationssekretärinnen“ von administrativen Tätigkeiten entlastet werden und dafür den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich übernehmen sollte. Im Februar 2010 berechnete das AKH für eine hausweite Implementierung einen Bedarf von 74,5 Dienstposten, die es mit überlassenen Arbeitskräften abdecken wollte. Aus budgetären Gründen wurden im Jahr 2010 die Stationssekretärinnen nur auf den Pilotstationen beibehalten. Auch für die Jahre 2011 und 2012 standen keine Mittel für eine hausweite Implementierung zur Verfügung.

In den Budgetgesprächen für das Jahr 2011 wies der KAV darauf hin, dass die Übernahme des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs in der Personalbedarfsplanung für das Pflegepersonal¹⁷⁶ enthalten sei. Die Pflegedirektion des AKH bestätigte das. Das Pflegepersonal sei aber durch administrative und hauswirtschaftliche Tätigkeiten überfrachtet.¹⁷⁷

Im Dezember 2011 führte das AKH eine weitere Ist-Stand-Erhebung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs durch. Daraus ging hervor, dass die Pflege die Tätigkeiten des mitverantwortlichen Bereichs klinikweise in unterschiedlichem Ausmaß übernahm. Gesamt gesehen übernahm die Pflege rd. 38 %, die Ärzte übernahmen rd. 29 %, der Rest war nicht eindeutig zuordenbar.¹⁷⁸

Ende Jänner 2012 übergaben Assistenzarzt-Vertreter dem ärztlichen Direktor des AKH einen Entwurf für einen Erlass über die vermehrte Delegation des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs sowie einen Vorschlag für die stufenweise praktische Umsetzung. Im März 2012 teilte die Rechtsabteilung des AKH der Pflegedirektion nach Anfrage

¹⁷⁴ z.B. rd. 10 % der Magensonden, aber rd. 90 % der Vitalzeichenkontrollen

¹⁷⁵ auf der Universitätsklinik für Unfallchirurgie und der Universitätsklinik für Innere Medizin I

¹⁷⁶ PPR, Methode zur Berechnung des Personalbedarfs im Pflegebereich (siehe auch TZ 49)

¹⁷⁷ Eine KAV-weite Messung im Jahr 2007 hätte gezeigt, dass für die Übernahme des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs rd. 40 zusätzliche Dienstposten notwendig wären. Weiters verwies die Pflegedirektion auf die positiven Erfahrungen aus dem Projekt Stationssekretärinnen.

¹⁷⁸ In vielen Fällen war die Delegation von der Tageszeit, der konkreten Arbeitsbelastung oder dem Zustand des Patienten abhängig.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

mit, dass eine Umsetzung der Rahmenleitlinie per Erlass nur möglich wäre, wenn die Übernahme der Tätigkeiten seitens der Pflege garantiert werden könnte.

Daraufhin teilte die Pflegedirektorin der Teilunternehmung AKH den Mitarbeitern schriftlich mit, dass die Entscheidung hinsichtlich der Übernahme von Tätigkeiten des mitverantwortlichen Bereichs den jeweiligen Mitarbeitern abhängig von den Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie den zur Verfügung stehenden Zeitressourcen obliege. Das Schreiben stelle keine Anordnung der verpflichtenden Durchführung dar, sondern diene zur Klarstellung der rechtlichen und ressourcenbezogenen Situation.

(4) Die Personalkosten der Ärzte im AKH waren im Durchschnitt rund doppelt so hoch wie jene des Pflegepersonals.

(5) Laut Auswertungen der Pflegedirektion lag der Anteil der Pflegehilfen am Pflegepersonal im Jahr 2010 bei rd. 5 % und im Jahr 2012 bei rd. 7 %. An der Universitätsklinik Innsbruck lagen die Zielwerte zwischen 20 % und 30 %.

38.2 Der RH merkte zunächst an, dass ein wirtschaftlicher Betrieb des AKH erforderte, dass die Berufsgruppen jene Tätigkeiten ausübten, die ihrem Qualifikationsprofil am besten entsprachen. Abgesehen von den akademischen Aufgaben der Ärzte wäre es schon aufgrund ihrer höheren Personalkosten wirtschaftlich, Tätigkeiten entsprechend der Rahmenleitlinie „Medizin und Pflege“ an das Pflegepersonal zu delegieren. Auch im Pflegebereich war der niedrige Anteil des Pflegehilfspersonals auffällig.

Der RH kritisierte, dass 2012 im Vergleich zum Jahr 2008 diesbezüglich keine wesentliche Verbesserung eingetreten war. Hinsichtlich der unterschiedlichen Einschätzungen der für einen optimierten Skill-Mix erforderlichen personellen Veränderungen (insbesondere die Frage eines zusätzlichen Bedarfs nach Pflegekräften) verwies der RH auf die grundlegenden Probleme des AKH bei der Personalbedarfsplanung (TZ 47 f.).

Der RH führte die Schwierigkeiten bei der Umsetzung auch darauf zurück, dass gegebenenfalls nötiges zusätzliches Pflegepersonal von der Stadt Wien zu bezahlen wäre, eine Entlastung der Ärzte jedoch der Medizinischen Universität Wien zugute käme. Für eine Umsetzung der ökonomisch gebotenen Maßnahmen war daher eine Gesamtbetrachtung nötig.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, eine trägerübergreifend optimierte Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen festzulegen.

38.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien führte aus, dass zur Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und Ärzten vonseiten der Medizinischen Universität Wien kein Beitrag geleistet werden könne. Die Übertragung geeigneter Tätigkeiten von Ärzten an Pflegepersonal sei sinnvoll, da Pflegepersonal letztlich das günstigere Personal darstelle.*

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass bereits an einem Konzept zur Umsetzung des § 15 GuKG gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien gearbeitet werde. Dieses setze jedoch voraus, dass die ökonomische Betrachtung der Maßnahmen trägerübergreifend erfolge.

Die Betrachtung des ökonomischen Gesamtnutzens werde nur möglich sein, wenn zukünftig die Finanzierung des klinischen Mehraufwands dahingehend angepasst werde, dass trägerübergreifende Maßnahmen einen Vorteil für beide Partner bringen müssten. Grundvoraussetzung für eine optimale Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen sei ein trägerübergreifendes und gemeinsam bewirtschaftetes Personalbudget im klinischen Bereich.

(3) Das BMWF war der Ansicht, die Umsetzung dieser Empfehlung falle in den ausschließlichen Zuständigkeitsbereich des Krankenanstaltenträgers. Ursache für die mangelnde Umsetzung der Maßnahme sei, dass die Stadt Wien kein zusätzliches Pflegepersonal zur Verfügung gestellt habe. Weder die Medizinische Universität Wien noch das BMWF könnten zur Umsetzung dieser Maßnahme beitragen. Die Thematik sei aber Teil des Projekts zur Gestaltung der „Universitätsmedizin Wien 2020“.

38.4 Der RH begrüßte, dass die Umsetzung seiner Empfehlung im Rahmen des gemeinsamen Projekts bearbeitet wird. Er hielt aber die Einstellung der Medizinischen Universität Wien und des BMWF, dass diese dabei keinen Beitrag leisten könnten, nicht für hilfreich. Er merkte erneut an, dass ein vermehrter Einsatz von Pflegepersonal seitens der Stadt Wien zur Entlastung der Ärzte der Medizinischen Universität Wien eine Gesamtbeurteilung der finanziellen Auswirkungen erforderte. Andernfalls kommt die Position des BMWF bzw. der Medizinischen Universität Wien der Erwartung gleich, dass die Stadt Wien einseitig in Vorleistung tritt. Er wies diesbezüglich auch auf seine Empfehlungen zu einer gemeinsamen Budgetierung und der Berücksichtigung der Anreizeffekte der Finanzierungssystematik des AKH hin.

Sondermittelbedienstete

39.1 (1) Im AKH waren im Jahr 2011 rd. 260 VBÄ „Sondermittelbedienstete“ tätig. Diese waren Mitarbeiter, für die aus historischen Gründen die Medizinische Universität Wien die Dienstgebereigenschaft innehatte und die Dienstaufsicht ausübte, jedoch die Stadt Wien die Kosten trug und die Fachaufsicht wahrnahm. Diese Mitarbeiter waren in allen Berufsgruppen eingesetzt: So entfielen im Jahr 2010 rd. 150 Sondermittelbedienstete auf Verwaltungs- und Kanzleipersonal und rd. 50 auf medizinisch-technisches Personal; auch ein Arzt und zwei diplomierte Pflegekräfte fielen in diese Kategorie.

(2) Aufgrund einer Entschließung des Stadtkämmerers aus dem Jahr 1943 stellte die Stadt Wien Ambulanzzelder¹⁷⁹ den Kliniken zur Verfügung, damit diese während der Kriegswirren schnell und unbürokratisch agieren konnten. Sie stellten damit u.a. Mitarbeiter an, die dann zum Teil für die Forschung und zum Teil in der Versorgungsroutine tätig waren.

Seit 1995 waren diese Sondermittel in das Budget der Stadt Wien eingegliedert. Ein rechtsträgerübergreifender Kontrollbeirat¹⁸⁰ hatte die Aufgabe, ihre Verwendung zu kontrollieren.

Ab 1. Jänner 2004 – mit Eintritt der Vollrechtsfähigkeit – übernahm die Medizinische Universität Wien als Rechtsnachfolgerin der Kliniken die Arbeitsverträge der Sondermittelbediensteten, deren Administration sowie die Personalverwaltung und Lohnverrechnung. Die Finanzierung erfolgte weiterhin durch die Stadt Wien. Dienstgeber und Finanzierer fielen damit auseinander. Die Vertragspartner legten fest, dass die Fachaufsicht der Stadt Wien, die Dienstaufsicht aber dem jeweiligen Leiter der Organisationseinheit (einem Mitarbeiter der Medizinischen Universität Wien) obliege. Sie erwarteten, dass sich die Anzahl der Sondermittelbediensteten durch natürlichen Abgang kontinuierlich verringern werde. Nachbesetzungen regelten sie ausdrücklich nicht. Neue Sondermittelbedienstete wurden nicht mehr aufgenommen.

¹⁷⁹ Diese setzten sich zusammen aus der Abrechnung mit den Sozialversicherungsträgern, aus Ambulanzeinnahmen nicht sozialversicherter oder die Sozialversicherung nicht in Anspruch nehmender Patienten sowie aus Honoraren von Fremdlabors, die Aufträge an Kliniken gegeben hatten.

¹⁸⁰ Er bestand aus dem Rektor der Medizinischen Universität Wien, vier von der Stadt Wien entsandten Vertretern und drei vom Rektor der Medizinische Universität Wien nominierten Vertretern.

Personal

(3) Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl (in VBÄ) und Kosten der Sondermittelbediensteten von 2005 bis 2011:

Tabelle 20: Anzahl und Kosten der Sondermittelbediensteten								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung
in VBÄ								in %
Anzahl	364,79	348,86	333,91	318,48	297,95	280,11	262,24	- 28
in Mio. EUR								
Kosten	12,80	12,63	12,50	12,28	11,92	11,60	11,07	- 14

Quelle: Teilunternehmung AKH

(4) Aufgrund dieser Rahmenbedingungen kam es zu Problemen bei Nachbesetzungen.

- Je nach Aufgabengebiet in der Versorgungsroutine oder in der Forschung müsste entweder die Stadt Wien oder die Medizinische Universität Wien die Nachbesetzung vornehmen. Das überwiegende Aufgabengebiet sollte in einem Erhebungsblatt anhand der Stellenbeschreibung ermittelt werden, wurde aber oftmals von Dienst- und Fachaufsicht unterschiedlich gesehen.
- Da die Sondermittelbediensteten als Mitarbeiter der bis 2004 teilrechtsfähigen Kliniken keine öffentlich Bediensteten waren, würden bei einem Wechsel zur Stadt Wien Vordienstzeiten nur eingeschränkt angerechnet. Selbst bei frei werdenden Dienstposten bestand daher kaum ein Anreiz für die Sondermittelbediensteten, zur Stadt Wien zu wechseln.

Weitere Problembereiche zwischen dem AKH und der Medizinischen Universität Wien ergaben sich bei personellen Einzelentscheidungen (z.B. der Gewährung von Teilzeit, Anrechnung von Vordienstzeiten, Abfertigungen).

(5) Am 14. Dezember 2009 stellte die Medizinische Universität Wien dem AKH aus ihrer Sicht offene Forderungen aus Lohnkostenverrechnungen für Sondermittelbedienstete von rd. 340.000 EUR in Rechnung. Die Teilunternehmung AKH überwies diesen Betrag jedoch nicht. Im Februar 2010 übermittelte die Medizinische Universität Wien eine weitere Rechnung in Höhe von rd. 69.000 EUR. Die Teilunternehmung AKH überwies auch diese Summe nicht und begründete dies einerseits mit einem Rechenfehler in der Rechnung, andererseits mit der noch aus-

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

ständigen Klärung der Forderungen im Rahmen des klinischen Mehraufwands (siehe dazu TZ 25). Zur Zeit der Geburungsüberprüfung waren die Forderungen noch offen bzw. strittig.

39.2 Der RH stellte fest, dass die Trennung von Fach- und Dienstaufsicht und Finanzierungsverantwortung sowie das Fehlen von Regelungen zur Nachbesetzung von Sondermittelbediensteten zu vermeidbarem Verwaltungsaufwand und Ineffizienzen führten. Er begrüßte daher, dass keine neuen Sondermittelbediensteten mehr aufgenommen wurden.

Er empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, Fachaufsicht, Dienstaufsicht und Finanzierungsverantwortung hinsichtlich der Sondermittelbediensteten zusammenzuführen und bis dahin Fragen der Administration und Nachbesetzung einvernehmlich zu regeln.

39.3 *(1) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien teilten in ihrer Stellungnahme mit, dass eine intensivere Zusammenarbeit im Bereich Personalverwaltung insbesondere bei den Sondermittelbediensteten aufgenommen werde. Die Forderungen der Medizinischen Universität Wien betreffend Sondermittelbedienstete seien zwischenzeitlich vom AKH beglichen worden.*

(2) Das BMWF schloss sich der Ansicht des RH an, dass Fragen der Nachbesetzung und Administration einvernehmlich zu regeln seien. Die Empfehlung an den Adressaten BMWF gehe jedoch mangels Zuständigkeit und Befasstheit ins Leere.

39.4 Der RH begrüßte, dass alle drei Adressaten der Empfehlung die Ansicht des RH teilten.

Hinsichtlich der Stellungnahme des BMWF verwies der RH zunächst auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht. Er konkretisierte dies mit dem Hinweis, dass die Regelung der Nachbesetzung der Sondermittelbediensteten Auswirkungen auf die Personalbedarfsplanung der Medizinischen Universität und damit auf deren Budget hat. Dabei spielt das BMWF im Rahmen der Leistungsvereinbarung, aber auch im Rahmen der Festlegung des klinischen Mehraufwands und der Verhandlung einer Finanzierungsvereinbarung über das Jahr 2015 hinaus eine zentrale Rolle. Weiters wäre es Aufgabe des BMWF, als Auftraggeber für das Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ dafür Sorge zu tragen, dass die einvernehmliche Lösung der Fragen zu Administration und Nachbe-

setzung von Sondermittelbediensteten mit der notwendigen Priorität betrieben wird. Die Wahrnehmung, wonach es lediglich Aufgabe der anderen Kooperationspartner im AKH wäre, für diese Aufgabe Sorge zu tragen, kann daher vom RH nicht geteilt werden.

Ausübung der Fach- und Dienstaufsicht über Ärzte

- 40.1** Die Universitätskliniken waren Organisationseinheiten der Medizinischen Universität Wien und als solche deren Rektor unterstellt. Sie waren gleichzeitig Abteilungen der Krankenanstalt und als solche deren Führung unterstellt.¹⁸¹ Die Doppelzuordnung führte im Einzelfall zu Problemen:

Als ein Klinikleiter einem Facharzt im Jahr 2007 verbot, eigenverantwortlich Operationen durchzuführen, er ihn nicht mehr für Journaldienste einteilte und ihm 2008 den Patientenkontakt verbot, unterstützte der ärztliche Direktor des AKH diese Entscheidung.

Der Rektor der Medizinischen Universität Wien forderte den Klinikleiter dagegen auf, das Operations- und Journaldienstverbot zu revidieren und dem Arzt zu ermöglichen, seine chirurgischen Fähigkeiten zu erhalten. Im Jahr 2009 erteilte er dem Klinikleiter dazu eine schriftliche Weisung und wies auf disziplinarrechtliche Konsequenzen hin.

Im Jahr 2010 teilte der Klinikleiter dem ärztlichen Direktor des AKH mit, dass der betroffene Arzt seine Weisungen missachte. Der ärztliche Direktor ersuchte den Rektor, dieser möge als Dienstgeber den Arzt anweisen, die Festlegungen des Klinikvorstands zu beachten. Der Rektor erteilte dagegen erneut die Weisung, den Arzt in der Patientenversorgung einzusetzen.

- 40.2** Der RH hielt fest, dass die Tätigkeit am Patienten ein besonderes Vertrauensverhältnis erforderte. Er erachtete es als sehr problematisch, dass über die Einsetzbarkeit eines Facharztes über mehrere Jahre hinweg zwischen den Rechtsträgern keine Einigkeit erzielt werden konnte.

Er empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, in Zukunft die Maßnahmen der Dienst- und Fachaufsicht für Ärzte in Problemfällen zeitnah abzustimmen. Er wies darauf hin, dass die beste Möglichkeit dafür eine gemeinsame Personalführung darstellte.

¹⁸¹ gemäß § 7 Abs. 4 KAKuG

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

40.3 (1) Die Medizinische Universität Wien führte aus, dass eine gemeinsame Personalführung letztlich nur im Rahmen einer Betriebsführungs-gesellschaft funktionieren könne, bei der Dienst- und Fachaufsicht durchgehend gebündelt wären. Dieses Thema würde auch im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ behandelt.

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass zur Umsetzung der Empfehlung des RH zunächst das „Grazer Modell“ einer gemeinsamen Personal-führung für Ärzte detailliert geprüft werde.

(3) Das BMWF war der Ansicht, dass „auch“ in diesem Fall ein einzelner Problemfall ohne konkrete Benennung einer Grundlage für eine allgemein formulierte Empfehlung herangezogen worden sei. Das BMWF sehe grundsätzlich eine zeitnahe Abstimmung der Ausübung von Dienst- und Fachaufsicht in Problemfällen als zielführend an. Eine geeignete Verbesserung der Kommunikation könne allerdings nur im abzuschließenden Zusammenarbeitsvertrag geregelt werden. Dienst-rechtliche Vorgaben seien aber zu beachten.

40.4 Zur Stellungnahme des BMWF führte der RH aus, dass sein metho-disches Instrumentarium in der Tat beinhaltet, aus einzelnen Problem-beobachtungen allgemein formulierte Empfehlungen zu entwickeln. Diese Vorgehensweise ist zur Konkretisierung der Grundsätze der Spar-samkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit unerlässlich. Generelle Empfehlungen werden jedoch nicht – wie vom BMWF angedeutet – willkürlich ausgesprochen, sondern nur dort, wo sie von grundsätz-licher Bedeutung sind.

Die Möglichkeit, im ärztlichen Bereich des AKH durch abgestimmtes Vorgehen seitens der Dienst- und Fachaufsicht Problemfälle effektiv zu lösen, fiel nach Ansicht des RH eindeutig unter diese Kategorie. Die gewonnenen Eindrücke, z.B. im Bereich der Leistungssteuerung etwa in den Ambulanzen, bei den Nebenbeschäftigung, der Jour-naldienst-Koordination, der Erfassung der Arbeitszeiten und Einhal-tung der Arbeitszeitvorgaben sowie bei den Rahmenbedingungen für die Personalbedarfsplanung machten eine Empfehlung dazu nach Auf-fassung des RH unabdingbar. Der RH begrüßte daher, dass auch das BMWF eine zeitnahe Abstimmung der Ausübung von Dienst- und Fachaufsicht als zielführend ansieht.

Zur Betonung der Verpflichtung der Einhaltung dienstrechlicher Vor-gaben – auch wenn diese ein koordiniertes Vorgehen mit der Stadt Wien erschweren – nahm der RH den Hinweis auf die Verpflichtung zur Einhaltung der Gesetze zur Kenntnis. Er erinnerte jedoch daran, dass die Aufgabe der Verbesserung der Zusammenarbeit im AKH nicht

nur eine korrekte Vollziehung bestehender Vorgaben erfordert, sondern auch eine aktive (Mit)Gestaltung von Zusammenarbeitsformen und gegebenenfalls eine Anpassung der vertraglichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Dazu kommt dem BMWF als legistisch für das UG zuständigem und als zustimmungspflichtigem Ressort für einen Zusammenarbeitsvertrag eine besondere Verantwortung zu. Weiters war für den RH nicht direkt ersichtlich, warum die dienstrechtlichen Vorgaben es nötig machen sollten, mehrere Jahre für die Klärung der Einsatzbarkeit eines Facharztes zu verwenden.

Der RH bestätigte schließlich, dass Einzelfälle – auch aus Datenschutzgründen angesichts der Veröffentlichung seiner Berichte – nicht personalisiert, sondern anonymisiert dargestellt werden. Der konkrete geschilderte Fall war jedoch dem BMWF als oberste Dienstbehörde bekannt bzw. waren alle Details im Wege der Medizinischen Universität Wien für das BMWF zugänglich.

Journaldienste der Ärzte

41.1 (1) Nach § 3 des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes (KA–AZG) durfte die Tagesarbeitszeit 13 Stunden nicht überschreiten. Nach § 4 Abs. 1 KA–AZG konnten jedoch durch Betriebsvereinbarung längere Dienstzeiten zugelassen werden („verlängerte Dienste, Journaldienste“), wenn das aus betrieblichen Gründen notwendig war und die Dienstnehmer nicht durchgehend in Anspruch genommen wurden.¹⁸²

Die Medizinische Universität Wien hatte eine bis Juni 2013 gültige entsprechende Betriebsvereinbarung abgeschlossen. Danach waren die verlängerten Dienste („Journaldienste“) zusätzlich zur Normalarbeitszeit von 40 Stunden in der Woche zu leisten.¹⁸³

(2) Die 172 täglich eingeteilten Journaldienste waren einerseits für den Betrieb der Krankenanstalt wesentlich, da sie die Anwesenheit von Ärzten in der Nacht und am Wochenende sicherstellten. Andererseits waren sie für die Ärzte ein wichtiger Gehaltsbestandteil und für die Medizinische Universität Wien ein Kostenfaktor. Im Jahr 2011 entfielen rd. 26 % des gesamten ärztlichen Personalaufwands auf die Ver-

¹⁸² Bei verlängerten Diensten durfte die maximale Arbeitszeit 32 Stunden, am Wochenende oder bei Beginn vor einem Feiertag auch 49 Stunden und maximal 72 Stunden die Woche im Durchrechnungszeitraum betragen. Die maximale Anzahl verlängerter Dienste im Monat wurde ab dem Jahr 1998 mit zehn pro Monat festgelegt, ab 2004 mit sechs.

¹⁸³ Die Lage der Normalarbeitszeit war nach Maßgabe der klinischen Notwendigkeit für jede Organisationseinheit gesondert festzulegen. Zum Beispiel gab es zur Optimierung der Auslastung bestimmter radiologischer Geräte „lange Dienste“ von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

gütung von Journaldiensten. Im Einzelfall konnten Journaldienste bis zu 40 % des Gehalts ausmachen.

Nach Auffassung der Medizinischen Universität Wien stellte die Tätigkeit der Ärzte im Journaldienst eine reine Leistung der Krankenversorgung dar, für Lehre oder Forschung sei sie irrelevant.

(3) Im November 2010 ersuchte der ärztliche Direktor des AKH die Klinikleiter zur Erfüllung der vorgegebenen Qualitätsstandards, u.a. um nähere Angaben zur Anwesenheitspflicht der Ärzte im Journaldienst. Der Rektor der Medizinischen Universität Wien wies die Klinikleiter darauf hin, dass solche Informationen nur vom Rektor angefordert werden könnten. Die vom ärztlichen Direktor erwünschte Darstellung solle daher nicht erfolgen.

Nach entsprechendem Ersuchen des ärztlichen Direktors an den Rektor übermittelte die Personalabteilung der Medizinischen Universität Wien eine Liste der Journaldienste. Aus dieser ging jedoch nach Auffassung des ärztlichen Direktors nicht ausreichend klar hervor, wann und wo welcher Arzt mit welchen Aufgaben Journaldienst hatte. Im Februar 2011 erklärte der Rektor, er würde weitere Informationen nur übermitteln, wenn sie in eine gemeinsame Leistungs- und Personalbedarfsdefinition einfließen könnten.

Anfang Dezember 2011 übermittelte der ärztliche Direktor dem Rektor den Vorschlag, den ärztlichen Personaleinsatz in der Journaldienstzeit durch Aufzeichnungen über Ort, Menge und Aufwand der Inanspruchnahme zu objektivieren. Die Informationen sollten beiden Rechtsträgern zur Verfügung stehen. In seiner Antwort wies der Rektor darauf hin, dass die Objektivierung des ärztlichen Personaleinsatzes in der Journaldienstzeit ausschließlich eine Angelegenheit der ärztlichen Krankenhausleitung sei. Er werde den ärztlichen Direktor aber mit Dienstanweisungen an die Klinikleiter unterstützen.

(4) Im Herbst 2010 plante die Medizinische Universität Wien nach Gesprächen mit dem BMWF über die Leistungsvereinbarung 2013 bis 2015¹⁸⁴ Einsparungen bei den Personalkosten. Im Jänner 2011 teilte der Rektor dies den Klinikleitern mit. Im Mai 2011 informierte er sie über die Absicht, die Journaldienste zu reduzieren und ersuchte sie, dazu Überlegungen anzustellen. Daneben beauftragte er eine zweistufige externe Studie, deren Ergebnisse im Oktober 2011 und Mai 2012 vorlagen. Demnach war eine kurzfristig umsetzbare Reduktion der

¹⁸⁴ Der Medizinischen Universität Wien wurde maximal das Budget der Vorjahre in Aussicht gestellt.

Journaldienste bei gegebenem Versorgungsauftrag nur in geringem Umfang möglich.

Im Oktober 2011 teilte der Rektor den Klinikleitern mit, dass 14 % der Journaldienste reduziert werden sollten. Dazu führte er die Kliniken zu sieben Clustern zusammen und beauftragte die „Clusterkoordinatoren“, bis 11. November 2011 konkrete Umsetzungsvorschläge zu machen. Ansonsten würde das Rektorat eine Aufteilung vornehmen. Die Klinikleiter protestierten dagegen und vertraten die Auffassung, dass ohne Gefährdung der Patientenversorgung keine Reduktionen möglich wären. Ende November 2011 entschied der Rektor selbst über die Verteilung der Journaldienst-Reduktionen. Der ärztliche Direktor unterstützte die Argumentation der Klinikleiter.

Weitere, medienwirksame Proteste der Klinikleiter, der Ärzte und des Betriebsrats fanden im Dezember 2011 ihren Höhepunkt. In Folge streckte das BMWF der Medizinischen Universität Wien bis Ende Juni 2013 jene Mittel vor (rd. 9 Mio. EUR), die durch die Reduktion der Journaldienste als Einsparung vorgesehen waren. Der Rektor nahm daraufhin die Streichung der Journaldienste zurück.

41.2 Angesichts der Bedeutung der Journaldienste für die Krankenversorgung und die Personalausgaben der Medizinischen Universität Wien hielt der RH ein zwischen den Rechtsträgern abgestimmtes und analytisch fundiertes Vorgehen für unabdingbar. Es war für ihn nicht nachvollziehbar, dass ein solches Vorgehen bisher nicht gelungen war.

Er empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, im Rahmen einer umfassenden Personalbedarfsplanung (siehe TZ 47 f.) auch eine bedarfsgerechte Form der Bereitstellung von ärztlichem Personal für Nacht- und Wochenenddienste zu regeln.

41.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien führte aus, sie werde bemüht sein, diese Empfehlung bei der Durchführung der Personalbedarfsplanung für den ärztlichen Dienst zu berücksichtigen. Dies werde jedoch dadurch erschwert, dass jede Änderung der Betriebsstruktur, die mit einem Einkommensverlust verbunden wäre, vom Betriebsrat des wissenschaftlichen Personals strikt abgelehnt würde.*

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass die Empfehlung des RH bei Durchführung der Personalbedarfsplanung für den ärztlichen Dienst berücksichtigt werde.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

(3) Das BMWF befürwortete eine aktualisierte Personalbedarfsplanung für das gesamte Personal. Es wies darauf hin, dass hinsichtlich der bedarfsgerechten Bereitstellung von Pflegepersonal innerhalb der Stadt Wien keine Einigkeit herrsche (TZ 49). Solange dies nicht geklärt sei, wäre die einvernehmliche Festlegung einer bedarfsgerechten Bereitstellung von ärztlichem Personal für die Nacht- und Wochenenddienste schwer realisierbar. Weiters gehe die direkte Adressierung der Empfehlung an das BMWF mangels Zuständigkeit – auch wegen der mangelnden Personalzuständigkeit – ins Leere.

41.4 Zur Stellungnahme des BMWF merkte der RH an, dass die Lösung der Probleme im AKH seiner Ansicht nach allgemein die Bereitschaft zu gemeinsamem, proaktivem Handeln erforderte. Das Warten auf Vorleistungen der anderen Kooperationspartner war dazu keine erfolgversprechende Strategie. Er blieb daher bei seiner Empfehlung.

Abstimmung der Dienstzeiten und Auslastung der Mitarbeiter

42.1 Während Ärzte der Medizinischen Universität Wien in der Nacht Journaldienst leisteten, galt für Mitarbeiter der Stadt Wien in der Nacht in der Regel Schichtdienst. Dies führte zu Ineffizienzen. Der RH stellte dies auf Basis einer Auswertung der Teilunternehmung AKH am Beispiel der Operationsgehilfen dar:

Operationsgehilfen hatten eine Normalarbeitszeit von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr im Tagdienst und 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr im Nachdienst. Im Gegensatz dazu hatten die Ärzte der Medizinischen Universität Wien andere Normalarbeitszeiten (grundsätzlich 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr) und verrichteten in der Nacht im Regelfall Journaldienst. Da bei Journaldiensten die Ärzte nicht durchgehend in Anspruch genommen werden durften, sollte der Operationsbetrieb der Behandlung von Akutfällen vorbehalten sein.

Die Auslastung der Operationsgehilfen lag von Jänner bis Juni 2012 im Tagdienst zwischen 73 % und 100 %, in der Nacht zwischen 17 % und 54 %. Eine geringere Besetzung in der Nacht war laut Teilunternehmung AKH nicht möglich, weil für Notfälle Personal vorgehalten werden musste.

42.2 Der RH stellte fest, dass es aufgrund unterschiedlicher Dienstzeiten zu ungünstigen Auslastungen im Bereich der Operationsgehilfen kam.

Der RH empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die Dienstzeiten im AKH besser abzustimmen. Er verwies weiters darauf, dass er die Flexibilisierung des Personaleinsatzes im Krankenanstaltenbereich auch generell in seinen Vorschlägen und Anregungen zur Verwaltungsreform 2011 empfohlen hatte.¹⁸⁵

42.3 *(1) Die Medizinische Universität Wien führte aus, dass im Rahmen der gemeinsamen Maßnahme der Personalbedarfsberechnung und -einsatzplanung auch eine Abstimmung der Dienstzeiten berufsgruppenübergreifend durchgeführt werde. Die Stadt Wien fügte dem noch hinzu, dass eine Flexibilisierung des Personaleinsatzes im Krankenanstaltenbereich grundsätzlich positiv gesehen werde.*

(2) Das BMWF führte aus, eine derartige Regelung könne nur integrierender Bestandteil der abzuschließenden Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien sein. Die Adressierung dieser Empfehlung auch an das BMWF gehe mangels Zuständigkeit ins Leere.

42.4 Der RH begrüßte die von Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien angekündigte Umsetzung seiner Empfehlung.

Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH zunächst auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht. Er konkretisierte dies mit dem Hinweis darauf, dass das BMWF Auftraggeber eines Projekts ist, das u.a. auch der Vorbereitung einer Zusammenarbeitsvereinbarung dient. Das BMWF kann dabei etwa eine Zustimmung zu einem Projektergebnis bzw. einem Vertragsentwurf verweigern, wenn dieser Punkt nicht ausreichend gelöst ist. Es kann auch während des Projekts darauf einwirken, dass entsprechende Analysen und Regelungsentwürfe erstellt werden. Schließlich kann es im Rahmen seiner Aufgabe zur Finanzierung der Medizinischen Universität Wien auf der Nutzung von Effizienzpotenzialen durch eine verbesserte Abstimmung der Dienstzeiten bestehen. Es war dem RH daher unverständlich, warum das BMWF der Meinung war, diese Aufgabe und Verantwortung „mangels Zuständigkeit“ auf sich beruhen lassen zu können.

¹⁸⁵ vgl. RH Reihe Positionen 2011/1, Verwaltungsreform 2011, Vorschlag Nr. 286

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

Erfassung der Arbeitszeit

43.1 (1) Die Medizinische Universität Wien verwendete für ihre Mitarbeiter im AKH¹⁸⁶ seit dem Jahr 2006 ein elektronisches Dienstplanmanagementsystem. Es unterstützte die Dienstplangestaltung, die Verwaltung der Abwesenheitszeiten¹⁸⁷ und über eine Schnittstelle die automatisierte Abrechnung von geleisteten Diensten.¹⁸⁸

Bei der Einführung hatte das Rektorat auch eine Zeiterfassung vorgeschlagen. Darüber gelang jedoch keine Einigung mit dem Betriebsrat. Im System war eine Echtzeiterfassung der Arbeitszeit daher nicht möglich.¹⁸⁹ Die im AKH beschäftigten nichtärztlichen Mitarbeiter der Medizinischen Universität Wien führten Gleitzeittabellen, die vom Vorgesetzten gegengezeichnet wurden.

In einem offenen Brief der Jungärzte im AKH sowie in einem Gesprächsprotokoll des Universitätsrats wurde der Vermutung Ausdruck verliehen, dass eine Aufzeichnung der tatsächlichen Arbeitszeiten (insbesondere der Forschungszeit) erhebliche Überschreitungen der Maximalarbeitszeit zeigen würde.

(2) Die Stadt Wien erstellte für ihre Mitarbeiter im AKH die Dienstpläne ohne spezifische Softwareunterstützung, zum Teil mit handgeschriebenen Listen. Dies führte vor allem im Pflegebereich (Tag-, Nacht- und Wochenenddienste) zu einem erhöhten Zeitaufwand. Auch die Schnittstelle zur Verrechnung bzw. die Erfassung von Urlaubszeiten war dadurch aufwendig.

Die Teilunternehmung AKH startete im Jahr 2005 ein Projekt zur Einführung eines eigenen Systems;¹⁹⁰ aufgrund zahlreicher Verzögerungen war dieses im Jahr 2012 noch nicht in Betrieb.

¹⁸⁶ Ärzte, sonstiges wissenschaftliches Personal, technisches Personal, Krankenpflege, sonstiges nichtwissenschaftliches Personal

¹⁸⁷ wie z.B. Urlaub, Sonderurlaub, Krankenstand, Freizeitausgleich, Lichttage und diverse Freistellungen

¹⁸⁸ Journaldienste, Rufbereitschaftsdienste

¹⁸⁹ Einige Mehrleistungen konnten jedoch erfasst werden („P-plus und P-minus-Stunden“), insbesondere bei außergewöhnlichen Fällen gemäß § 8 KA-AZG (z.B. wenn die Betreuung von Patienten nicht unterbrochen werden konnte).

¹⁹⁰ für Gemeindebedienstete des AKH Wien, Bedienstete der Medizinischen Universität Wien, die aus Sondermitteln finanziert wurden und in der Versorgungsroutine tätig waren, sowie Personal des AKH aus der Arbeitskräfteüberlassung

Für die Mitarbeiter der Teilunternehmung AKH standen je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Dienstformen zur Verfügung.¹⁹¹ Die Bediensteten waren zur Führung von Arbeitszeitaufzeichnungen verpflichtet.¹⁹²

43.2 Der RH kritisierte, dass die Medizinische Universität Wien für Ärzte keine umfassenden, das heißt auch die Forschungstätigkeit enthaltenden Arbeitszeitaufzeichnungen vorlegen konnte. Dies erschwerte nach Auffassung des RH sowohl den Nachweis der Einhaltung der Arbeitszeitvorgaben als auch die Erfassung der Kernaufgaben der Medizinischen Universität Wien (insbesondere der Forschung) sowie die Dienstaufsicht hinsichtlich der Überwachung der Vorschriften über Nebenbeschäftigte und Nebentätigkeiten.

Der RH kritisierte weiters, dass die Teilunternehmung AKH die Dienstpläne manuell erstellte. Er wies darauf hin, dass auch in diesem Bereich keine Nutzung von Synergien mit der Medizinischen Universität Wien gelungen war.

Der RH empfahl der Medizinischen Universität Wien, eine sachgerechte Erfassung der für die Forschung eingesetzten Arbeitszeit sowie der Gesamtarbeitszeit zu ermöglichen. Er empfahl weiters der Stadt Wien, eine elektronische Unterstützung des Dienstplanmanagements zeitnah unter Nutzung etwaiger Synergien mit der Medizinischen Universität Wien einzuführen.

43.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien sagte zu, die Empfehlung bei den Verhandlungen über eine neue KA-AZG-Betriebsvereinbarung einfließen zu lassen. Die Etablierung eines Echtzeiterfassungssystems bedürfe aber der Zustimmung der Betriebsräts für wissenschaftliches Personal, der ein solches bisher abgelehnt habe. Eine detaillierte Aufzeichnung der für Forschungstätigkeiten eingesetzten Arbeitszeit sei im Hinblick auf den hohen administrativen Aufwand und die vielfach bestehende Verknüpfung von Patientenversorgung und klinischer Forschung inpraktikabel.*

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass die Einführung eines elektronischen Dienstplansystems in der Teilunternehmung AKH im Jahr 2013 abgeschlossen werde. Damit sei sichergestellt, dass sowohl der Einsatz des

¹⁹¹ z.B. Normaldienst–Blockdienst, Schichtdienst, Wechseldienst, gleitende Arbeitszeit, flexible Zeiteinteilung, Bereitschaftsdienste

¹⁹² Aufgrund der unterschiedlichen Arten der Arbeitszeitaufzeichnungen war für Teile der Belegschaft keine zusätzliche Dokumentation notwendig, andere mussten manuell Arbeitszeitaufzeichnungen führen (z.B. Gleitzeitaufzeichnungen (Stechuhr, Stempelkarten), Ist–Dienste laut Dienstplan).

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

Personals elektronisch geplant als auch die tatsächlichen Anwesenheiten elektronisch verwaltet würden. Es bestehe grundsätzlich die Möglichkeit, das elektronische Dienstplansystem der Teilunternehmung AKH Wien auch für den ärztlichen Dienst der Medizinischen Universität Wien einzusetzen. Diesbezügliche Entscheidungen seien von dieser zu treffen.

43.4 Der RH merkte zur Stellungnahme der Medizinischen Universität Wien an, dass eine Aufzeichnung von für Forschungstätigkeit eingesetzter Arbeitszeit nicht wesentlich komplexer ist als die im Wirtschaftsleben durchaus üblichen Aufzeichnungen für andere geistige oder kreative Leistungen (etwa Zeitaufzeichnungen freier Berufe). Er anerkannte grundsätzlich die Verknüpfung von Patientenversorgung und klinischer Forschung, wies jedoch darauf hin, dass das Ausmaß der für Forschungstätigkeit verwendeten Arbeitszeit eine wesentliche Kenngröße des UG ist und nach den Angaben der Medizinischen Universität Wien auch im Rahmen der Personalbedarfsplanung berücksichtigt werden soll. Nach Auffassung des RH macht aber die Definition einer Sollgröße nur Sinn, wenn ihr auch messbare Ist-Werte gegenübergestellt werden können.

Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetz

44.1 (1) Im Jahr 1997 trat das Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetz (KA–AZG) in Kraft. Es gab Obergrenzen für Tages-, Wochen- und Durchrechnungszeiten vor. Zur Überwachung der Einhaltung war das Arbeitsinspektorat zuständig, bei Verstößen waren – zum Teil erhebliche – Geldstrafen für den Dienstgeber vorgesehen. Nach § 12 Abs. 2 KA–AZG waren diese Strafbestimmungen jedoch nicht anzuwenden, wenn die Zuwiderhandlung von Organen einer Gebietskörperschaft begangen wurde. In diesem Fall war das oberste Organ der Gebietskörperschaft zu verständigen. Somit galten die Strafbestimmungen für die städtischen Krankenanstalten nicht, für die Medizinische Universität Wien erst seit der Ausgliederung 2004.

(2) Bereits im Jahr 2004 verwarnte das Arbeitsinspektorat den Rektor der Medizinischen Universität Wien hinsichtlich der Verpflichtung zur Einhaltung des KA–AZG. Im Jahr 2005 fielen die befristeten Dienstposten weg, die der Medizinischen Universität Wien im Jahr 2000 für die Einhaltung des KA–AZG gewährt worden waren (siehe TZ 36). Im Jahr 2007 stellte das Arbeitsinspektorat umfangreiche Verletzungen des KA–AZG insbesondere in einer Klinik fest.

Im August 2008 schlug ein Entwurf für eine Novelle zum UG vor, bei den Universitätskliniken die Verantwortung zur Einhaltung der Arbeitszeitvorgaben eindeutig beim Träger der Krankenanstalt anzusiedeln. Diese Neuregelung erlangte jedoch nicht Gesetzeskraft.

Im April 2009 beantragte das Arbeitsinspektorat beim Magistrat Wien eine Geldstrafe von 226.066 EUR gegen den Rektor. Das Magistrat stellte das Strafverfahren ein, das Arbeitsinspektorat legte Berufung ein. Der Unabhängige Verwaltungssenat Wien verurteilte den Rektor im Jänner 2010 zu einer Verwaltungsstrafe von rd. 45.000 EUR. Der Rektor erhob dagegen ein Rechtsmittel beim Verwaltungsgerichtshof (VwGH).

Er machte in dem Verfahren geltend, dass er auf den ärztlichen Dienst und die Diensteinteilung des AKH keinen Einfluss habe. Es sei ihm nicht möglich, eine KA-AZG-konforme Dienstplangestaltung seitens der Klinikvorstände durchzusetzen. Er wäre daher nicht Dienstgeber im Sinne des KA-AZG. Nur die Stadt Wien habe Einfluss auf die Patientenströme und die Behandlungsabläufe (etwa durch Festsetzung von Operationszeiten).

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lag noch keine Entscheidung des VwGH vor.

(3) Bei einem ähnlichen Verfahren betreffend Verstöße gegen das KA-AZG an der Universitätsklinik Graz stellte der Magistrat der Stadt Graz das Verfahren im Februar 2009 mit der Begründung ein, dass die betroffenen Mitarbeiter zur Erfüllung der klinischen Aufgaben der Krankenanstalt nach § 29 Abs. 4 Z 1 UG verwendet worden seien und daher nicht dem Rektor, sondern dem Rechtsträger der Krankenanstalt zuzurechnen seien. Das Arbeitsinspektorat erhob keine Berufung.

(4) Abgesehen von dem seit 2007 laufenden Verfahren hatten Folgeprüfungen des Arbeitsinspektorats seit 2008 keine Beanstandungen ergeben. Die Personalabteilung der Medizinischen Universität Wien überprüfte die Meldungen aus dem im Jahr 2006 eingeführten elektronischen Dienstplanmanagementsystem auf Verstöße gegen das KA-AZG.

44.2 Der RH kritisierte, dass über die Zuständigkeit zur Überwachung der Einhaltung des seit 1997 geltenden KA-AZG seitens des Dienstgebers keine Klarheit herrschte. Er kritisierte weiters jene Ungleichbehandlung, wonach durch die Ausgliederung der Medizinischen Universität Wien die Strafbestimmungen wohl im AKH anwendbar waren, nicht aber in jenen anderen Krankenanstalten, bei denen die Stadt Wien Dienstgeberin auch der Ärzte war.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, (gesetzlich) klarzustellen, wer für die Einhaltung der Bestimmungen des KA-AZG am AKH verantwortlich ist.

44.3 *(1) Die Medizinische Universität Wien führte aus, die vom RH geforderte gesetzliche Klarstellung wäre begrüßenswert, erscheine aber unter den gegebenen Strukturen schwierig. Eine gemeinsame Betriebsführungsgesellschaft würde jedoch Klarstellung bringen.*

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass dazu ein Verfahren beim Verwaltungsgerichtshof anhängig sei, dessen Ausgang abgewartet werde. Derzeit werde die Rechtsansicht vertreten, dass jeder Dienstgeber für sein Personal verantwortlich sei.

(3) Das BMWF unterstützte die Empfehlung des RH, wies jedoch darauf hin, dass die Umsetzung in den Zuständigkeitsbereich des für Fragen der Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen zuständigen Bundesministers falle.

44.4 Hinsichtlich der Stellungnahme des BMWF verwies der RH zunächst auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht. Er konkretisierte dies mit dem Hinweis, dass bereits einmal eine Klarstellung versucht worden war, und zwar im UG, für das das BMWF zuständig ist. Wesentlich ist nämlich zur Klarstellung dieser Frage nicht (nur) eine Änderung des Arbeitszeitrechts, sondern (auch) der dienstrechtlichen Stellung der im klinischen Bereich der Universitätskliniken eingesetzten Mitarbeiter der Universitäten.

Nebenbeschäftigte und Nebentätigkeit

45.1 *(1) Angehörige medizinischer Berufe, insbesondere Ärzte, hatten teilweise die Möglichkeit, erhebliche Zuverdienste durch Nebenbeschäftigungen (etwa Privatpraxen oder Tätigkeiten als Belegsarzt etc.) zu erzielen. Es war jedoch im Interesse des Dienstgebers, nur solche Nebenbeschäftigungen zuzulassen, die den geregelten Dienstbetrieb nicht behinderten (z.B. durch Unterbrechungen des Regelbetriebs durch plötzliche Abwesenheiten oder durch Übermüdung) und auch sonst nicht den Interessen des Dienstgebers entgegen ließen (z.B. durch Konkurrenzierung). Nebenbeschäftigungen waren daher dem Dienstgeber zu melden und konnten von diesem untersagt werden.*

(2) Die Stadt Wien beurteilte Nebenbeschäftigte im Einzelfall anhand der gesetzlichen Bestimmungen, ohne eine detailliertere generelle Regelung zu treffen.

Die Medizinische Universität Wien konkretisierte die gesetzlichen Vorgaben Mitte 2006 durch „Rahmenbedingungen für Nebenbeschäftigungen in Privatordinationen und Privatkrankenanstalten“. Nebenbeschäftigungen durften danach ausschließlich außerhalb der Kerndienstzeit bzw. eingeteilter Journaldienste erfolgen. Ein stundenweiser Verbrauch von Zeitausgleich in der Kernzeit war nicht möglich. Bei vollzeitbeschäftigen Ärzten war eine Nebenbeschäftigung in Privatordinationen und Privatkrankenanstalten nur bis maximal zehn Wochenstunden zulässig. Die Eröffnung einer Ordination mit Kassenverträgen war nicht zulässig. Die Vereinbarung galt für Meldungen von Nebenbeschäftigungen ab Mitte 2006, vorher gemeldete Nebenbeschäftigungen waren nicht erfasst.

(3) Bei der Meldung an den Dienstgeber mussten die Mitarbeiter der Medizinischen Universität Wien den geschätzten wöchentlichen Zeitbedarf angeben. Manche Mitarbeiter gaben – insbesondere wenn sie bereits knapp zehn Stunden an Nebenbeschäftigungen gemeldet hatten – nur noch sehr geringe Zeiten an. Eine Überprüfung war laut Angaben der Personalstelle teilweise nur schwer möglich. Die Medizinische Universität Wien kontrollierte die Angaben soweit möglich (z.B. verglich sie Ordinationszeiten laut der Homepage der Ärztekammer mit den Meldungen bzw. der Kerndienstzeit).

In Einzelfällen erlaubte die Medizinische Universität Wien ein Überschreiten der 10-Stundengrenze. Im Jahr 2007 entzog die Medizinische Universität Wien einen Klinikleiter u.a. wegen nicht gemeldeter Nebenbeschäftigungen seiner Funktion.

Die Medizinische Universität Wien erfasste Nebenbeschäftigungen in einer Datenbank. Eine Überprüfung durch den RH zeigte, dass die Datenbank Eingabefehler¹⁹³ enthielt und dass nicht mehr aktuelle Nebenbeschäftigungen weiterhin geführt waren. Daraufhin begann die Medizinische Universität Wien eine Aktualisierung der Datenbank.

¹⁹³ z.B. Angaben von 0 Wochenstunden für Nebenbeschäftigungen und unrichtige Klassifizierungen

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

(4) Zum 31. Dezember 2011 hatten rd. 54 % der Ärzte der Medizinischen Universität Wien mindestens eine Nebenbeschäftigung gemeldet. Von diesen Ärzten hatten rd. 52 % die Führung einer Privatordination gemeldet. Durchschnittlich arbeitete ein Arzt neben seiner wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden noch 4,7 Stunden im Rahmen seiner Nebenbeschäftigung. Bei teilzeitbeschäftigten Ärzten betrug das gemeldete Ausmaß der Nebenbeschäftigung durchschnittlich 6,7 Wochenstunden.

(5) Zur Abhaltung von Unterrichtseinheiten in Universitätslehrgängen schloss die Medizinische Universität Wien mit verschiedenen Ärzten Nebentätigkeitsvereinbarungen.¹⁹⁴ Darin regelte sie die Anzahl der Unterrichtseinheiten und das Honorar. Weiters legte sie fest, dass die Leistungen außerhalb der Dienstzeit zu erbringen waren. Der RH stellte in Einzelfällen fest, dass für diverse Vortragstage die Eintragung von Abwesenheitszeiten vom dienstlichen Betrieb unterblieben war.

(6) Im März 2003 ersuchte der ärztliche Direktor die Universität,¹⁹⁵ ihn über Nebenbeschäftigungen der Ärzte zu informieren. Für das AKH nachteilige Folgen solcher Nebenbeschäftigungen (z.B. Befangenheit bei der Erstellung von Wartelisten, bei der Patientenauswahl und der Zuweisungspraxis oder Einflussnahme auf die Produktauswahl bei medizinischen Geräten oder Verbrauchsmaterialien) könnten ohne Mitwirkung des Krankenanstaltenträgers nicht ausgeschlossen werden. Er ersuchte um gemeinsame Prüfung im Einzelfall.

Die Universität Wien hielt in einem Schreiben vom April 2003 fest, dass eine Meldung von Nebenbeschäftigungen an andere Stellen als die Dienstbehörde gesetzlich nicht vorgesehen und daher (auch datenschutzrechtlich) unzulässig sei. Die Interessen des Spitalsbetriebs würden aber mitberücksichtigt. Möglicherweise könne im Einvernehmen (auch mit dem Dienststelleausschuss) eine gemeinsame Lösung gefunden werden.

Der ärztliche Direktor wies nochmals auf die Notwendigkeit der Information hin (nur so könne z.B. bei Beschaffungsprozessen oder hinsichtlich einer Arbeitsüberlastung mit einem Haftungsrisiko eine Unvereinbarkeit geprüft werden). Die Rechtsabteilung des AKH wies darauf hin, dass die Ärzte funktional Organe der Stadt Wien seien und daher die

¹⁹⁴ Nebentätigkeiten (Tätigkeiten für denselben Dienstgeber außerhalb der regulären Dienstpflichten) waren von Nebenbeschäftigungen (Tätigkeiten als Selbstständiger oder für andere Dienstgeber) zu unterscheiden.

¹⁹⁵ Damals noch die Universität Wien; die Ausgliederung der Medizinischen Universität Wien erfolgte 2004.

Nebenbeschäftigte zu melden wären. Im Jahr 2006 ersuchte der ärztliche Direktor die zuständige Stadträtin dazu um Unterstützung.

In weiterer Folge übermittelte die Medizinische Universität Wien Informationen zu den Nebenbeschäftigungen, die zwar die Beschäftigung, nicht aber die Person, die sie ausübte, enthielten. Der ärztliche Direktor bezeichnete diese Information gegenüber der Medizinischen Universität Wien als völlig unzureichend. Es sei ohne weiteres möglich, dass Nebenbeschäftigungen keine Konkurrenz mit dem Aufgabengebiet Forschung und Lehre hätten, sehr wohl aber mit dem Betrieb der Krankenanstalt. Personenbezogene Meldungen seien daher unverzichtbar. Die Medizinische Universität Wien erklärte jedoch, dies sei aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich. Die Rechtsabteilung des AKH stellte fest, es gebe keine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für einen durchsetzbaren Anspruch des AKH gegenüber der Medizinischen Universität Wien. Der Themenbereich solle in einem Zusamenarbeitsvertrag gelöst werden.

In einem Entwurf für einen Zusammenarbeitsvertrag schlug die Stadt Wien 2008 vor, eine gemeinsame Kommission zur Genehmigung von Nebenbeschäftigungen einzurichten oder zumindest eine gegenseitige Konsultation sicherzustellen. Eine entsprechende Regelung kam nicht zustande.

45.2 Der RH hatte mehrfach restriktive Nebenbeschäftigteungsregelungen für Ärzte empfohlen, um wirtschaftliche Nachteile der öffentlichen Krankenanstalten zu vermeiden.¹⁹⁶ Er bewertete die seitens der Medizinischen Universität Wien eingeführte Regelung daher grundsätzlich positiv, wies jedoch darauf hin, dass ihre Kontrolle nur teilweise möglich war. Er kritisierte, dass bezahlte Nebentätigkeiten in Einzelfällen in der Dienstzeit ausgeübt worden waren und die Datenbank über die Nebentätigkeiten nicht ausreichend aktualisiert worden war.

Es war für den RH weiters nicht nachvollziehbar, warum keine einvernehmliche Lösung zur Information der Stadt Wien über die Nebenbeschäftigungen der Ärzte erreicht wurde.

Der RH empfahl der Medizinischen Universität Wien, auf die Einhaltung der vertraglichen Regelungen bei Nebentätigkeiten zu achten und die Kontrolle der Nebenbeschäftigte zu konsequent weiterzuführen.

Angesichts der aufgezeigten Mängel in der Handhabung der Nebenbeschäftigte und Nebentätigkeiten sah der RH die Notwendig-

¹⁹⁶ siehe RH Reihe Positionen 2011/1, Verwaltungsreform 2011, Vorschlag Nr. 288 mit weiteren Nachweisen

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

keit eines rechtsträgerübergreifenden Vorgehens. Er empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die Genehmigung von Nebenbeschäftigte auf Basis gegenseitiger Informationen abzustimmen.

45.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien führte aus, die Datenbank über die Nebenbeschäftigte sei zwischenzeitlich aktualisiert worden. Kontrollen würden wie bisher stichprobenweise vorgenommen. Nebenbeschäftigte für Beamte könnten nur schwer wirksam untersagt werden, da die Disziplinargewalt nicht bei der Medizinischen Universität Wien liege. Der vom RH empfohlene Informationsaustausch mit dem AKH bezüglich Nebenbeschäftigte werde von der Medizinischen Universität Wien angestrebt. Das damit verbundene Datenschutzproblem sei aber nur über eine Betriebsführungsgesellschaft klar lösbar. Dieses Thema werde auch im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ behandelt.*

(2) *Die Stadt Wien führte aus, dass die Empfehlung des RH zustimmend zur Kenntnis genommen werde.*

(3) *Das BMWF wies darauf hin, dass die Medizinische Universität Wien hinsichtlich der angestellten Ärzte Vertragsfreiheit auf gesetzlicher Basis habe. Hinsichtlich der Beamten seien jedoch die Bestimmungen des Beamten-Dienstrechtsgesetzes primäre Rechtsquelle, die auch seitens der Medizinischen Universität Wien nicht zugunsten eines dritten Rechtsträgers eingeschränkt werden könnten.*

45.4 Der RH begrüßte, dass das Thema des Informationsaustausches über Nebenbeschäftigte im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ behandelt wird.

Er merkte zur Stellungnahme des BMWF an, dass gerade das Beamten-Dienstrechtsgesetz die Möglichkeit vorsieht, Nebenbeschäftigte aus dienstlichem Interesse zu untersagen. Die vom RH genannten problematischen Konstellationen (z.B. Beeinflussung von Wartelisten oder Beschaffungsprozessen in der klinischen Arbeit) würden nach Auffassung des RH – jedenfalls im Falle einer gemeinsamen Budgetierung – durchaus finanzielle Risiken und Reputationsrisiken auch für die Medizinische Universität Wien darstellen. Weiters sollte es nach Auffassung des RH generell im Interesse der Medizinischen Universität Wien liegen, die Zusammenarbeit mit der Teilunternehmung AKH optimal zu gestalten. Der RH konnte daher in einer abgestimmten Beurteilung (d.h. einer Berücksichtigung auch von Interessen des Krankenanstalträngers) keinen Verstoß gegen das Beamtendienstrech erkennen.

Personal

Zur Stellungnahme der Medizinischen Universität Wien merkte der RH an, dass ein Informationsaustausch unabhängig von der gewählten Rechtsform und Trägerschaft lösbar sein sollte. Die notwendige Zusammenarbeit und Koordination im Rahmen einer Universitätsklinik würde seiner Ansicht nach ausreichen, um das datenschutzrechtlich geforderte Kriterium einer sachlichen und verhältnismäßigen Rechtfertigung für die dazu nötige Verwendung der entsprechenden Daten zu erfüllen.

Fehlzeiten durch
Krankenstände

46.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt die durch Krankenstände verursachten Fehlzeiten in der Teilunternehmung AKH im Vergleich mit jenen im KAV:

Tabelle 21: Durchschnittliche Krankenstandstage der Teilunternehmung AKH und des KAV 2011 in Tagen je VBÄ

Berufsgruppe	AKH	KAV	Abweichung AKH vom KAV	
	in Tagen je VBÄ			in %
Betriebspersonal	39	36,7	2,3	6
Krankenpflegefachdienstpersonal	21,2	23,2	- 2	- 9
Medizinisch-technisches Dienstpersonal	17,4	19,4	- 2	- 10
Abteilungshilfen	44,1	38,6	5,5	14
Sanitätshilfsdienstpersonal	28,4	37,1	- 8,7	- 23
Pflegehilfen	35	38,1	- 3,1	- 8
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	25	20,6	4,4	21
alle Berufsgruppen	25,4	25,4	0	0

Quelle: KAV

Die erfassten Krankenstandstage waren im AKH und im KAV mit rd. 25,4 Tagen im Durchschnitt gleich hoch. Zwischen den Berufsgruppen waren sie sehr unterschiedlich (z.B. bei Abteilungshilfen rund doppelt so hoch wie bei medizinisch-technischem Personal). Österreichweit lagen die Krankenstände im Gesundheits- und Sozialwesen mit rd. 13,9 Tagen deutlich niedriger.

In einigen Berufsgruppen war von 2008 bis 2011 eine deutliche Erhöhung der Krankenstände zu verzeichnen, insbesondere bei den Abteilungshilfen von 33,8 Tagen auf 44,1 Tage und beim Verwaltungs- und Kanzleipersonal von 18,6 Tagen auf 25 Tage.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

(2) Aufgrund gestiegener Krankenstände machte der KAV 2006 Vorgaben für ein Fehlzeiten-Management.¹⁹⁷ Dazu gehörten eine regelmäßige Datenanalyse und Maßnahmen, die eine rasche Rückkehr in den Dienst sowie eventuelle Verbesserungen der Arbeitsbedingungen ermöglichen sollten, z.B. Krankenstandsrückkehr- und Informationsgespräche.

Das AKH setzte diese Instrumente nicht vollständig um. In der Organisationseinheit „Betriebsabteilung“¹⁹⁸ mit über 1.000 Mitarbeitern und durchschnittlich 39 Tagen krankheitsbedingter Fehlzeiten wurden im Jahr 2011 acht Krankenstandsrückkehrgespräche und zwei Informationsgespräche geführt. Eine Verwaltungsbedienstete war in den Jahren 2009 bis 2011 im Dauerkrankenstand, übte jedoch im Krankenstand eine Nebenbeschäftigung aus. Obwohl die Personalabteilung darüber bereits im Jahr 2009 informiert war, setzte sie keine Maßnahmen.

(3) Die Medizinische Universität Wien konnte wegen unzureichender IT–Unterstützung eine vergleichbare, umfassende Auswertung der Krankenstände mit vertretbarem Aufwand nicht erstellen.

Sie erfasste die versäumten Arbeitstage (also ohne Wochenende), die Stadt Wien dagegen die versäumten Kalendertage.

Ein gemeinsames Fehlzeiten-Management (z.B. durch regelmäßigen trägerübergreifenden Wechsel des eingesetzten Personals bei besonders belastenden Tätigkeiten) erfolgte nicht.

(4) Der RH analysierte die Krankenstandstage der Berufsgruppen in einer ausgewählten Klinik. Dabei zeigte sich, dass die der Medizinischen Universität Wien zurechenbaren Kanzleibediensteten im Jahr 2011 durchschnittlich sieben (Arbeits)Tage krankheitsbedingt fehlten, die Kanzleibediensteten der Teilunternehmung AKH im Durchschnitt rd. 22 (Kalender)Tage.¹⁹⁹

46.2 Der RH anerkannte die Bestrebungen des KAV, die krankheitsbedingten Abwesenheiten durch ein aktives Fehlzeiten-Management zu verringern. Er hielt jedoch kritisch fest, dass die Teilunternehmung AKH die dazu vorgesehenen Instrumente nicht vollständig umsetzte: In einem

¹⁹⁷ Sie traten am 1. Juli 2007 im gesamten KAV in Kraft.

¹⁹⁸ Sie war z.B. für Reinigungsdienste und Patiententransportdienste zuständig.

¹⁹⁹ Dies obwohl die Bediensteten der Medizinischen Universität Wien im Schnitt älter waren (rd. 43 Jahre, die Mitarbeiter der Teilunternehmung AKH im Schnitt rd. 39 Jahre). Die Tätigkeitsbereiche konnten durchaus unterschiedlich sein (es war nicht auszuschließen, dass patientenbezogene Administration und forschungsbezogene Administration unterschiedlich belastend für die Mitarbeiter waren).

Bereich mit über 1.000 Mitarbeitern und mit hohen durchschnittlichen Krankenständen waren im Jahr 2011 nur insgesamt zehn Gespräche geführt worden. Eine Mitarbeiterin konnte trotz Langzeitkrankenstand weiterhin eine Nebenbeschäftigung ausüben.

Der RH wies weiters darauf hin, dass die Erfassung der Krankenstände und die Möglichkeiten ihrer Auswertung bei der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien unterschiedlich waren. Angesichts der Unterschiede bei vergleichbaren Berufsgruppen in der betrachteten Klinik hielt er entsprechende Vergleiche für zweckmäßig. Gegebenenfalls könnten durch ein rechtsträgerübergreifendes Fehlzeiten-Management (z.B. durch trägerübergreifende Abwechslung bei besonders belastenden Tätigkeiten) insgesamt niedrigere krankheitsbedingte Fehlzeiten erreicht werden.

Der RH empfahl der Stadt Wien, die vorgesehenen Maßnahmen des aktiven Fehlzeiten-Managements (Datenanalyse, Rückkehr- und Informationsgespräche) konsequent umzusetzen. Er empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, ein gemeinsames Fehlzeiten-Management auf Basis rechtsträgerübergreifender Vergleiche anzustreben.

46.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien führte in ihrer Stellungnahme aus, dass ein vergleichendes Fehlzeitenmanagement (rechtsträgerübergreifende Vergleiche) von beiden Seiten in Angriff genommen werde. Seitens der Teilunternehmung AKH sei – mit der Medizinischen Universität Wien als Kooperationspartner – ein Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert worden. Mit der Umsetzung werde in den Bereichen mit den höchsten Fehlzeiten begonnen.*

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass der Leitung der Teilunternehmung AKH bewusst sei, dass die hohen Fehlzeiten für die zum Teil hohen Kosten der Leistungserbringung mitverantwortlich seien, und zwar vor allem in Bereichen mit niedrigem Qualifikationsniveau. Entsprechende Kennzahlen würden daher regelmäßig erhoben und mit den Führungskräften in Bezug auf Gegenmaßnahmen diskutiert. Im Bereich Wirtschaft, Finanzen und Technik fließe die Kennzahl „Fehlzeiten“ in die Zielvereinbarungen der Führungskräfte ein. Es werde immer wieder auf die Wichtigkeit von Krankenstands-Rückkehrgesprächen hingewiesen. Weiters sei ein Projekt zur Betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert worden. Die Empfehlungen des RH würden somit umgesetzt.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

(3) Das BMWF führte aus, die Empfehlung des RH gehe hinsichtlich des BMWF mangels Zuständigkeit ins Leere. Inwieweit ein gemeinsames Fehlzeiten-Management Bestandteil einer Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien sein solle, wäre im Verhandlungsweg zwischen diesen zu erarbeiten und in der Folge zu vereinbaren.

46.4 Der RH begrüßte die zur Umsetzung seiner Empfehlungen zugesagten Maßnahmen. Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Personalbedarfs-
planung

Allgemeines

47.1 (1) Nach der bestehenden Vertragslage hatte die Medizinische Universität Wien für die Krankenbehandlung im AKH das gesamte ärztliche Personal bereitzustellen. Das übrige Personal für den Krankenanstaltenbetrieb hatte die Stadt Wien bereitzustellen. Zur besseren Abstimmung der vorhandenen Ressourcen und zur Personalbedarfsplanung sollten regelmäßige Gespräche zwischen Medizinischer Universität Wien und der Leitung der Teilunternehmung AKH erfolgen.

(2) Vor Inbetriebnahme des neuen AKH Anfang bis Mitte der 1990er-Jahre erstellte die VAMED im Auftrag der ARGE AKH im Rahmen der Neuerrichtung des AKH und der damit verbundenen operativen Planung der Betriebsorganisation eine umfassende Personalbedarfsplanung für die Kliniken und klinischen Institute hinsichtlich aller Berufsgruppen.

(3) Seitdem gab es keine gesamthafte (und von Medizinischer Universität Wien und Teilunternehmung AKH gemeinsam durchgeführte) Personalbedarfsplanung für das AKH. Wie ausgeführt stellten sich seither jedoch wesentliche, rechtsträgerübergreifende Fragen der Betriebsorganisation mit Implikationen für die Personalausstattung, z.B. zur Auslastung des AKH (siehe TZ 11), zur Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen (siehe TZ 38), zur Anzahl der in der Nacht und am Wochenende anwesenden Ärzte (siehe TZ 41) oder zur Schwerpunktsetzung zwischen den Fachbereichen (siehe TZ 16). Wie im Folgenden darzustellen ist, gab es erhebliche Meinungsverschiedenheiten sowohl über die Zuständigkeiten (z.B. bei den Journaldiensten), die Methodik (z.B. PPR als retrograde Methodik, TZ 49) und die Ergebnisse der Personalplanung.

(4) Im Jahr 2012 holte das AKH verschiedene Angebote bei externen Beratungsunternehmen zu einer umfassenden Personalbedarfsplanung ein. Entsprechende Pläne waren zwar schon mehrfach formuliert (z.B. im Strategieworkshop 2008), jedoch nicht umgesetzt worden.

47.2 Der RH merkte kritisch an, dass die Festlegung der Anzahl der Mitarbeiter, ihres Einsatzgebiets und ihrer Einsatzart zentrale Fragen der Betriebsführung des AKH waren. Seit der Inbetriebnahme des AKH im Jahr 1994 waren bis zur Gebarungsüberprüfung rd. 18 Jahre vergangen. Wesentliche Elemente des Gesundheitswesens hatten sich fundamental geändert (z.B. Verweildauern, Möglichkeiten der ambulanten Betreuung, berufsrechtliche Rahmenbedingungen etc.). Der RH hielt daher eine erneute, gemeinsame Personalbedarfsplanung von Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien für unerlässlich.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die geplante gemeinsame Personalbedarfsplanung tatsächlich durchzuführen und dabei die notwendigen Voraussetzungen (insbesondere eine klare Definition der mit dem Personal zu bewerkstelligenden Aufgaben (siehe TZ 15 f.)) zu beachten.

Der RH analysierte im Folgenden (TZ 48 und 49) die bestehende planerische Situation zu den beiden Berufsgruppen der Ärzte und des Pflegepersonals.

47.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien führte aus, im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ sei eine Personalbedarfserhebung von der Teilunternehmung AKH und der Medizinischen Universität Wien definiert und freigegeben worden. Diese erfolge gemeinsam mit einem externen Partner. Die Stadt Wien fügte dem hinzu, das Ausschreibungsverfahren für die Auswahl eines externen Partners sei im Laufen. Die Vergabe des Auftrags stehe noch bevor.*

(2) Das BMWF befürwortete eine aktualisierte Personalbedarfsplanung für das gesamte Personal. Die direkte Adressierung der Empfehlung an das BMWF gehe jedoch mangels Zuständigkeit ins Leere.

47.4 Der RH begrüßte die zur Umsetzung seiner Empfehlungen zugesagten Maßnahmen. Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Ärzte

48.1 (1) Das AKH nahm für die Ärzte generell keine Personalbedarfsplanung vor, da die Medizinische Universität Wien diese Berufsgruppe zur Verfügung zu stellen hatte. Die Medizinische Universität Wien wies wiederum in verschiedenen Gesprächen darauf hin, dass Grundlage einer Personalplanung die zu erbringenden Leistungen waren, die ausschließlich von der Stadt Wien vorgegeben würden. Eine systematische, umfassende Personalbedarfsplanung erfolgte daher von beiden Seiten nicht.

(2) Das Wr. KAG verpflichtete in § 15c die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln und Soll- und Ist-Stand der Landesregierung jährlich bis spätestens 31. März zu berichten. Der KAV meldete daher der in Wien zuständigen Magistratsabteilung 40 jeweils den Dienstpostenplan und den Ist-Stand.

Auf Anfrage des RH teilte die in Wien zuständige Magistratsabteilung 40 mit, dass für die Jahre 2005, 2007 und 2008 kein entsprechender Bericht für das AKH im Wege der Generaldirektion des KAV eruiert werden konnte, dies sei jedoch anlässlich der Prüfung des RH nachgeholt worden. Es lägen daher nunmehr die Soll- und Ist-Stände des Gemeindepersonals vor. Für die Berufsgruppe der Ärzte schienen dabei sowohl im Soll- als auch im Ist-Stand die Gemeinde-Ärzte auf (2011 rd. 12 VBÄ), die im AKH tätigen Bundes-Ärzte dagegen nicht.

(3) Für die Medizinische Universität Wien lag die Personalplanung der Ärzte im Spannungsfeld zwischen dem Ist-Stand, den Anforderungen der Klinikleiter und dem in den Leistungsvereinbarungen vom BMWF zugesagten Budget.

(4) Im AKH waren rd. 84 Ärzte je 100 tatsächliche Betten im Einsatz. Ohne Berücksichtigung von Lehre und Forschung waren es rd. 65 Ärzte je 100 Betten, im Schnitt der Wiener Spitäler rd. 52 Ärzte.

Die Medizinische Universität Wien legte dem RH eine Berechnung eines externen Beraters vor (Datenbasis 2009), aus der abzuleiten war, dass die hohe Zahl der in der Krankenversorgung tätigen Ärzte (rd. 65 je 100 Betten) im Hinblick auf die große Zahl von Intensivbetten, die höheren Ambulanzfrequenzen und die erbrachten Leistungen gerechtfertigt war. Aufgrund dieser Umstände sei es aber auch unmöglich,

mit der Gesamtzahl der Ärzte einen Anteil für Forschung und Lehre von 30 % zu erreichen.²⁰⁰

Die Medizinische Universität Wien ließ weiters für einzelne Kliniken von externen Beratern Personalbedarfsanalysen durchführen. Eine im September 2007 durchgeführte Analyse der Universitätsklinik für Notfallmedizin stellte fest, dass die dort wie in anderen Kliniken übliche Diensteinteilung nicht optimal sei, da die Leistungsverteilung hohe Frequenzen am Nachmittag und an den Wochenenden zeige. Die Besetzung in der Normalarbeitszeit sei daher zu reduzieren, weiters wäre Verwaltungspersonal für administrative Tätigkeiten einzusetzen, die derzeit von Ärzten durchgeführt würden. Eine Personalbedarfsanalyse im Mai 2012 für die Innere Medizin I ergab aufgrund von Leistungserweiterungen einen Bedarf von 72 Stellen gegenüber den 62 Stellen, die im Jahr 1991 berechnet worden waren.

48.2 Der RH wies darauf hin, dass für die Berufsgruppe der Ärzte keine systematische Personalbedarfsplanung stattfand. Weder das AKH noch die Medizinische Universität Wien erachteten sich dafür zuständig. In der Vereinbarung vom Juni 2005 waren keine Gremien, Termine, Planungsmethoden etc. definiert.

Ohne genaue Personalbedarfsplanung der Stadt Wien für die Ressourcen zur Krankenversorgung und genaue Arbeitsaufzeichnungen für die Forschung seitens der Medizinischen Universität Wien war eine Einschätzung der insgesamt benötigten Ärzte sehr schwierig. Gleichzeitig war sie für die Bewertung des Anteils des Bundes bzw. der Medizinischen Universität Wien an der Finanzierung des AKH sowie für die Erfüllung der Aufgaben der Medizinischen Universität Wien (insbesondere des gesetzlich vorgesehenen Forschungsanteils von rd. 30 %) essentiell.

Der RH vertrat die Ansicht, dass die Stadt Wien als Rechtsträger des AKH – in praktischer Umsetzung der KAV bzw. das AKH selbst – verpflichtet wäre, eine entsprechende Personalbedarfsplanung für die Ärzte durchzuführen, um die im Wr. KAG normierte Bestimmung zur Meldung von Soll- und Ist-Stand zu erfüllen.

Er empfahl daher der Stadt Wien, in die Meldung nach § 15c Wr. KAG künftig auch jene Ärzte aufzunehmen, die die Medizinische Universität Wien zur Verfügung stellte. Weiters wiederholte er seine Empfehlung an das BMWF, die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien, eine gemeinsame Personalbedarfsplanung durchzuführen (TZ 47).

²⁰⁰ Wenn von rd. 84 Ärzten je 100 Betten rd. 65 für die Krankenversorgung arbeiten, verbleiben schon rein rechnerisch nur rd. 23 % für Forschung und Lehre.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

48.3 Die Medizinische Universität Wien führte aus, im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ sei eine Personalbedarfserhebung von der Teilunternehmung AKH und der Medizinischen Universität Wien definiert und freigegeben worden. Diese erfolge gemeinsam mit einem externen Partner. Die Stadt Wien fügte dem hinzu, das Ausschreibungsverfahren für die Auswahl eines externen Partners sei im Laufen. Die Vergabe des Auftrags stehe noch bevor.

Pflege

49.1 (1) Für die Berechnung des Personalbedarfs für Pflegekräfte lagen für den Prüfungszeitraum KAV-weite Vorgaben zur Methodik vor (insbesondere Pflegepersonalregelung Wien (PPR) für Allgemeinpflegestationen, Kinder-PPR für Kinderabteilungen, Tägliches Intensiv-Pflegepunkte-System (TIPPS) für Intensivstationen). Zuständig für die Durchführung der Berechnung war die Teilunternehmung AKH.

Trotzdem war die Darstellung des Personalbedarfs gegenüber dem RH seitens der Generaldirektion des KAV und seitens der Teilunternehmung AKH sehr unterschiedlich.

(2) Die Teilunternehmung AKH legte dem RH ein Schreiben des Direktors der Teilunternehmung zum Personalbudget 2011 vor, das er am 25. Jänner 2011 dem Generaldirektor des KAV übermittelt hatte. In diesem stellte er den Antrag, dem AKH 523 zusätzliche Dienstposten (davon u.a. 280 für Pflege) sowie entsprechendes Budget zur Verfügung zu stellen, da ein entsprechender Bedarf bestehe.²⁰¹

Die Pflegedirektion des AKH legte dem RH Berechnungen für die Planung 2012 vor, nach denen für einen anzustrebenden Vollbetrieb²⁰² rd. 426 Pflegedienstposten fehlten.²⁰³ Die Pflegedirektion des AKH führte auf Ersuchen des RH auch eine Personalberechnung auf Basis der tatsächlich erbrachten Leistungen 2011 durch.²⁰⁴ Demnach ergab sich ein Fehlbedarf von rd. 66 Dienstposten.

²⁰¹ Zwei Tage später hatte er erläutert, dass er nicht davon ausgehe, dass der KAV diese Dienstposten unmittelbar zur Verfügung stellen könne. Dennoch bestehe der Bedarf.

²⁰² 85 % bis 90 % Auslastung bezogen auf die Anzahl der systemisierten Betten

²⁰³ Davon entfielen allein 170 Dienstposten auf die Abgeltung von Nachschicht-Schwerarbeitsgesetz-Stunden. Laut Nachschicht-Schwerarbeitsgesetz gebührt für jeden Nachtdienst ein Zeitguthaben im Ausmaß von zwei Stunden. Das Zeitguthaben ist spätestens sechs Monate nach seinem Entstehen zu verbrauchen und darf nicht in Geld abgelöst werden.

²⁰⁴ ausschließlich auf den Bedarf laut PPR (ohne Berücksichtigung der Abgeltung von Nachtdienststunden, Hochrechnung von Bettensperren, geforderte Leistungserweiterungen etc.) bezogen auf 85 % bis 90 % Auslastung und tatsächliche Betten

(3) Der KAV vertrat dagegen die Ansicht, dem AKH stünde (mindestens) ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung. Zur Untermauerung dieser Aussage übermittelte er dem RH Kennzahlen für das erste und zweite Quartal 2012. Demnach hätte das AKH gemessen auf 100 tatsächliche Betten 159,2 VBÄ Pflegepersonal. Im Vergleich dazu läge das Wilhelminenspital bei 126,3 VBÄ.

Weiters sei jeder formal korrekte Antrag auf zusätzliche Dienstposten genehmigt (oder zur Genehmigung an die Magistratsdirektion weitergeleitet) worden. Auf Nachfrage des RH erläuterte der KAV, dass ein Antrag nur dann formal korrekt sei, wenn – neben einer nachvollziehbaren Begründung – eine entsprechende Bedeckung im Dienstpostenplan und im Personalbudget vorhanden sei. Wie viele nicht korrekte Anträge abgelehnt wurden, sei nicht statistisch erfasst worden. In Summe hätte das AKH 303 zusätzliche Postengenehmigungen seit 1995 erhalten.

Aus den vom Gemeinderat der Stadt Wien beschlossenen Dienstpostenplänen für die Teilunternehmung AKH ging hervor, dass diese von 1995 bis 2012 256 zusätzliche Pflegedienstposten bekam. Zudem hatte das AKH 80 „Überstands-Dienstposten“.²⁰⁵ Ab dem Jahr 2010 war dieser Überstand stufenweise in den systemisierten Dienstpostenplan durch Umwandlungen abzubauen.

(4) Im Jahr 2011 stellte eine externe Personalberatung anlässlich einer Überprüfung der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde fest, dass die vom AKH und vom KAV angewendete Methode der PPR für eine prospektive Personalplanung nicht geeignet sei, da sie retrospektiv ausgerichtet sei und die Algorithmen nicht nachvollzogen werden könnten.

49.2 Der RH kritisierte, dass innerhalb der Stadt Wien unklar war, ob ein Fehlbedarf von über 500 Mitarbeitern im AKH bestand oder nicht.

Der RH rief in Erinnerung, dass Voraussetzung für eine Personalbedarfsplanung ein konkreter Leistungsauftrag war (siehe TZ 10 ff.).

Als zweiter Schritt war eine klare Methodik erforderlich. Soweit vom KAV eine bestimmte Berechnungsform (die PPR) vorgegeben war und die Zuständigkeit zur Durchführung der Berechnung an die Teilunternehmung AKH übertragen war, würde die Logik der Aufbauorga-

²⁰⁵ Hier handelt es sich um eine 1992 erfolgte Akutmaßnahme der Aufstockung im Bereich des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegebereichs. Diese Dienstposten galten jedoch nicht als systemisiert, sondern als Überstand.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

nisation – von Plausibilitätsprüfungen abgesehen – erwarten lassen, dass die Berechnungen akzeptiert werden.

Der RH wiederholte seine Empfehlung, eine gemeinsame Personalbedarfsplanung durchzuführen (TZ 47).

Kinderklinik

50.1 An der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde des AKH Wien änderten sich im Jänner 2011 – mit den entsprechenden behördlichen Genehmigungen – die Struktur und das Leistungsangebot (Erweiterung der Neonatologie, Umsystemisierung von Normalpflege- auf Intermediate Care Unit- und Intensive Care Unit-Betten).

Aus Sicht der Klinik war für das neue Leistungsangebot keine ausreichende personelle Bedeckung gegeben. Der Klinikleiter richtete im Dezember 2010 und Jänner 2011 Schreiben an die amtsführende Stadträtin für Gesundheit und Soziales in Wien. Darin beklagte er einen akuten Pflege- und Verwaltungskräftemangel an der Klinik. Er kündigte an, angesichts dieses Mangels prioritär die stationären Patienten zu versorgen, notfalls zu Lasten der ambulant einsetzbaren Ressourcen. In der Folge berichteten die Medien über eine drohende Schließung der Kinder-Notfallambulanz. Der Generaldirektor des KAV und der Direktor der Teilunternehmung AKH beurteilten die Ursachen dafür unterschiedlich.

Im Februar 2011 wurde bei einem Treffen zwischen der Stadträtin für Gesundheit und Soziales, dem Generaldirektor des KAV, dem ärztlichen Direktor des AKH, dem Rektor der Medizinischen Universität Wien und dem Klinikvorstand vereinbart, ein externes Unternehmen mit einer Personalbedarfsanalyse für die Klinik zu beauftragen.

50.2 Die Notwendigkeit, für einzelne Veränderungen in einer bestimmten Universitätsklinik die zuständige Stadträtin, den Generaldirektor des KAV und den Rektor der Medizinischen Universität Wien zu befragen, Ausfälle in der Notfallversorgung der Kinder und Jugendlichen in Wien medial zu reflektieren und schlussendlich auf externe Berechnungen zurückzugreifen, zeigte nach Ansicht des RH die grundlegenden Probleme hinsichtlich der Personalplanung auf. Er wiederholte daher seine Empfehlung, eine gemeinsame Personalbedarfsplanung durchzuführen (TZ 47).

Personal

Kinderoperationszentrum („Bauteil 61.1“)

51.1 (1) Zwischen 2008 und 2012²⁰⁶ errichtete das AKH einen neuen Bau- teil („Bauteil 61.1“) mit 11.555 m² Nettogrundrissfläche, in dem ein kinderoperatives Zentrum betrieben werden sollte.²⁰⁷ Dadurch sollten insbesondere Transportwege für Kinder zwischen der Universitätsklinik für Kinderheilkunde und den Operationssälen im Haupthaus reduziert werden.

(2) Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über den zeitlichen Ablauf der Errichtung und Inbetriebnahme des Bauteils 61.1:

Tabelle 22: Chronologie zur Errichtung und Inbetriebnahme des Bauteils 61.1

Datum	Maßnahme
Februar 2006	Abschluss des Totalübernehmervertrags zur Fertigstellung des AKH (darin enthalten: Errichtung einer kinderchirurgischen Ambulanz in Aufstockung von BT 62)
Jänner 2008	Beschluss der kollegialen Führung des AKH zur Errichtung eines kinderoperativen Zentrums – BT 61.1
Mai 2008	Beschluss der ARGE AKH zur Übertragung des Projekts (und der dafür vorgesehenen Mittel) in die alleinige Verantwortung der Stadt Wien, Überlegungen über Notwendigkeit einer Personalbedarfsplanung
August 2009	Abruf der ersten Bauphase bei der VKMB
2010	Diskussion der zu erbringenden Leistungen, Beschluss unterschiedlicher Betriebskonzepte durch die kollegiale Führung (zuletzt Dezember 2010)
Jänner 2011	„Vorbeugendes Veto“ der Personalabteilung, bisher gemeldete Personalbedürfnisse seien nach den Budgetgesprächen mit dem KAV nicht erfüllbar
Juni 2011	Zwischenbericht des externen Beratungsunternehmens zum Personalbedarf, Zusatzbedarf für die „Startphase“: 62 VBÄ
Juli 2011	Anweisung der Generaldirektion des KAV: kein zusätzliches Personal für den Betrieb des BT 61.1
Oktober 2011	Endbericht des externen Beratungsunternehmens: Zusatzbedarf gegenüber der Startphase für einen Vollbetrieb 144 VBÄ; Generaldirektion KAV schränkt Aussage vom Juli insoweit ein, als keine Leistungserweiterung vorgenommen werden dürfe danach neues Betriebskonzept: 38,4 zusätzliche Dienstposten notwendig
Jänner bis August 2012	Inbetriebnahme

Quelle: RH

²⁰⁶ Die Inbetriebnahme erfolgte am 16. Jänner 2012 für die konventionelle Radiologie (ohne MR), am 8. März 2012 für die Endoskopie, am 27. März 2012 für die Kinderchirurgie und die Normalpflegestation und am 1. August 2012 für die Magnetresonanz.

²⁰⁷ Die Darstellung der Baukosten durch den RH erfolgt mit gesondertem Prüfungsergebnis „Technische Betriebsführung und bauliche Erhaltungsmaßnahmen im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätscampus“.

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

(3) Die mangelnde Abstimmung der Personalbedarfsplanung für den Betrieb des neuen Gebäudes mit der übrigen Projektabwicklung führte zu einer nicht vollständigen Auslastung der errichteten Strukturen:

Der Beschluss der kollegialen Führung zur Errichtung eines kinderoperativen Zentrums in einem eigenen Bauteil ging über die Restfertigstellung und damit auch über die Betriebs- und Personalbedarfsplanung zur Neuerrichtung des AKH hinaus.²⁰⁸ Im Laufe des Jahres 2008 verhandelte die Technische Direktion daher mit externen Beratungsunternehmen über die Durchführung einer Personalbedarfsplanung. Tatsächlich erfolgte eine solche aber vor dem Abruf der ersten Bauphase im August 2009 nur für einen Teilbereich (die Kinderchirurgische Ambulanz).

Die Betriebsplanung veränderte sich stark. Längere Zeit war unklar, ob eine kinderkardiologische Abteilung (interimistisch oder dauerhaft) im neuen Bauteil betrieben werden sollte und ob die Operationsbereiche auch für Herzoperationen an Kindern vorzusehen wären. Teilweise ging die Planung von einer Leistungssteigerung von rd. 30 % aus, teilweise gab es die Vorgabe, dass keine Leistungssteigerung erfolgen dürfe.

Im Jänner 2011 legte die Personalabteilung ein „vorbeugendes Veto“ ein. Daraufhin gab das AKH eine Personalbedarfsplanung bei einem externen Beratungsunternehmen in Auftrag, dessen Endbericht im Oktober 2011 vorlag. Es stellte sich heraus, dass die darin als notwendig erachteten zusätzlichen personellen Ressourcen nicht zur Verfügung gestellt werden konnten.²⁰⁹

Die fertiggestellten Gebäudeteile wurden in der Folge nicht durchgehend genutzt. Zum Beispiel waren insgesamt im Kinderoperationszentrum vier Operationssäle vorgesehen. Zwei davon waren baulich bereits fertiggestellt. Davon wurde einer aus personellen Gründen nur an einem Tag der Woche betrieben.

51.2 Der RH kritisierte, dass der neue Bauteil errichtet wurde, ohne dass rechtzeitig der Personalbedarf dafür ermittelt worden war (trotz des Baubeginns im Jahr 2009 lag erst im Herbst 2011 ein umfassender Personalbedarfsplan vor) und ohne dass bei Baubeauftragung ein endgül-

²⁰⁸ Im Mai 2008 beschloss die ARGE AKH, diese Errichtung aus dem in gemeinsamer Verantwortung von Bund und Land stehenden Totalübernehmervertrag herauszunehmen und ausschließlich der Stadt Wien zu übertragen.

²⁰⁹ Am 4. Oktober lag der Endbericht des Beraters vor. Danach waren für den Gesamtbetrieb rd. 200 zusätzliche VBÄ erforderlich. Am 24. Oktober 2011 erstellte das AKH ein neues Betriebskonzept, das 38,4 zusätzliche Dienstposten vorsah. Es war vorausgesetzt, dass bestimmte frei werdende Kapazitäten im Haupthaus nicht aufgefüllt werden sollten und ein Operationssaal im BT 61.1 nur einen Tag geöffnet werden sollte.

tiges Nutzungskonzept vorlag (auch nach Baubeginn änderte sich die konkrete Betriebsplanung noch deutlich). Folge davon war eine sub-optimale Auslastung der errichteten Infrastruktur (z.B. war ein Operationssaal nur an einem Tag pro Woche offen).

Gesamteinschätzung

52.1 Zusammenfassend hielt der RH fest, dass das Management der rd. 10.000 Mitarbeiter im AKH durch eine komplexe Personalstruktur und Verteilung der Zuständigkeiten innerhalb der Rechtsträger, durch historische Besonderheiten (z.B. Sondermittelbedienstete, TZ 39), durch das Fehlen einer gemeinsamen Datenerfassung und mangelnde wechselseitige Information zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien übermäßig komplex war.

Dadurch traten einerseits verschiedene wirtschaftliche Ineffizienzen auf, insbesondere eine mangelnde Abstimmung der Berufsgruppen, eine nicht optimierte Abstimmung der Dienstzeiten, der Journaldienste, der Ausübung der Fach- und Dienstaufsicht über die Ärzte, der Dienstzeitenerfassung und des Dienstplanmanagements sowie des Fehlzeiten-Managements.

Elementare Aufgaben der Personalverwaltung – etwa die Erfassung und Überwachung der Arbeitszeit, die Meldung des Personals an die Sanitätsbehörden, die Sicherstellung der Einhaltung des KA-AZG 1997 und die Prüfung von Nebenbeschäftigungen – waren erschwert und ihre ausreichende Wahrnehmung nicht sichergestellt.

Von besonderer Bedeutung war nach Auffassung des RH jedoch das Fehlen einer aktuellen, rechtsträgerübergreifenden Personalbedarfsplanung (TZ 47). In Einzelfällen führte dies zur – auch medialen – Diskussion über Ausfälle in der Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche bzw. zur Errichtung baulicher Strukturen (Kinderoperationszentrum) ohne ausreichende Klärung der Verfügbarkeit von Personal zur vollständigen Nutzung (TZ 51).

52.2 Der RH hielt daher wesentliche Verbesserungen in der Personalbewirtschaftung für eine erfolgreiche Führung des AKH für besonders wichtig und verwies auf seine diesbezüglichen Empfehlungen (TZ 33 bis 51).

52.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien verwies auf ihre Detailstellungen nahmen im Personalbereich.*

(2) Die Stadt Wien führte aus, im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ sei eine Personalbedarfserhebung von der Teilunterneh-

**Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**

mung AKH und der Medizinischen Universität Wien definiert und freigegeben worden. Diese erfolge gemeinsam mit einem externen Partner. Das Ausschreibungsverfahren für die Auswahl eines externen Partners sei im Laufen. Die Vergabe des Auftrags stehe noch bevor.

Risikomanagement

Anlass und Umfang
der Überprüfung

53.1 Im Zusammenhang mit der Vergabe eines Auftrags zur Arbeitskräfteüberlassung im Jahr 2010 ermittelte die Staatsanwaltschaft wegen des Verdachts strafbarer Handlungen gegen Mitarbeiter des AKH. Weiters waren im Dezember 2011 anlässlich der geplanten Einsparmaßnahmen bei den in der Nacht bzw. am Wochenende verfügbaren Ärzten Meldungen kolportiert worden, nach denen eine Patientengefährdung nicht auszuschließen sei. Weiters sei die Position und Leistungsfähigkeit der Medizinischen Universität Wien durch die mangelnde Abstimmung mit dem AKH gefährdet.

Bereits vor der Gebarungsüberprüfung des RH hatte das Kontrollamt der Stadt Wien eine Prüfung der Arbeitskräfteüberlassung im KAV (einschließlich der Teilunternehmung AKH) durchgeführt. Die Teilunternehmung AKH selbst hatte ein „fraud audit“ hinsichtlich seiner Beschaffungsvorgänge veranlasst. Während der Gebarungsüberprüfung prüfte die Interne Revision des Magistrats Wien das Interne Kontrollsyste (IKS) in der Teilunternehmung AKH.

53.2 Aufgrund der im Prüfungszeitraum des RH aufgetretenen Auffälligkeiten untersuchte der RH, welche Instrumente des Risikomanagements in der Teilunternehmung AKH, der Medizinischen Universität Wien bzw. bei den übergeordneten Rechtsträgern in Anwendung standen. Damit wollte der RH feststellen, inwieweit für die Entscheidungsträger einerseits ein gesamthafter Überblick über die bestehenden Risiken und andererseits die Möglichkeit einer entsprechenden Reaktion darauf sichergestellt waren.

Aufgrund der parallel stattfindenden Überprüfungen anderer Kontrollinrichtungen war eine systematische Überprüfung, ob in bestimmten Beschaffungs- oder anderen Prozessen Unstimmigkeiten vorlagen oder für einzelne Risiken des „Routinebetriebs“ ausreichend vorgesorgt war, ausdrücklich nicht Ziel der Überprüfung des RH. Eine Überprüfung der im Detail eingesetzten Maßnahmen des IKS in einzelnen Prozessen (z.B. Buchhaltung, Personalverrechnung etc.) war ebenfalls nicht Ziel der Gebarungsüberprüfung.

Risikomanagement

Laufende Geschäftsprozesse der Kontrolle

54.1 (1) Nach § 15b Wr. KAG waren die Träger von Krankenanstalten verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen. Nach der Geschäftsordnung des Magistrats der Stadt Wien war die Sicherheit, Ordnungsmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit aller Abläufe durch ein funktionierendes IKS zu gewährleisten.

Im AKH war keine eigene Organisationseinheit mit einem systematischen IKS oder einem Risikomanagement befasst. Es existierte jedoch eine Abteilung Qualitätsmanagement in der Direktion der Teilunternehmung AKH. Das AKH war seit 2009 nach der Qualitätsnorm EN ISO 9001:2008 zertifiziert.²¹⁰ Eine Risikobeurteilung war über den „kontinuierlichen Verbesserungsprozess“ in die Qualitätsmanagementprozesse integriert.²¹¹

(2) Die Medizinische Universität Wien hatte ein Handbuch zum Thema IKS erarbeitet, in dem eine allgemeine Einleitung, IKS-relevante Prozesse und Beispiele dargestellt waren. Im Übrigen oblag es den einzelnen Universitätskliniken, ihre Prozesse systematisch zu erfassen, eine Risikobeurteilung vorzunehmen und Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Die Innenrevision der Medizinischen Universität Wien prüfte das IKS in Kliniken anhand einer standardisierten Checkliste.

Die Risiken der Strategie- und Managementprozesse waren als strategische Risiken nicht Teil des IKS-Handbuchs.

(3) Das AKH nannte den Aufbau eines AKH-weiten, systematischen Risikomanagements als ein Ziel in der Balanced Scorecard 2012.

Die Medizinische Universität Wien nannte die Installierung eines überschaubaren Risikomanagements als Ergänzung zum bestehenden IKS als Ziel in ihrem Entwicklungsplan. Dabei stand weniger die möglichst detaillierte und vollständige Risikoerfassung und -bewertung, sondern die Schaffung von Risikobewusstsein im Mittelpunkt.

²¹⁰ Teilbereiche waren seit 1997 zertifiziert. EN ISO 9001:2008 legte die Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem (QM-System) fest, denen eine Organisation zu genügen hatte, um Produkte und Dienstleistungen bereitzustellen zu können, welche die Kundenerwartungen sowie allfällige behördliche Anforderungen erfüllten. Zugleich sollte das Managementsystem einem stetigen Verbesserungsprozess unterliegen. Die Internationale Organisation für Normung – kurz ISO – war die internationale Vereinigung von Normungsorganisationen und erarbeitete internationale Normen in allen Bereichen.

²¹¹ Das AKH verwendete dafür die Bezeichnung „Vorbeugemaßnahmen“. Im ISO-System des AKH waren auch Forschungsprozesse abgebildet. Aus Sicht der Medizinischen Universität Wien waren darin jedoch nicht alle relevanten Elemente enthalten (z.B. fehlte die Projektmeldung).

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

(4) Weder die Teilunternehmung AKH noch die Medizinische Universität Wien definierten die Risiken, die sich durch den „gemeinsamen“ Betrieb des AKH ergaben. Sie entwickelten auch keine spezifischen Gegenmaßnahmen.

Einen Plan zur Abstimmung der Bemühungen zur Einführung eines systematischen Risikomanagements gab es nicht.

54.2 Der RH begrüßte die vorhandenen Elemente eines IKS, beurteilte das IKS jedoch insgesamt als unzureichend. Er empfahl dem BMWF, der Stadt Wien und der Medizinischen Universität Wien,

- die von beiden Seiten geplante Einführung eines Risikomanagements gemeinsam oder zumindest abgestimmt umzusetzen;
- die gemeinsame Einführung eines formalisierten IKS zu prüfen, das auf den Vorarbeiten des Magistrats der Stadt Wien und dem IKS-Handbuch der Medizinischen Universität Wien aufbauen könnte;
- Risiken aus der Zusammenarbeit gemeinsam zu identifizieren und Maßnahmen zum Umgang damit zu entwickeln.

54.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien führte aus, dass ihr IKS bereits in mehreren Rechnungsabschlüssen vom Abschlussprüfer voll akzeptiert worden sei. Auch die Einführung eines auf sie zugeschnittenen Risikomanagementsystems sei in Angriff genommen worden. Ein mit der Teilunternehmung AKH abgestimmtes Risikomanagement sei geplant und werde auch im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ behandelt.*

(2) Die Stadt Wien führte aus, die Interne Revision der Magistratsdirektion habe das IKS der Teilunternehmung AKH geprüft. Der erste Teilbericht liege vor und die Empfehlungen würden bearbeitet. Entsprechend der Empfehlung des RH werde die Stadt Wien der Medizinischen Universität Wien den Vorschlag unterbreiten, ein gemeinsames bzw. abgestimmtes Risikomanagement einzuführen.

(3) Das BMWF begrüßte die Empfehlungen des RH, betrachtete jedoch die Nennung des BMWF als Adressat dieser Empfehlung mangels direkter Zuständigkeit des BMWF für die Führung des Krankenanstaltenbetriebs als nicht nachvollziehbar.

54.4 (1) Der RH begrüßte die Zusage der Medizinischen Universität Wien, ein mit der Teilunternehmung AKH abgestimmtes Risikomanagement einzuführen. Er wies darauf hin, dass ein internes Kontrollsystem nicht

nur bezogen auf die Korrektheit des Rechnungsabschlusses gesehen werden sollte (wie dies Gegenstand einer Jahresabschlussprüfung ist), sondern gerade vor dem Hintergrund der Besonderheit der Interdependenzen zwischen Krankenbehandlung, Forschung und Lehre und der finanziellen Lage der beteiligten Rechtsträger auch einen klaren Bezug zu Effizienzrisiken der Zusammenarbeit dieser Träger haben sollte.

(2) Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Innenrevision und weitere Kontroll-einrichtungen

55.1 (1) Die Medizinische Universität Wien verfügte über eine eigene Innenrevision. Diese führte Prüfungen auf Klinikebene durch und legte dabei einen Fokus auf die Drittmittelgebarung. Sie berichtete dem Rektorat und übermittelte den Bericht dem Leiter des geprüften Bereichs (z.B. dem Klinikleiter) und dem Universitätsrat, nicht jedoch der Teilunternehmung AKH. Die Universitäten unterlagen nach § 9 UG der Aufsicht des Bundes hinsichtlich der Einhaltung der Gesetze und Verordnungen einschließlich der Satzung (Rechtsaufsicht).²¹²

(2) Die Teilunternehmung AKH verfügte bis April 2012 über eine eigene Innenrevision, danach waren deren Aufgaben der Innenrevision des KAV zugeordnet. Weiters konnte auch die Innenrevision des Magistrats der Stadt Wien Prüfungen in der Teilunternehmung AKH durchführen.

(3) Die im Bereich der Stadt Wien und der Medizinischen Universität Wien tätigen Innenrevisionen arbeiteten in Sonderfällen zusammen. Eine gemeinsame Risikoeinschätzung oder Prüfungsplanung erfolgte nicht. Eine übergreifende Überprüfung beider Rechtsträger war nur dem RH möglich.

55.2 Der RH hielt fest, dass die Innenrevisionen der Medizinischen Universität Wien und der Teilunternehmung AKH getrennt und mit unterschiedlichen Schwerpunkten arbeiteten. Er hob positiv hervor, dass in Sonderfällen eine Kooperation erfolgte, merkte jedoch kritisch an, dass dadurch eine systematische Kontrolle der Schnittstellen zwischen den Rechtsträgern nicht sichergestellt war.

²¹² § 45 UG regelte das Verfahren der Aufsicht. Danach hatte die Universität dem BMWF Auskünfte zu erteilen, das BMWF konnte rechtswidrige Beschlüsse aufheben. Eine Einschau vor Ort war nicht ausdrücklich vorgesehen.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, im Rahmen des abzuschließenden Zusammenarbeitsvertrags auch die Kooperation der Innenrevisionen zu regeln.

55.3 Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, die Empfehlung des RH werde im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ behandelt werden.

Risikoeinschätzung

56.1 Mangels eines institutionalisierten, rechtsträgerübergreifenden Risikomanagements konnte der RH nicht auf bestehende Risikoeinschätzungen zurückgreifen. Er führte daher im Zuge der Gebarungsüberprüfung Gespräche mit dem Ziel, eine Einschätzung bestehender Risiken aus der Zusammenarbeit zwischen Medizinischer Universität Wien und Teilunternehmung AKH zu gewinnen, und nahm Einsicht in verschiedene themenbezogene Unterlagen (z.B. Managementreports im Rahmen der Qualitätssicherungsprozesse, Entwürfe einer Risikobeurteilung für ein IKS, Audit-Berichte im Rahmen der ISO-Zertifizierung etc.).

Dabei ergaben sich folgende Eckpunkte:

- Die Zahl der gemeldeten Schadensfälle durch Fehler der Patientenbehandlung war rückläufig. Auch die Zahl der Beschwerden an die Patientenanwaltschaft entwickelte sich nicht auffällig.
- Bereits erkannte Risiken, insbesondere in der Beschaffung, waren durch einen eigenen Audit-Prozess analysiert worden. Der Beschaffungsbereich war seitdem umgestaltet worden.
- Verschiedene Risiken ergaben sich durch unvollständige Information. Zum Beispiel hatte die Teilunternehmung AKH keine Informationen über Quelle, Umfang und Zusammenhang von Drittmitteln der Medizinischen Universität Wien bzw. nur eingeschränkte Informationen über Nebenbeschäftigte von Mitarbeitern der Medizinischen Universität Wien (siehe TZ 49).

Dies beeinträchtigte die Möglichkeit, besondere Aufmerksamkeit auf Risikofaktoren zu legen, z.B. bei Beschaffungsprozessen mit Unternehmen, die der Medizinischen Universität Wien hohe Drittmittel zur Verfügung stellten bzw. deren Mitarbeitern Nebenbeschäftigte anboten. Das AKH war die Krankenanstalt mit den höchsten Sachausgaben je Patient.

Risikomanagement

- In verschiedenen Fällen hatten nicht abgestimmte Maßnahmen eines Rechtsträgers (z.B. die in Aussicht genommenen Kürzungen bei den Journaldiensten) Auswirkungen auf den anderen Rechtsträger.
- Verschiedene rechtliche Risiken durch unklare Zuständigkeiten hatten sich bereits verwirklicht (z.B. die Verurteilung des Rektors der Medizinischen Universität Wien wegen Verletzungen des KA-AZG).

56.2 Der RH stellte fest, dass die Schadensfälle mit Beeinträchtigung der Patienten nicht gestiegen waren und jene Bereiche, in denen Probleme aufgetreten waren (z.B. bei der Beschaffung), bereits umgestaltet worden waren.

Er wies jedoch auch darauf hin, dass durchaus spezifische Risiken durch die Zusammenarbeit vorlagen und verwies dazu auf seine Empfehlungen in TZ 54.

56.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien verwies auf ihre Ausführungen zu TZ 54 und führte aus, dass ihr IKS bereits in mehreren Rechnungsabschlüssen vom Abschlussprüfer voll akzeptiert worden sei.*

(2) *Auch die Stadt Wien verwies auf ihre Ausführungen zu TZ 54. Die Umsetzung der Empfehlung des RH sei in Planung.*

Überlegungen für die zukünftige Zusammenarbeit

57.1 (1) In der im Sommer 2012 veröffentlichten Wissensbilanz 2011 führte die Medizinische Universität Wien aus, sie sei nach wie vor an der Errichtung einer gemeinsamen Betriebsführungsgesellschaft interessiert, ein Zustandekommen wäre jedoch nicht absehbar.²¹³ Die Leistungsvereinbarung für die Jahre 2013 bis 2015 enthielt keinen Bezug mehr auf eine gemeinsame Gesellschaft, sondern beschränkte sich auf einige operative Elemente einer verbesserten Zusammenarbeit (z.B. beim Operationsmanagement).

Auch seitens der Stadt Wien war (etwa in der Balanced Scorecard oder im Entwurf für die Mittelfristplanung des KAV) eine gemeinsame Betriebsführungsgesellschaft nicht als Ziel enthalten. Implizit ergab sich aus den Projekten des KAV (z.B. der Konzentration der Beschaffung und der Vereinheitlichung des Zielvereinbarungsprozesses) eher

²¹³ In der Leistungsvereinbarung 2010 bis 2012 zwischen der Medizinischen Universität Wien und dem BMWF strebten beide Seiten grundlegende Klärungen zur Zusammenarbeit mit der Stadt Wien im AKH an. Zum Beispiel in Punkt G.5.4: Gemeinsame Bemühung um eine dem Uni-Betrieb angemessene Leistungs- und Kapazitätsplanung im AKH gegenüber dem KA-Träger.

eine Tendenz, eine stärkere Einheitlichkeit innerhalb des KAV herbeizuführen.

(2) Nach den Protesten im AKH im Dezember 2011 aus Anlass der geplanten Journaldienstreduktionen war durch eine Überbrückungshilfe des BMWF bis Juni 2013 ein Kompromiss gefunden worden. Bereits zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren jedoch weitere kritische Entscheidungssituationen absehbar.

- Mitte 2013 wird die Betriebsvereinbarung über die Journaldienste in der Medizinischen Universität Wien auslaufen, so dass eine neue Regelung der Arbeitszeiten erforderlich war.
- Für das Jahr 2014 war in der politischen Vereinbarung vom 6. Juni 2005 die Bestellung eines Gutachters zur Ermittlung des klinischen Mehraufwands vorgesehen.
- Im Jahr 2015 sollte die politische Vereinbarung vom 6. Juni 2005 auslaufen. Damit waren der klinische Mehraufwand und die Investitionen im AKH neu zu regeln.

(3) Ab Jänner 2012 verhandelten der Bund (vertreten durch das BMWF) und die Stadt Wien über die Beauftragung eines Projekts zur „Ziel- und Gesamtentwicklung AKH 2020“. Im Juni 2012 lag ein Projektauftrag vor. Er enthielt folgende Kernelemente:

- Das Projekt verfolgte als Ziele die Schaffung eines zwischen den Rechtsträgern abgestimmten Zukunftsbildes über die Entwicklung des AKH bis 2020 und eines für beide Rechtsträger nutzenbringenden Modells zur langfristigen Zusammenarbeit über 2015 hinaus. Teilziele waren u.a. eine bessere Abstimmung der jeweiligen Strategien, eine gezielte Leistungssteuerung und eine Optimierung von Personalbedarfsberechnung und Personaleinsatz.²¹⁴
- Das Projekt sollte bis Ende 2014 laufen.²¹⁵ Bereits 2012 sollte eine Optimierung des Operationsmanagements, die Umsetzung einer verbesserten Aufgabenzuordnung zwischen den Berufsgruppen (siehe TZ 38) und eine Modifikation der Journaldienste erfolgen.

²¹⁴ weiters z.B. die Erhaltung der bisherigen Leistungsfähigkeit des AKH, die Sicherstellung seiner Finanzierbarkeit, die Steigerung von Effizienz und Effektivität, die Verminderung redundanter Strukturen und die Erarbeitung einer transparenten Datenbasis

²¹⁵ Nach einer Projektinitialisierung und einer Phase der Analyse und Konzeption sollten drei Teilprojekte gebildet werden: ein Teilprojekt „medizinischer Masterplan“, ein Teilprojekt „Etablierung einer Zentrumsorganisation“ und ein Teilprojekt „Betriebsführung und Unternehmenssteuerung“.

Überlegungen für die zukünftige Zusammenarbeit

- Eine Veränderung der Rechtsträgerschaft des AKH war ausdrücklich als Nichtziel ausgeschildert. Weiters galten bestimmte Vorgaben, so z.B. der Regionale Strukturplan Gesundheit, die strategische Leistungsplanung des KAV, (etwaige) Beschlüsse des Gemeinderats über die rollierende Finanzplanung des KAV, der Entwicklungsplan der Medizinischen Universität Wien 2012 und die politische Vereinbarung vom 6. Juni 2005.

57.2 Der RH bewertete die Einrichtung eines Projekts zur Verbesserung der Zusammenarbeit grundsätzlich positiv. Er sah darin die Chance, einen gemeinsamen Leistungsauftrag und eine gemeinsame Personalbedarfs- und Einsatzplanung zu erreichen.

Der RH wies jedoch auf drei für die weitere Entwicklung des AKH erfolgskritische Themen hin, die noch nicht im notwendigen Ausmaß berücksichtigt waren: die Festlegung gemeinsam definierter Vorgaben, die Einbeziehung der Mittelaufbringung in das Projekt und die Schaffung geeigneter rechtlicher Strukturen:

(a) Wesentliche Vorgaben für das Projekt, insbesondere der Entwicklungsplan der Medizinischen Universität Wien und der Regionale Strukturplan Gesundheit bzw. die Mittelfristplanung des KAV waren ohne Abstimmung einseitig festgelegt worden. Dies reduzierte die Flexibilität der jeweiligen Rechtsträger, auf die Bedürfnisse des Partners einzugehen.

(b) Eine Überarbeitung der Mittelaufbringung bzw. Finanzierung des AKH war nicht Bestandteil des Projekts. Leistungsauftrag und Umfang der zur Verfügung zu stellenden Mittel standen jedoch nach Auffassung des RH in untrennbarem Zusammenhang. Der RH wies darauf hin, dass er dazu Folgendes festgestellt hatte:

- Einerseits erbrachte das AKH hochwertige Leistungen (z.B. steigende Impact Punkte, umfassende Zentralversorgung Ostösterreichs).
- Andererseits lagen die Kosten rd. 30 % bis 60 % höher als in Vergleichskrankenanstalten. Es bestanden konkrete Effizienzprobleme (z.B. Leerstandskosten aufgrund von Bettensperren (TZ 11 bis 13), hohe Infrastrukturstarkosten (TZ 26), eine nicht optimierte Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen (TZ 38) und nicht optimal abgestimmte Dienstzeiten (TZ 42)).

Welche Ergebnisse den hohen Mitteleinsatz rechtfertigten bzw. welche Mittel für die erzielten Ergebnisse angemessen waren, müssten nach Auffassung des RH die an der Finanzierung beteiligten Rechtsträger

festlegen. Ein solches übergeordnetes Ziel, das Leistungsauftrag und Mitteleinsatz des AKH miteinander verband, fehlte jedoch. Seine Erarbeitung war auch im Projektauftrag nicht enthalten.

(c) Bestimmte Elemente der Zusammenarbeit (z.B. eine gemeinsame Personalführung) erforderten auch Änderungen in den rechtlichen Strukturen. Überlegungen dazu waren jedoch im Projekt nicht vorgesehen.

Der RH betrachtete das Projekt „Ziel- und Gesamtentwicklung AKH 2020“ daher als positive Entwicklung. Die Aussparung erfolgskritischer Themen lief jedoch einer umfassenden Zielerreichung zuwidder. Weitere Schritte waren daher notwendig.

57.3 *Die Medizinische Universität Wien hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass das Ziel der Errichtung einer gemeinsamen Betriebsführungsgesellschaft zwar nicht im Text der Leistungsvereinbarung mit dem BMWF, jedoch in Punkt II.A.3 des Entwicklungsplans der Medizinischen Universität Wien klar festgelegt sei.*

Zur Schaffung geeigneter rechtlicher Strukturen merkte die Medizinische Universität Wien an, dass im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ auch Anforderungen an ein Betriebsführungsmodell definiert werden sollten. Die Regelungen zur Bedeckung des Finanzmittelbedarfs seien nicht Gegenstand des Projekts, diese müssten direkt in einer Finanzierungsvereinbarung zwischen dem Bund und der Stadt Wien geregelt werden.

57.4 Der RH begrüßte die Zustimmung zu seiner Empfehlung und den Umstand, dass die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien die Umsetzung zahlreicher Empfehlungen planten bzw. bereits bearbeiteten. Insbesondere anerkannte der RH die konkreten Fortschritte bei der Erarbeitung gemeinsamer Zielvereinbarungen (TZ 10) und bei der Zusammenarbeit der Personalabteilungen (TZ 36).

Der RH wies jedoch auch darauf hin, dass in anderen, durchaus wesentlichen Bereichen, offenbar noch keine Einigung erfolgt war. Dies betraf z.B. die Festlegung des Leistungsumfangs im AKH (Bettenzahl), den Datenaustausch im Bereich von Nebenbeschäftigte und die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzten.

Eine endgültige Beurteilung, wieweit das Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ die in dessen Rahmen zugesagte Umsetzung der Empfehlungen des RH leisten kann, bleibt daher einer Einschätzung nach Abschluss des Projekts und der Umsetzung seiner Ergebnisse vorbehalten.

AKH und Gesundheitsreform

58.1 Der RH hatte bereits in zahlreichen Gebarungsüberprüfungen festgestellt, dass im österreichischen Gesundheitswesen grundlegende strukturelle Defizite bestanden, die zu Ineffizienzen führten. Er hatte diese Defizite in den „Vorschlägen des Rechnungshofes zur Verwaltungsreform 2011“²¹⁶ insbesondere nach den Kategorien Kompetenzzersplitterung, Schnittstellenprobleme zwischen niedergelassenem und ambulanten Bereich, intransparente Finanzierung, mangelnde Datenqualität, zersplitterte Organisationsstruktur und Probleme des Personal- und Dienstrechts gegliedert und dazu 26 übergreifende Vorschläge entwickelt.

Auch die in der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung im AKH festgestellten Probleme spiegelten in zentralen Bereichen die generell im österreichischen Gesundheitswesen bestehenden Defizite wider.

- Die Probleme der Zusammenarbeit zwischen Bund, Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien (TZ 4 bis 7) und die komplexen Prozesse zur Entwicklung eines Leistungsauftrags (TZ 10) stellten ein weiteres Beispiel für die Folgen zersplitterter Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen dar [260].²¹⁷
- Die Ineffizienzen aufgrund der nicht voll ausgelasteten Strukturen (TZ 11 bis 13) zeigten die bereits vom RH dargelegte Notwendigkeit der Optimierung der Betriebsgrößen der Krankenhausstandorte [275] bzw. der tatsächlichen Reduktion von Strukturen bei geringerer Auslastung [266].
- Der unklare Leistungsauftrag des AKH im ambulanten Bereich (TZ 18) ergab sich auch aus der bereits mehrfach vom RH kritisierten mangelnden sektorübergreifenden Abstimmung.²¹⁸
- Die ungünstige Anreizwirkung der „leistungsorientierten Finanzierung“ (TZ 24), die fehlende Transparenz über die Finanzierungsanteile (TZ 23), das Auseinanderfallen von Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung und die mangelnde Vergleichbarkeit der Kosten- und Leistungsdaten mit anderen Einrichtungen (TZ 26) waren Konsequenzen der grundlegenden Defizite der Krankenanstaltenfinanzierung bzw. der mangelnden Datenqualität [283, 284].

²¹⁶ RH Reihe Positionen 2011/1

²¹⁷ Die Nummern in den eckigen Klammern beziehen sich auf die Nummern der Vorschläge des RH für die Verwaltungsreform 2011 in seinem Positionspapier Reihe Positionen 2011/1.

²¹⁸ Der RH hatte dazu bereits grundsätzlich eine umfassende Leistungsangebotsplanung [262], eine einheitliche Dokumentation ambulanter Leistungen im intramuralen und extramuralen Bereich [265] sowie Verbesserungen bei Leistungsverschiebungen zwischen intramuralem und extramuralem Bereich [266] und eine Reduktion des Übergewichts des stationären Bereichs [278] angeregt.

- Auch die intransparente und komplexe Personalsituation (TZ 33 bis 36), die Ineffizienzen bei der Abstimmung von Dienstzeiten und Berufsgruppen bewirkte, spiegelte nicht nur die spezifischen Probleme der Kooperation von Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien, sondern auch die grundsätzlichen Probleme des Dienst- und Personalrechts wider.

58.2 Der RH hielt zunächst fest, dass die unmittelbar an der Führung des AKH beteiligten Rechtsträger (BMWF, Medizinische Universität Wien und Stadt Wien) primär für die notwendigen Verbesserungen im AKH zuständig waren.

Wesentliche Schritte (z.B. eine Konsolidierung der Vertragslage, eine gemeinsame Finanzplanung, eine einfache Festsetzung der Vergütung des klinischen Mehraufwands oder eine Bereinigung der Zuständigkeiten bei den Sondermittelbediensteten) waren unabhängig von einer grundlegenden Gesundheitsreform.

Andere, ebenso wesentliche Schritte standen jedoch in direktem Zusammenhang mit den anstehenden grundlegenden Reformen im Gesundheitssystem (z.B. die Festlegung eines klaren Leistungsauftrags im Ambulanzbereich oder die Regelung der Vergütung überregionaler Leistungen).

Der RH wiederholte daher seine im Rahmen der Vorschläge zur Verwaltungsreform getätigten Anregungen, grundlegende Reformen im Gesundheitsbereich zügig umzusetzen.

Im Übrigen verwies der RH auf seine ausgesprochenen Empfehlungen.

58.3 *Die Stadt Wien wies darauf hin, dass sie ein vorrangiges Interesse daran habe, die von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern beschlossene Zielsteuerung im Gesundheitswesen auf Landesebene ehestens gemeinsam mit der Sozialversicherung umzusetzen.*

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

59 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

BMWF, Medizinische
Universität Wien und
Stadt Wien

Zu den Rechtsgrundlagen

(1) Die bestehenden Verträge zur Zusammenarbeit wären zu konsolidieren. **(TZ 5)**

(2) Die Verträge wären um Vereinbarungen über Art und Umfang der Leistungen des AKH, die Gesamtfinanzierung, die Personalbereitstellung und Entscheidungsgremien zu ergänzen. **(TZ 5, 6)**

(3) Bei weiteren Verhandlungen für eine verbesserte Zusammenarbeit wären folgende Grundsätze zu beachten:

a) Es wären die rechtlichen Strukturen der Zusammenarbeit gemeinsam mit den Eckpunkten der Finanzierung zu verhandeln. **(TZ 4)**

b) Die für eine tatsächliche Umsetzung maßgeblichen Faktoren wären frühzeitig zu berücksichtigen. **(TZ 4)**

c) Es wären alle beteiligten Rechtsträger und maßgeblichen Hierarchieebenen in eine Projektstruktur einzubinden. **(TZ 7)**

Zu den Leistungen

(4) Der unter Gesichtspunkten der Patientenversorgung wirtschaftlich sinnvolle Leistungsumfang des AKH wäre durch eine fundierte Analyse zu ermitteln. **(TZ 12)** Die vorgehaltenen Strukturen (z.B. die Anzahl der Betten) wären diesem Bedarf anzupassen. **(TZ 11)**

(5) Es wäre eine gemeinsame aussagekräftige Zielvorgabe für die Balance von Grundversorgung und akademischer „Spitzenmedizin“ abzustimmen. **(TZ 9, 16)** Dazu wären folgende Elemente einvernehmlich festzulegen:

a) Es wären genauere Kriterien für die als „Spitzen-“ bzw. akademische Medizin zu erbringenden Leistungen vorzugeben. **(TZ 16)**

b) Es wären die zu priorisierenden Fachgebiete festzulegen. **(TZ 16)**

- c) Es wäre das Vorgehen für die Zuordnung von Einzelleistungen zum AKH abzustimmen. **(TZ 16)**
 - d) Der überregionale Versorgungsauftrag des AKH wäre konkret festzulegen. **(TZ 16)**
 - e) Für den ambulanten Bereich wären die Zielgruppen und die Art der Patientenbetreuung genauer festzulegen. **(TZ 18)**
 - f) Es wären Kennzahlen festzulegen, um Verschiebungen zwischen Routineversorgung und Forschung transparent zu machen. **(TZ 15)**
 - g) Es wären Möglichkeiten zur Anpassung dieser Vereinbarungen an geänderte Bedürfnisse vorzusehen. **(TZ 17)**
- (6) Es wären eine Verpflichtung zur wechselseitigen Interessenwahrung und eine Schiedsinstanz zu regeln. In diesem Zusammenhang sollten auch die Auseinandersetzungen um die BRCA-Leistungen, Transplantationsförderungen und In-vitro-Fertilisation einvernehmlich gelöst werden. **(TZ 19)**
- (7) Die leistungsbezogenen Steuerungs- und Planungsprozesse (insbesondere Zielvereinbarungen, Budgetvorgaben, Gesundheitsplanung, Entwicklungsplanung und Leistungsvereinbarungen) wären personell, inhaltlich und zeitlich besser abzustimmen. **(TZ 10)**

Zur Mittelaufbringung

(8) Die Budgetierung, die mittelfristige Planung und das Berichtswesen für die im AKH verwendeten Ressourcen sollten künftig gemeinsam oder zumindest abgestimmt erfolgen. **(TZ 31)** Dabei wären folgende Elemente zu beachten:

- a) Die dem AKH zur Verfügung gestellten Mittel wären für einen mittelfristigen Zeitraum festzulegen und transparent darzustellen (z.B. in Erläuterungen zu den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen). **(TZ 22, 28, 29, 31)**
- b) Die Ursachen der hohen Kosten insbesondere im Bereich der Infrastruktur und Möglichkeiten zu deren Reduktion wären zu prüfen. **(TZ 26)**
- c) Die notwendigen Reinvestitionen wären zu priorisieren und festzulegen. **(TZ 30)**

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

(9) Bei der Ausgestaltung der leistungsorientierten Mittelaufbringung für das AKH wäre sicherzustellen, dass Anreize für eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Führung gesetzt werden. Dabei wären folgende Ziele zu beachten:

- a) stärkere Orientierung des Punktewerts in der LKF-Finanzierung an der Kostendeckung;
- b) ausreichende Vergütung ambulanter Leistungen, um Leistungsverschiebungen in den stationären Bereich zu vermeiden;
- c) leistungsorientierte Vergütung medizinischer Innovationen;
- d) möglichst kostendeckende Vergütung von überregionalen Leistungen;
- e) optimierte Vergütung der Vorhalteleistungen. **(TZ 24)**

(10) Die Mittelaufbringung wäre möglichst einfach und transparent auf die Rechtsträger aufzuteilen. **(TZ 22)** Dazu wäre insbesondere zu beachten:

- a) Die Vergütung des klinischen Mehraufwands sollte in einem einfachen und kostengünstigen Verfahren erfolgen. **(TZ 25)**
- b) Es wäre auf eine möglichst hohe Übereinstimmung von Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung zu achten. **(TZ 23)**

Zum Personal

(11) Es wäre wechselseitige Transparenz über das im AKH beschäftigte Personal herzustellen. **(TZ 35)** Dazu wäre insbesondere zu beachten:

- a) Das zur Verfügung stehende Personal wäre in einer gemeinsamen Datenbasis zu erfassen; personalbezogene Kennzahlen wären abzustimmen. **(TZ 36)**
- b) Das Einsatzgebiet des nichtmedizinischen Personals der Medizinischen Universität Wien (rd. 680 VBÄ) und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für den Personalbedarf des AKH wären einvernehmlich zu ermitteln. **(TZ 35)**

(12) Die Personalbewirtschaftung im AKH wäre deutlich zu vereinfachen: **(TZ 33)**

- a) Innerhalb der jeweiligen Rechtsträger wären die Zuständigkeiten zur Personalbewirtschaftung stärker zusammenzuführen. **(TZ 34)**
- b) Fach- und Dienstaufsicht bzw. Finanzierungsverantwortung für die Sondermittelbediensteten wären zusammenzuführen sowie Fragen der Administration und Nachbesetzung einvernehmlich zu regeln. **(TZ 39)**

(13) Es wären Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz der Personalbewirtschaftung zu ergreifen:

- a) Es wäre eine trägerübergreifend optimierte Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen festzulegen. **(TZ 38)**
- b) Es wären die Dienstzeiten im AKH besser abzustimmen. **(TZ 42)**
- c) Es wäre die Ausübung von Dienst- und Fachaufsicht für Ärzte in Problemfällen zeitnah abzustimmen. **(TZ 40)**
- d) Es wäre (gesetzlich) klarzustellen, wer für die Einhaltung der Bestimmungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes verantwortlich ist. **(TZ 44)**
- e) Die Genehmigung von Nebenbeschäftigung wären auf Basis gegenseitiger Informationen abzustimmen. **(TZ 45)**
- f) Ein gemeinsames Fehlzeiten-Management wären auf Basis rechtsträgerübergreifender Vergleiche anzustreben. **(TZ 46)**

(14) Es wäre auf Basis eines klaren Leistungsauftrags eine gemeinsame Personalbedarfsplanung durchzuführen **(TZ 47 bis 50)** und dabei eine bedarfsgerechte Bereitstellung von ärztlichem Personal für Nacht- und Wochenenddienste zu regeln. **(TZ 41)**

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

Zum Risikomanagement

(15) Die von beiden Seiten geplante Einführung eines Risikomanagements sollte gemeinsam oder zumindest abgestimmt erfolgen. **(TZ 54, 56)** Dabei wären folgende Punkte zu beachten:

- a) Risiken aus der Zusammenarbeit wären gemeinsam zu identifizieren und Maßnahmen zum Umgang damit zu entwickeln. **(TZ 54, 56)**
- b) Im Rahmen des abzuschließenden Zusammenarbeitsvertrags wäre auch die Kooperation der Innenrevisionen zu regeln. **(TZ 55)**
- c) Es wäre eine gemeinsame Einführung eines formalisierten Internen Kontrollsystems zu prüfen. **(TZ 54, 56)**

Stadt Wien

(16) Es wäre Vorsorge für eine Optimierung der notwendigen Bettensperren im AKH zu treffen. **(TZ 13)**

(17) Für ausländische Selbstzahler wären für Spitzenleistungen kostendeckende Gebühren festzulegen. **(TZ 24)**

(18) Aufbauend auf bestehende Vorarbeiten wäre eine Neuorganisation der Personalagenden innerhalb der Teilunternehmung AKH vorzunehmen. **(TZ 34)**

(19) Die geplante Reduktion der Zahl der überlassenen Arbeitskräfte wäre konsequent umzusetzen und in die Gesamtpersonalplanung (Schlussempfehlung 14) einzubetten. **(TZ 37)**

(20) Das vorgesehene Fehlzeiten-Management (Datenanalyse, Rückkehr- und Informationsgespräche) wäre konsequent umzusetzen. **(TZ 46)**

(21) Eine elektronische Unterstützung des Dienstplanmanagements wäre zeitnah unter Nutzung etwaiger Synergien mit der Medizinischen Universität Wien einzuführen. **(TZ 43)**

(22) In die Meldungen nach § 15c Wiener Krankenanstaltengesetz wären künftig auch jene Ärzte aufzunehmen, die die Medizinische Universität Wien zur Verfügung stellt. **(TZ 48)**

(23) Vor einem etwaigen Ausbau der Sonderklasse im AKH wäre deren tatsächliche Rentabilität zu ermitteln. **(TZ 14)**

(24) Vor einem etwaigen Ausbau der Sonderklasse im AKH wäre weiters zu erheben, in welchem Umfang Patienten durch die Ärzte des AKH in anderen Krankenanstalten als Sonderklassepatienten betreut werden. **(TZ 14)**

(25) Es wären auch jene Leistungen, die nicht im LKF-System abgerechnet werden können, systematisch zu erfassen. **(TZ 24)**

Medizinische Universität Wien

(26) Es wäre eine sachgerechte Erfassung der für die Forschung eingesetzten Arbeitszeit sowie der Gesamtarbeitszeit zu ermöglichen. **(TZ 43)**

(27) Es wäre auf die Einhaltung der vertraglichen Regelungen für Nebentätigkeiten zu achten und die Kontrolle der Nebenbeschäftigung konsequent weiterzuführen. **(TZ 45)**